

Mujer de 56 años con dolor y crepitación en miembro inferior izquierdo

Antonio Ramos-Martínez^a, Félix Martínez-Arrieta^b, Jesús Garijo-Álvarez^b y María Isabel Tomás-Fanjul^c

^aMedicina Interna. ^bCirugía General. ^cCuidados Intensivos. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Caso clínico

Mujer de 56 años, ama de casa, fumadora de 10 cigarrillos al día, intervenida hacía 2 años de hysterectomía. Varios meses después presentó prolapso vaginal y le fue practicada una colposuspensión con sutura de Prolene® en la región presacra. La paciente recibió 2 g de cefazolina en la inducción anestésica como profilaxis antibiótica. Durante el postoperatorio presentó dolor lumbar irradiado a la pierna izquierda de características mecánicas, por lo que comenzó tratamiento con antiinflamatorios por vía oral. El décimo día posterior a la intervención tuvo un episodio de tiritona y expulsión de flujo oscuro maloliente. A partir del día 25.º comenzó a recibir antiinflamatorios por vía intramuscular por incremento del dolor. Acudió a otro centro hospitalario el día 40.º por agravamiento de sus molestias e impotencia funcional. Se descartaron fracturas óseas y trombosis venosa profunda y se remitió a su domicilio tras prescribirle dexametasona 4 mg por vía intramuscular. Tras 4 días acudió a nuestro centro por imposibilidad absoluta para caminar, dolor muy intenso y confusión mental. En urgencias se encontraba desorientada y febril (38 °C) con un frecuencia cardíaca de 120/min y 80/45 mmHg de presión arterial. Se evidenció dolor y crepitación a la palpación del muslo y pantorrilla con pulsos conservados. En la analítica destacaba leucocitosis de 13.000/ μ l (75% neutrófilos, 5% cayados), un hematócrito de 26% y una concentración normal de creatinina (73 U/l). En la radiología simple y la tomografía computarizada de la pelvis y miembro inferior izquierdo se evidenció la existencia de aire en las partes blandas de región glútea, muslo y pierna (figs. 1 y 2).

Evolución

Tras la obtención de hemocultivos se intervino a la paciente con carácter urgente. Tras la apertura de la piel se observó abundante exudado inflamatorio maloliente sobre las fascias musculares y entre las mismas, desde la musculatura glútea hasta la porción más distal de la pierna (fig. 3). El aspecto del músculo era normal. Se procedió a la extirpación de tejidos necrosados y a la limpieza de la zona. Posteriormente se instauró monoterapia con imipenem 1 g/6 h. En el cultivo del exudado obtenido durante la cirugía se aislaron *Escherichia coli* y *Proteus mirabilis*; los



Figura 1. Radiografía de la pierna izquierda en la que se observa aire en los tejidos blandos.

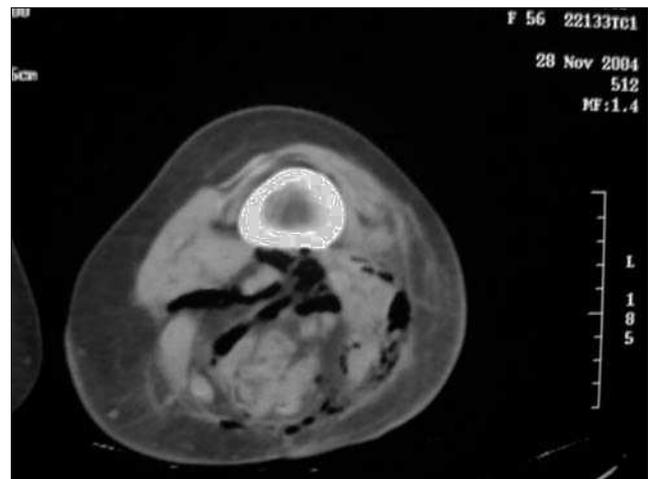


Figura 2. TC del muslo izquierdo en la que se observa aire entre los planos fasciales.

hemocultivos fueron negativos. El cuarto día se procedió a una laparotomía exploradora que descartó cualquier foco intraabdominal. Durante primeros 10 días se realizaron limpiezas quirúrgicas diarias y que se fueron espaciando en los siguientes 15 días.

