

424/2011 - UNA ÚLCERA MORTAL

M. Enríquez Botas¹, A. García Gasco Hernández de Lorenzo², M. de Prada Marín³ y J. Crespo Manzanaro⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Local Villanueva del Pardillo. Madrid.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. Madrid.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: no RAMC, fumador de 20 cig/día durante 30 años. Enolismo crónico. DM tipo 2 con HbA1c 9,8%. VHC positivo genotipo 3^a. Cirrosis multifactorial Child Pugh A6 MELD 14. Ingreso hace un año en Medicina interna por úlcera maleolar izquierda con aislamiento de SAMS. Tratamiento habitual: ninguno. No adherencia terapéutica. Anamnesis: varón de 50 años que acude a urgencias por dolor en miembro inferior izquierdo que impide la deambulación. Refiere molestias desde hace 3 días con claro empeoramiento en las últimas 24h con aparición de flictenas, edema y dolor intenso. Paralelamente presenta disminución de diuresis, decaimiento y malestar general. No fiebre ni sensación distémica. A las horas, comienza con empeoramiento progresivo e inestabilidad hemodinámica, por lo que es valorado por UCI que comienza expansión de volumen con cristaloides y noradrenalina. Cobertura antibiótica con meropenem, clindamicina y linezolid. Se comenta con Traumatología que realiza fasciotomía. Persiste con mala evolución con acidosis metabólica, hiperlectacidemia, fracaso renal, coagulopatía y fracaso hepático agudo. Se certifica la muerte a las 48h del ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: Aceptable estado general. Normocoloreado. Bien hidratado y perfundido. TA: 100/66 mmHg FC: 100 lpm. ACP: rítmico, sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abd: Blando y depresible. No doloroso a la palpación. MMII: Pierna izquierda edematosa con eritema y empastamiento. Dolorosa a la palpación. Múltiples flictenas con contenido serohemático. Úlcera en cara tibia interna de 2 cm de diámetro. Bioquímica: creatinina 2,48 mg/dl; Na 133 mmol/l; Potasio 4,5 mmol/L; CK 330 U/L; lactato 10,7 mmol/L. PCR 136 mg/L. Hemograma: leucocitos $2,4 \times 10^3$; Hb 13,8 g/dl; plaquetas $42,0 \times 10^3$. Coagulación: TP 26 seg; INR 2,33; APTT 44 seg. TAC MMII: fascitis superficial y profunda. No hay gas en partes blandas ni colecciones con burbujas asociadas. Hemocultivos: se aísla E. coli.

Orientación diagnóstica: Shock séptico por fascitis necrotizante por BGN. Fracaso renal agudo pre-renal. Coagulación intravascular diseminada.

Diagnóstico diferencial: Celulitis, pioderma gangrenoso, piomiositis, gangrena gaseosa, trombosis venosa profunda.

Comentario final: La fascitis necrotizante se caracteriza por la destrucción fulminante del tejido, toxicidad sistémica y una alta mortalidad, por lo que es importante un diagnóstico precoz para realizar instaurar cuanto antes el tratamiento apropiado, que incluye una intervención quirúrgica precoz y antibioterapia.

Bibliografía

1. Stevens DL, Bryant AE. Necrotizing Soft-Tissue Infections. *N Engl J Med.* 2017;377:2253-65.
2. Bonne SL, Kadri SS. Evaluation and Management of Necrotizing Soft Tissue Infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2017;31(3):497-511.

Palabras clave: Úlcera. Fascitis. Sepsis.