

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

M.A. Frías Pérez, J.I. Muñoz Bonet,
J.L. Vázquez Martínez, P. de la Oliva
Senovilla, F. Ruza Tarrio

An Esp Pediatr 1997;46:625-626.

Caso clínico

Varón de 9 años con fiebre alta y dolor, calor e induración en el muslo derecho, de 48 horas de evolución, sin historia previa de traumatismo o infección local. En los antecedentes personales destaca la extirpación, ocho años antes, de un tumor vascular benigno en la misma zona. La exploración física evidencia dolor intenso, calor e induración en muslo derecho, sobre el trocánter mayor y área ántero-externa.

La radiografía simple muestra calcificaciones irregulares en partes blandas y la ecografía y RNM (Fig. 1) desestructuración del vasto externo junto con áreas de hemorragia. En la analítica inicial aparecen: 23.000 leucocitos/mm³, con 83% PMN, Hb 6,1 g/dl, 343.000 plaquetas/mm³, VSG 60 en la primera hora, siendo el resto normal.

Sufre empeoramiento progresivo con aparición de gran dureza en muslo, coloración grisáceo-rojiza de la piel y dolor muy importante, por lo que se interviene comprobando gran edema, necrosis muscular y exudado con sangre y pus. Se deja herida abierta y se inicia tratamiento intravenoso con clindamicina, gentamicina y penicilina, pero los signos inflamatorios continúan extendiéndose a la zona inguinoescrotal y surge una tumefacción similar en antebrazo izquierdo. Aparece letargia e hipotensión arterial por lo que ingresa en la UCIP. Las cifras de CPK y aldolasa son de 1.396 mU/ml y 16,1 mU/ml respectivamente y se detecta haptoglobina libre sérica. Aparece orina de color rojo-rosado, con fuerte positividad al reactivo de sangre pero sin hematíes en el sedimento. Se realiza fasciotomía del antebrazo izquierdo (Fig. 2). Progresan los signos de afectación sistémica con hipotensión [precisando expansión volumétrica y perfusión de dopamina (máxima de 24 µg/kg/min) y adrenalina (hasta 0,23 µg/kg/min)], oliguria con respuesta al tratamiento hemodinámico y furosemida en perfusión (creatinina de 1,8 mg/dl), y letargia. Requiere intubación y ventilación mecánica durante 18 días. La cifra mínima de plaquetas es de 93.000 /mm³, con ligera alteración de los tiempos de coagulación, y con PDF > 40 en los primeros días del ingreso. En las heridas, se realizan desbridamientos y extirpaciones musculares precisando finalmente injertos laminares. La evolución de las lesiones es satisfactoria y el paciente es dado de alta a los 22 días de estancia en la UCIP.

Un niño con inflamación de tejidos blandos y signos de afectación sistémica



Figura 1. Resonancia magnética nuclear del muslo derecho.



Figura 2. Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Preguntas

1. ¿Cuáles son los diagnósticos primario y secundario?
2. ¿Cual es el tratamiento idóneo?

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil "La Paz". Paseo de la Castellana, 261. 28046. Madrid.

Correspondencia: F. Ruza. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil La Paz. Paseo de la Castellana, 261. 28046. Madrid.

Síndrome de shock tóxico en una fascitis necrotizante

La fascitis necrotizante (FN) es una infección severa, a veces fatal. Existen dos formas⁽¹⁾: tipo I o polimicrobiana, asociada con traumatismos penetrantes, cirugía y lesiones perianales, y tipo II o monomicrobiana, por *Streptococcus* beta-hemolítico del grupo A. En este caso el diagnóstico se confirmó con la cirugía y el crecimiento puro del germen (*Streptococcus pyogenes*) en muestras de las lesiones. Los resultados en pruebas de imagen y el cuadro toxicoinfeccioso⁽²⁾, junto con la existencia de escasos signos inflamatorios cutáneos y, sin embargo, gran induración y dolor, hacían sospechar el diagnóstico.

El laboratorio poco aporta al diagnóstico: habitualmente aparece leucocitosis con desviación izquierda y VSG elevada. La existencia de orinas rojas sin hematíes en el sedimento, junto con niveles altos de CPK y aldolasa, y presencia de haptoglobina, argumentan una destrucción muscular con mioglobinuria, que es un factor de mal pronóstico.

El síndrome de shock tóxico (SST) es una complicación conocida de infecciones estafilocócicas. En los últimos años se describe también asociado a infecciones invasivas estreptocócicas⁽³⁾. Se han propuesto⁽⁴⁾ criterios para definir el SST estreptocócico. El paciente cumple criterios de caso definitivo: se aisló el germen de un lugar habitualmente estéril y presentó severidad clínica, incluyendo fallo hemodinámico, renal, coagulopatía e infección severa de tejidos blandos, aunque no existió alteración hepática, SDRA y rash o descamación cutánea. Además, presentó obnubilación y letargia aunque no se incluyen como criterios.

A diferencia del SST estafilocócico en el que el lugar de ini-

cio de la infección puede ser difícil de identificar, en el estreptocócico existe infección de tejidos blandos y bacteriemia.

El tratamiento de la FN es mixto. Deben emplearse antibióticos i.v. a dosis altas durante 2-3 semanas, continuando con tratamiento oral, por la tendencia a recurrir. Se emplearán empíricamente aminoglucósidos, clindamicina y penicilina. Si se confirma el crecimiento puro de *Streptococo* sensible a penicilina, se proseguirá tratamiento con ella pero asociando clindamicina o vancomicina, debido al efecto inóculo o "Eagle"⁽⁵⁾, por el que en este tipo de infecciones, la respuesta "in vivo" a la penicilina está disminuida. El tratamiento quirúrgico es importantísimo y generalmente se precisa resección de grupos musculares. El factor pronóstico más importante es la precocidad quirúrgica. La aparición de SST complica enormemente la evolución y para su tratamiento se requiere ingreso en una UCIP.

Bibliografía

- 1 Giuliano A, Lewis F, Hadley K, Blaisdell FW. Bacteriology of necrotizing fascitis. *Am J Surg* 1977; **134**:52-57.
- 2 Noya E, Tezanos E, Díaz C, Balboa F, Casado E. Fascitis necrotizante estreptocócica. *An Esp Pediatr* 1991; **35**: 362-364.
- 3 Stevens DL, Tanner MH, Winship J, Swartz R, Ries KM, Schlievert PM, Kaplan E. Severe Group A streptococcal infections associated with a toxic shock-like syndrome and scarlet fever toxin A. *N Engl J Med* 1989; **321**:3-7.
- 4 The Working Group on Severe Streptococcal infections. Defining the Group A Streptococcal Toxic Shock Syndrome. *JAMA* 1993; **269**: 390-391.
- 5 Torradadella P. Fascitis necrotizante. La novedad de una vieja enfermedad. *Med Clin* 1995; **104**:418-419.