



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1470 - Doctora, me cruje el brazo

L. Beltran Cruells<sup>a</sup>, N. Domene Martí<sup>b</sup>, M. Bosch Ventura<sup>c</sup>, M. D'Lacoste Farré<sup>d</sup>, E. Ruíz Gil<sup>b</sup>, S. Carbó Queraltó<sup>d</sup>, M.I. Rodríguez Arce<sup>a</sup> e I. Vargas<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà. Barcelona. <sup>b</sup>Médico de Familia. ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>d</sup>Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 60 años, no AMC. AP: dislipemia, asma cortico dependiente (metilprednisolona 8 mg/24h y aerosoles), luxación congénita cadera izquierda IQ plastia acetabular. Consulta con lesión eritematosa supurada en codo de brazo derecho (ESD) tratándose con mupirocina tópica. A las 8 horas del inicio del cuadro, reconsultó con leve dolor, edema y crepitación de ESD. Negaba fiebre o distermia. Negaba contusión u otra clínica acompañante. Exploración: confirmó presencia de enfisema subcutáneo y crepitación de ESD. Se derivó a hospital de referencia. Ingresó con OD de celulitis vs fascitis gangrenosa. Se hemocultivo (HC) y se recogió frotis. Inicio antibiótico endovenoso (Ab. ev). Se realizó TAC ESD, cuello y tórax, confirmando gangrena gaseosa con posterior intervención quirúrgica (IQ) urgente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes vitales: afebril, TA 149/95, FC 96x' rítmica. Sat basal 98%. ESD: aumento volumen del brazo al hombro con crepitantes subcutáneos, herida de 0,5 cm en codo con eritema perilesional y drenaje de material purulento. Analítica: leucocitosis 9.540 (N93%), glucosa 6,5 mmol/L, PCR 5,72 (N < 3 mg/L). HC: negativos. TAC ESD, cuello, tórax: gas en ESD, afecta tejido graso subcutáneo y compartimentos musculares. Gas en músculos en zona posterior del hombro, espalda, axila derecha, paquete vascular cervical derecho, retro faringe e mediastino hasta el bronquio principal izquierdo.

**Juicio clínico:** Gangrena gaseosa.

**Diagnóstico diferencial:** Celulitis.

**Comentario final:** En pacientes con clínica compatible con celulitis, importante tener en cuenta factores de riesgo de desarrollo de fascitis necrotizante. Estos son: DM2, alcohol, inmunosupresión, glucocorticoides, tumores, edades extremas y factores locales (heridas, traumatismo o cirugías recientes). En todo caso alarmarse a la presencia de enfisema subcutáneo. Presenta rápida evolución y extrema gravedad asociado, en muchos pacientes, a aparición de shock séptico, precisando IQ y Ab.ev. El diagnóstico: inicialmente clínico. No debe retrasarse. Pronóstico: según diagnóstico precoz y tratamiento agresivo inmediato. Prueba imagen Gold Standard: TAC. Tratamiento: Ab ev y IQ extensa y precoz. En algunos casos: cámara hiperbárica (más eficaz en infecciones clostridianas). Los HC: sólo positivos en 60% de los casos, y los cultivos quirúrgicos en el 76%. Esta paciente, había

que tener en cuenta, el estado inmunodeprimido, por los corticoides crónicos orales, y la clínica de rápida evolución con dolor apaciguado por el tratamiento con corticoides. Se cultivo, fue tratada con Ab. ev, precisando IQ en dos tiempos, fasciotomía inicial y a los 2 días limpieza quirúrgica con mejoría. Posteriormente tratamiento con cámara hiperbárica. Los HC tanto pre como intra quirúrgicos fueron negativos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Hashimoto N, Sugiyama H, Asagoe K, Hara K, Yamasaki O, Yamasaki Y, et al. Fulminant necrotising fasciitis developing during long term corticosteroid treatment of systemic lupus erythematosus. *Annals Rheumatic Diseases*. 2002.
2. Navinan MR, Yudhishdran J, Kandeepan T, Kulatunga A. Necrotizing fasciitis - a diagnostic dilemma: two case reports. *J Med Case Rep*. 2014.
3. Parra Caballero P, Pérez Esteban S, Patiño Ruiz ME, Castañeda Sanz S, García Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*. 2012.
4. Shukry AS. Necrotizing Fasciitis- Report of ten cases and review of recent literature. *J Med Life*. 6(2):189-94.