

maltrato, ya sea por vergüenza o por miedo a represalias en contra de la familia. En cuanto a los tipos de maltrato, la encuesta EMPAM DF, refiere que el psicológico es el más frecuente con un 12,7%, seguido del económico con un 3,9%³, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud, describe que el maltrato económico predomina en la población mundial en un 9,2% de los casos, seguido del psicológico con 6,3%⁷. Los resultados de este estudio concuerdan con los reportes de la Organización Mundial de la Salud, aunque la prevalencia reportada en este escrito es superior a la referida en otros estudios. Debido a su alta prevalencia, el médico general y de familia debe de brindar la confianza al AM para poder detectar estos casos, ya que se tiene que tratar al paciente de forma integral. Es importante aplicar este tipo de encuestas, ya que el maltrato en la mayoría de los casos pasa desapercibido a los ojos de terceras personas.

Bibliografía

1. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e147–56.
2. Giraldo RL. Violencia y maltrato hacia las personas adultas mayores en México: resultados para la generación de políticas públicas. ENDIREH 2011 y Estadísticas Vitales sobre Mortalidad (1990-2010). (Internet). 2011. [consultado 25 Ene 2017.] Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/foro/FS.VIOLENCIA.MALTRATO.pdf>
3. Giraldo Rodríguez ML. Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF). 2006. [consultado 25 Ene 2017]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/investigacion/analisis_EMPAMDF.pdf
4. Ruelas G, Salgado N. Factores asociados con el auto-reporte de maltrato en adultos mayores de México. *Rev Chil Salud Pública*. 2009;13:90–9.
5. Sepúlveda-Carillo G, Arias-Portela JY, Cuervo-Rojas AM, Gutiérrez-Gómez ST, Olivos-Álvarez SA, Rincón-Hernández MA, et al. Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la Comisaría Primaria de Familia en la localidad de Usaquén en el año 2007. *Rev Col Enf*. 2009;4:39–45.
6. Rubio Acuña M. Maltrato institucional a adultos mayores. *Gerokomos*. 2012;23:169–71.
7. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores. Nota descriptiva Septiembre 2016. [consultado 15 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>

Montserrat López Nieto^a, Margarita Arenas Cedillo^b
y Alberto González Pedraza Avilés^{c,*}

^a Medicina Familiar, CMF «Marina Nacional», Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE, Tacuba, Ciudad de México, México

^b CMF «Marina Nacional», Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE, Tacuba, Ciudad de México, México

^c División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: albemari@unam.mx
(A. González Pedraza Avilés).

<https://doi.org/10.1016/j.j.regg.2017.07.007>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fascitis necrosante en paciente anciano oncológico



Necrotising fasciitis in an elderly oncologic patient

Introducción

La fascitis necrosante (FN) es una infección de partes blandas caracterizada por necrosis rápidamente progresiva del tejido celular subcutáneo, fascia y músculo^{1–4}. Frecuentemente afecta a extremidades, periné y genitales^{5,6}. Su prevalencia se estima en 0,4 casos por 100.000 habitantes¹, aunque su incidencia parece haber aumentado recientemente^{2,5}. La edad avanzada, diabetes, desnutrición, insuficiencia renal, úlceras por decúbito y cirugía son factores predisponentes^{1–4}. Requiere tratamiento antibiótico y quirúrgico urgente con fasciotomía y seguimiento en unidad de críticos^{1–7}. Se han registrado altas tasas de mortalidad (hasta el 70%)².

Caso clínico

Mujer de 71 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, que ingresó por colecistitis aguda. Diagnosticada de hipertensión arterial, dislipemia, sobrepeso, fibrilación auricular, bocio multinodular con hipertiroidismo y adenocarcinoma de endometrio de tipo endometriode estadio IIIA (tratado quirúrgicamente, con radioterapia, quimioterapia y posterior omentectomía y colostomía terminal paraumbilical de rescate). Seguía tratamiento con atenolol, enoxaparina y tiamazol. Recientemente, ante progresión tumoral, había comenzado segunda línea de quimioterapia paliativa.

A su llegada a urgencias, la paciente presentaba ictericia, febrícula y dolor abdominal. Ingresó en oncología médica con tratamiento conservador pero, ante evolución desfavorable y hallazgo ecográfico de obstrucción en conductos cístico y colédoco se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), objetivándose estenosis de colédoco sugestiva de malignidad, por la que se coloca prótesis biliar metálica. Durante la hospitalización presentó pancreatitis aguda, sangrado vaginal persistente (requiriendo soporte transfusional y embolización de arterias hipogástricas), neumonía y, tras un mes de ingreso, dolor en miembro inferior derecho (MID), fundamentalmente en rodilla, resistente a analgesia intravenosa habitual. Dada la evolución tórpida de la paciente, el mal control del dolor y su desfavorable pronóstico a corto plazo por progresión de enfermedad tumoral en una nueva prueba de imagen realizada durante su ingreso se solicitó valoración por equipo de soporte de la unidad de cuidados paliativos (UCP).

