

- Sun X, Xie T. Management of necrotizing fasciitis and its surgical aspects. *Int J Low Extrem Wounds*. 2015;14:328–34.
- Suárez-Fernández R, Campos M, Leis VM. *Dermatología en Urgencias. Guía Práctica*. España: Editorial Médica Panamericana; 2012.
- 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.
- Davoudian P, Flint NJ. Necrotizing fasciitis. *Critical Care & Pain: Continuing Education in Anaesthesia*. 2012, <http://dx.doi.org/10.1093/bjaceacp/mks033>
- Puvanendran R, Huey JC, Paspopathy S. Necrotizing fasciitis. *Can Fam Physician*. 2009;55:981–7.
- 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 Geriatría, 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, metamizol, 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 broncopejía 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.

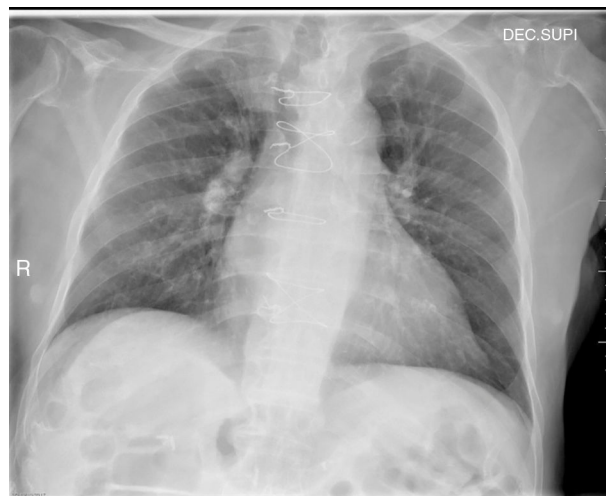


Figura 1. Rx de tórax convencional que no objetiva cuerpo extraño.

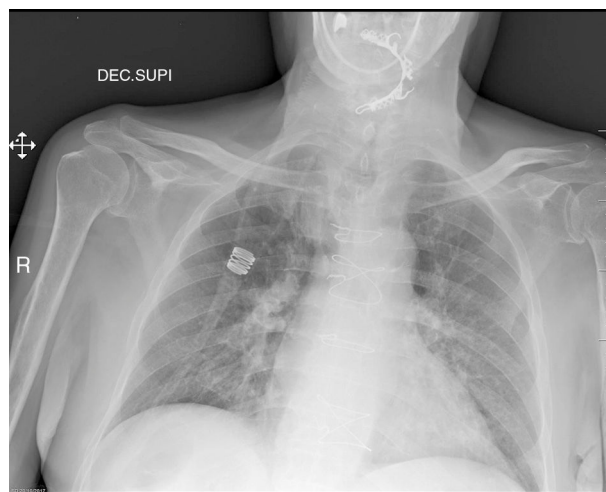


Figura 2. Rx de tórax ampliada a zona cervical para valorar orofaringe en la que se aprecia cuerpo extraño sugestivo de prótesis dental en zona media de laringe.

Durante el ingreso en planta fue necesario mantener tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico, así como corticoterapia y broncodilatadores nebulizados ante infección respiratoria de origen aspirativo. Se intensificó dieta adaptada a disfagia y medidas posturales, además de la retirada de prótesis dental de manera definitiva, presentando estabilidad inicial.

Posteriormente, tras varios episodios de broncoaspiración, pese a todas las medidas activas y preventivas tomadas, el paciente presentó mala evolución siendo finalmente éxitus.

Discusión

La aspiración de material protésico dentario es un evento infrecuente^{1,2}, pero debe ser tomado en cuenta debido al carácter grave y potencialmente mortal²⁻⁵. Los factores de riesgo más frecuentes son: demencia, psicofármacos, secuelas de ictus, alteraciones del nivel de conciencia...^{1,2,4}.

La anamnesis es fundamental para sospechar esta complicación⁴; la tos de carácter no productivo, irritativa y en espasmos, alteraciones de la deglución, así como de la fonación^{1,4,5}, son signos y síntomas fundamentales para detectarlo.

Nuestro paciente presentaba demencia vascular, recibía psicofármacos por alteración conductual y como síntomas guía presentó tos irritativa de 48 h de evolución, disfonía, empeoramiento de disfagia, manteniendo saturaciones normales con una auscultación pulmonar, sin ruidos agregados al inicio.

La valoración radiológica es vital en caso de sospecha⁵. Se recomienda realizar radiografía de tórax convencional AP y lateral, además de explorar la zona cervical^{4,6} para valorar orofaringe, ya que el material puede quedar impactado a este nivel como fue nuestro caso.