Correspondencia: Dr. A. Ramos-Martínez.
Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro.
San Martín de Porres, 4. 28035 Madrid. España.
Correo electrónico: antrammar@terra.es

Manuscrito recibido el 7-3-2005; aceptado el 24-5-2005.



Figura 3. Exploración quirúrgica del área afectada con despegamiento del tejido celular subcutáneo, necrosis e infiltrado inflamatorio entre los planos fasciales.

Comentario

Las infecciones necrosantes de la piel y fascia se caracterizan por una destrucción tisular fulminante y una elevada mortalidad¹. Algunas de estas infecciones conservan una nomenclatura específica en función de la localización como la gangrena de Fournier (FN en región escrotal y perineal) o la gangrena sinérgica de Meleney (celulitis postquirúrgica por *Staphylococcus aureus* y estreptococos microaerófilos)^{2,3}. Se distinguen dos tipos de FN, la tipo I suele estar causada por un flora mixta aerobia y anaerobia, mientras que en la tipo II el germen responsable es el *Streptococcus pyogenes*⁴. En este segundo tipo no suele haber producción tisular de gas y, con frecuencia, se detecta bacteriemia, a veces asociada a shock tóxico⁴. La FN tipo I suele aparecer diabéticos y en portadores de hepatopatía y con frecuencia existe un antecedente quirúrgico o traumático^{3,4}. El paso de bacterias a través de la pared vaginal

durante la intervención pudo constituir el origen de la infección en este caso, iniciándose el crecimiento de bacterias como *E. coli* capaces de producir gas evidenciable en los estudios radiológicos. La administración de antiinflamatorios, especialmente por vía intramuscular, se ha asociado con un incremento del riesgo de padecer FN por una hipotética disminución de la respuesta inmunitaria y un posible retraso en la aparición de la sintomatología inflamatoria y en el diagnóstico que, como en nuestro caso, pudo incrementar la gravedad del paciente⁵⁻⁷. No obstante, esta cuestión no está definitivamente aclarada⁸. La aparición en un paciente con celulitis de dolor intenso, tumefacción importante, progresión rápida del eritema, equimosis, flictenas, crepitación, hipoestesia (por necrosis del tejido celular subcutáneo y de las terminaciones nerviosas) o de despegamiento del tejido celular subcutáneo del plano fascial deben orientar a FN^{1,3,4}. La cirugía permite confirmar el diagnóstico, retirar tejidos necrosados y obtener muestras para microbiología. Existe una relación clara entre una intervención quirúrgica precoz y la supervivencia⁹.

Bibliografía

1. Gozal D, Ziser A, Shupak A, Ariel A. Necrotizing fasciitis. Arch Surg. 1986; 121:233-5.
2. Stephens BJ, Lathrop JC, Rice WT, Gruenberg JC. Fournier's gangrene: Historic (1764-1978) versus contemporary (1979-1988) differences in etiology and clinical importance. Am Surg. 1993;59:149-54.
3. Stone HH, Martin JJ Jr. Synergistic necrotizing cellulitis. Ann Surg. 1972; 175:702-11.
4. Green RJ, Dafoe DC, Raffin TA. Necrotizing fasciitis. Chest. 1996;110:219-29.
5. Verfaillie G, Knape S, Corne L. A case of fatal necrotizing fasciitis after intramuscular administration of diclofenac. Eur J Emerg Med. 2002;3:270-3.
6. Browne BA, Holder EP, Rupnick L. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and necrotizing fasciitis. Am J Health Syst Pharm. 1996;53:265-9.
7. Eckmann C, Kujath P, Shekarriz H, Staubach KH. Clostridium myonecrosis as a sequelae of intramuscular injections—description of 3 fatal outcomes. Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd. 1997;114:553-5.
8. Holder EP, Moore PT, Browne BA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and necrotizing fasciitis. An update. Drug Saf. 1997;6:369-73.
9. Sudarsky LA, Laschinger JC, Coppa GF, Spencer FC. Improved results from a standardized approach in treating patients with necrotizing fasciitis. Ann Surg. 1987;206:661-5.