En la primera valoración por el equipo de soporte se observó eritema, aumento de temperatura y crepitación en rodilla derecha y región lateral externa del muslo, con pulsos periféricos presentes y ausencia de signos sugestivos de trombosis. Ante la sospecha de FN se solicitó una radiografía, visualizándose gas en la musculatura de hemipelvis, muslo y pierna (figs. 1 y 2). Análisis de sangre con leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda (fibrinógeno 1.000 mg/dl, proteína C reactiva 29,43 mg/dl). Aislamiento en hemocultivos de *E. faecalis* y *E. coli*, agente etiológico poco habitual para la FN, pero del que hay descritos casos⁸.

Dada la gravedad de la complicación aguda intercurrente y la situación de enfermedad oncológica avanzada, el caso se debatió en sesión multidisciplinar. La paciente estaba informada del mal pronóstico, pero presentaba nula conciencia de terminalidad



Figura 1. Radiografía simple, proyección antero-posterior. Detalle de miembro inferior derecho, en el que se aprecian colecciones de gas en la musculatura de muslo y pierna sugerentes de fascitis necrosante.

y delegaba la toma de decisiones en familiares. Se consideró que el balance riesgo-beneficio del tratamiento quirúrgico era desfavorable, implicando cirugía agresiva con postoperatorio largo y doloroso, por lo que, en consenso con familiares se acordó manejo conservador en función del principio bioético de no maleficencia. Se inició antibioterapia y analgesia, lográndose adecuado control sintomático, hasta el fallecimiento de la paciente tras 50 días de ingreso, 5 días después de diagnosticar la FN.

Discusión

A pesar de que solo un diagnóstico temprano y un tratamiento quirúrgico precoz reducen la mortalidad de la FN¹⁻⁷ se estima que solo un 15-34% de los pacientes tienen un diagnóstico certero al ingreso⁷. Esto podría deberse a que los síntomas iniciales de la FN se asemejan a los de enfermedades como la celulitis¹⁻⁷. Concretamente, uno de los síntomas más tempranos de la FN es el dolor desproporcionado con respecto a los hallazgos de la exploración física^{1,3,5-7}. Nuestra paciente presentó intenso dolor en el MID que, ante la aparición de crepitación subcutánea —junto a los factores predisponentes presentes (obesidad, edad, malnutrición, malignidad, procedimientos invasivos recientes)—, motivó la realización



Figura 2. Radiografía simple, proyección lateral. Detalle de miembro inferior derecho, en el que se aprecian colecciones de gas en la musculatura de muslo y pierna sugerentes de fascitis necrosante.

de una radiografía, objetivándose gas: muy sugestivo de FN por bacterias anaerobias^{1,2}.

El caso presentado refleja la gravedad y agresividad de la FN, así como la importancia de la exploración física minuciosa y la sospecha clínica que, en pacientes ancianos con antecedentes oncológicos, no debería ser desdeñable dada la posible coexistencia de múltiples factores predisponentes. Además, cabe destacar la compleja toma de decisiones en casos de esta índole donde los pacientes, pese a presentar progresión de la enfermedad, mantienen autonomía y capacidad de decisión. Es en estos casos en los que, ante complicaciones agudas de mal pronóstico cuyo tratamiento sea agresivo y probablemente genere sufrimiento, la toma de decisiones debe estar regida por los principios de la bioética clínica.

Bibliografía

1. Misiakos EP, Bagias G, Patapis P, Sotiropoulos D, Kanavidis P, Machairas A. Current concepts in the management of necrotizing fasciitis. *Front Surg.* 2014;1:36.
2. Paz Maya S, Dualde Beltrán D, Lemercier P, Leiva-Salinas C. Necrotizing fasciitis: An urgent diagnosis. *Skeletal Radiol.* 2014;43:577–89.