Estas incidencias nos permitirían además, descartar complicaciones potencialmente mortales como neumotórax y pneumomediastino⁶.

Las localizaciones más frecuentes de cuerpos extraños en los estudios reportados son a nivel traqueo-bronquial derecho por la predisposición anatómica, ya que es más corto, ancho y vertical que el izquierdo^{4,5}.

Debeljak et al. reportaron un 67% de aspiraciones en el árbol traqueo-bronquial derecho. En otros estudios, también se han descrito casos en el lóbulo inferior derecho (49,4%)^{4,7} y bronquio principal. En nuestro caso se trata de un enclavamiento de

material protésico a nivel orofaríngeo, que no es habitual en los casos previamente reportados.

En conclusión, en pacientes ancianos institucionalizados es frecuente la presencia de factores de riesgo (disfagia, demencia, secuelas de ictus, uso de psicofármacos,...)⁴, así como el uso de prótesis dentales, y en muchos casos sin un objetivo funcional claro, debiendo tener presente la sospecha clínica de atragantamiento y las complicaciones severas del mismo, ya que los síntomas pueden enmascarse con otras enfermedades y retrasar el diagnóstico^{4,8}.

Bibliografía

1. Boyd M, Chatterjee A, Chiles C, Chin R Jr. Tracheobronchial foreign body aspiration in adults. *South Med J*. 2009;102:171-4.
2. Baharloo F, Veyckemans F, Francis C, Bieltlot M, Rodenstein DO. Tracheobronchial foreign bodies: Presentation and management in children and adults. *Chest*. 1999;115:1357-62.
3. Rafanan AL, Mehta AC. Adult airway foreign body removal: What's new? *Clin Chest Med*. 2001;22:319-30.
4. Limper AH, Prakash UBS. Tracheobronchial foreign bodies in adults. *Ann Intern Med*. 1990;112:604-9.
5. Umesan UK, Chua KL, Balakrishnan P. Prevention and management of accidental foreign body ingestion and aspiration in orthodontic practice. *Ther Clin Risk Manag*. 2012;8:245-52.
6. Pinto A, Scaglione M, Pinto F, Guidi G, Pepe M, del Prato B, et al. Tracheobronchial aspiration of foreign bodies: Current indications for emergency plain chest radiography. *Radiol Med*. 2006;111:497-506 [Article in English, Italian].
7. Debeljak A, Sorli J, Múšić E, Kečelj P. Bronchoscopic removal of foreign bodies in adults: Experience with 62 patients from 1974-1998. *Eur Respir J*. 1999;14:792-5.
8. Yilmaz A, Akkaya E, Damadoglu E, Gungor S. Occult bronchial foreign body aspiration in adults: Analysis of four cases. *Respirology*. 2004;9:561-3.

Laura García Ortiz de Uriarte^{a,*}, Marco Antonio Zelada Rodríguez^b y Xavier Martí Company^b

^a Servicio de Geriatría, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^b Servicio de Geriatría, Hospital Sant Llatzer, Terrassa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: LGarciaO@cst.cat (L. García Ortiz de Uriarte).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.11.002>

0211-139X/

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

Problemas del equilibrio y de la marcha relacionados con la fragilidad en mujeres adultas mayores físicamente activas



Balance and gait problems related to frailty in physically active older women

Sr. Editor:

Uno de los aspectos de mayor estudio en la actualidad en el campo de la geriatría clínica es el concepto de fragilidad, un síndrome complejo de vulnerabilidad aumentada en adultos mayores¹. Los criterios clínicos que identifican este síndrome están muy vinculados a la condición física y esta suele ser peor en las mujeres que en los hombres². El deterioro de la condición física puede comportar una pérdida de equilibrio, de la agilidad y de

la velocidad de la marcha, factores todos ellos imbricados entre sí en el desarrollo de la fragilidad en las personas mayores³. Son muy pocos los estudios en nuestro medio que aborden este tema y, más concretamente, la influencia que puede tener sobre las mujeres. Es por esta razón que el objetivo de este estudio fue valorar la relación entre los problemas del equilibrio y de la marcha con el estado de fragilidad en mujeres adultas mayores físicamente activas.

Se diseñó un estudio transversal de mujeres de 60 o más años que habían participado en diversas actividades que organizan los hogares municipales para jubilados del Ayuntamiento de la ciudad de Lleida. Los datos provienen de la encuesta sobre actividad física y fragilidad de Lleida (AFRALLE). Las participantes debían ser autónomas para el desplazamiento y estar dispuestas a realizar las pruebas de valoración del equilibrio y de la marcha. Las variables y los instrumentos utilizados fueron: la fragilidad (instrumento