3. Sun X, Xie T. Management of necrotizing fasciitis and its surgical aspects. *Int J Low Extrem Wounds*. 2015;14:328–34.
4. Suárez-Fernández R, Campos M, Leis VM. *Dermatología en Urgencias. Guía Práctica*. España: Editorial Médica Panamericana; 2012.
5. Hakkarainen TW, Kopari NM, Pham TN, Evans HL. Necrotizing soft tissue infections: Review and current concepts in treatment, systems of care, and outcomes. *Curr Probl Surg*. 2014;51:344–62.
6. Davoudian P, Flint NJ. Necrotizing fasciitis. *Critical Care & Pain: Continuing Education in Anaesthesia*. 2012, <http://dx.doi.org/10.1093/bjaceacp/mks033>
7. Puvanendran R, Huey JC, Pasupathy S. Necrotizing fasciitis. *Can Fam Physician*. 2009;55:981–7.
8. Bekal S, Vincent A, Lin A, Harel J, Côté JC, Tremblay C. A Fatal Case of Necrotizing Fasciitis Caused by a Highly Virulent *Escherichia coli* Strain. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2016;9:1–4.

Nicolás M. González-Senac^{a,*},
Miguel Ángel García Pardo de Santayana^b
y María Coro Pérez Aznar^c

^a Servicio de Geriátría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Oncología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nic.gsenac@gmail.com (N.M. González-Senac).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.10.002>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A propósito de un caso. Aspiración de material protésico



Aspiration of prosthetic material. A case report

Sr. Editor:

Le presentamos el caso de un varón de 86 años con aparición de sialorrea, disfonía, disnea y odinofagia de pocas horas de evolución, que se deriva a urgencias desde la residencia ante la sospecha de posible aspiración.

Basalmente se trataba de un paciente institucionalizado, con dependencia funcional total establecida (índice de Barthel 5/100) secundaria a ictus isquémico aterotrombótico de la ACM derecha, con secuelas de espasticidad, hemiplejía izquierda y disfagia orofaríngea, así como demencia severa de etiología vascular (MEC 6/28).

Entre sus antecedentes destacan hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, insuficiencia renal crónica estadio III, cardiopatía isquémica con doble *bypass* aortocoronario y *stent* en coronaria derecha por reestenosis posterior.

Seguía tratamiento con trazodona, zolpidem, quetiapina, bisoprolol, ivabradina, clopidogrel, nitroglicerina, metformina, metamazol, paracetamol y omeprazol.

A su llegada a urgencias presentó estabilidad hemodinámica inicial con SatO₂ basal del 96%, se solicitó radiografía de tórax convencional que no evidenció cuerpo extraño (fig. 1).

Analíticamente destacaba elevación de reactantes de fase aguda (PCR 143 mg/l), sin leucocitosis ni otros hallazgos significativos.

Tras 24 h de evolución, ante la persistencia de clínica y la aparición posterior de broncopeleja se repitió radiografía de tórax ampliada a orofaringe, que mostró prótesis dental en tercio inferior de faringe (fig. 2).

Se procedió a la extracción del cuerpo extraño mediante pinzas, y bajo monitorización, preoxigenación y sedoanalgesia (50 µg fentanilo y 6 mg midazolam) sin incidencias durante el procedimiento, extrayéndose prótesis dental íntegra sin signos de sangrado.

Posteriormente presentó tendencia a hipotensión que recuperó tras intensificación de sueroterapia, con analítica posterior sin anemia ni otros signos sugestivos de sangrado activo.

Como complicación presentó somnolencia y disminución de Glasgow con broncoaspiración secundaria, que requirió administración de flumazenilo en perfusión continua, sin clara respuesta, finalmente retirado ante sospecha de síndrome confusional hipoactivo recuperando progresivamente el nivel de conciencia.

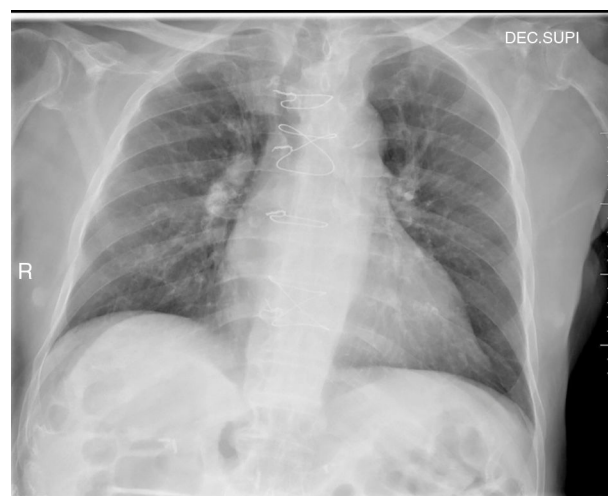


Figura 1. Rx de tórax convencional que no objetiva cuerpo extraño.



Figura 2. Rx de tórax ampliada a zona cervical para valorar orofaringe en la que se aprecia cuerpo extraño sugestivo de prótesis dental en zona media de laringe.