Rev Colomb Ortop Traumatol. 2013;**27(4)**:222-226

Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología
www.elsevier.es/rccot

CASO CLÍNICO

Fascitis necrotizante por *Aeromona hydrophila* en un niño inmunocompetente: reporte de caso y revisión de la literatura

Gabriel Fletscher Covaleda[a,*], Camilo Martínez González[b] y Fernando Galván-Villamarín[a,b]

[a] *Médico Ortopedista y Traumatólogo, Unidad de Ortopedia, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia*
[b] *Médico Ortopedista y Traumatólogo, Unidad de Ortopedia, Hospital Central de la Policía, Bogotá, Colombia*

Recibido el 22 de enero de 2013; aceptado el 15 de agosto de 2013

PALABRAS CLAVE
Heridas y Traumatismos/ complicaciones;
Infecciones por Bacterias Gramnegativas;
Aeromonas hydrophila;
Fascitis Necrotizante;
Inmunocompetencia;
Informes de casos

Nivel de evidencia: IV

Resumen La fascitis necrotizante es una infección grave de tejidos blandos caracterizada por compromiso local y sistémico asociado a altas tasas de mortalidad. La *Aeromona hydrophila* como agente etiológico de esta patología no es frecuente; usualmente se presenta en pacientes inmunocomprometidos y conlleva altas tasas de mortalidad. Se presenta el caso de un niño de 8 años de edad, sin antecedente de enfermedades sistémicas, con diagnóstico clínico e histopatológico de fascitis necrotizante con asilamiento microbiológico de *A. hydrophila* que fue tratado satisfactoriamente con desbridamiento quirúrgico extenso y tratamiento antibiótico.
© 2013 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Wounds and Injuries/ complications;
Gram-Negative Bacterial Infections;

Necrotizing fasciitis due to *Aeromona hydrophila* in an immunocompetent child: Case report and literature review

Abstract Necrotizing fasciitis is a severe infection of soft tissues characterized by local and systemic involvement and associated with high mortality rates. Episodes of infection by Aeromona *hydrophila* as etiological agent of the disease are rare, usually in immunocompromised

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fletscher@gmail.com (G. Fletscher Covaleda).

0120-8845/$ - see front matter © 2013 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Aeromonas hydrophila;
Fasciitis, Necrotizing;
Immunocompetence;
Case reports

Evidence level: IV

patients, and with high mortality rates. The cases reported in the pediatric population are even rarer. The case is presented of an 8-year-old with no history of underlying systemic disease with clinical and histopathology diagnosis of necrotizing fasciitis with microbiological isolation of *A. hydrophila*, with successful treatment secondary to extensive surgical debridement and initiation of antibiotic therapy.
© 2013 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El término fascitis necrotizante, propuesto por Wilson en 1952, describe la necrosis de la fascia por infección[1]. Se trata de una enfermedad potencialmente mortal, dado el compromiso multisistémico secundario a la rápida progresión de la necrosis en el tejido celular subcutáneo y el músculo. En pacientes inmunocompetentes esta infección se asocia con bacilos gramnegativos (*Escherichia coli, Pseudomona aeruginosa*), cocos grampositivos (S*taphylococcus o Streptococcus*) o gérmenes anaerobios (*Bacterioides, Clostridium, Peptostreptococcus*)[2]. En pacientes sin comorbilidades que supriman el sistema inmunológico, las fascitis necrotizantes por *Aeromona hydrophila* son raras, pero por lo general su desenlace es fatal, a pesar de los grandes esfuerzos terapéuticos[3].

En niños, la mayoría de las infecciones de piel, tejido celular subcutáneo y músculo secundarias a la infección por *A. hydrophila* han ocurrido en pacientes con factores de riesgo y compromiso inmunológico: anemia aplásica, talasemia, leucemia o enfermedades hepatobiliares[4]. Son muy escasos los reportes de fascitis necrotizante en niños inmunocompetentes[5].

Las infecciones necrotizantes de los tejidos blandos son clasificadas según la profundidad del tejido comprometido, la gravedad de la infección o la microbiología de la misma. Cuando las infecciones necrotizantes son clasificadas según los gérmenes involucrados, se describen tres tipos: a) Tipo I, en el cual se incluyen infecciones mixtas por aerobios y anaerobios, grampositivos y gramnegativos, b) Tipo II, para las infecciones por *Staphylococcus aureus*, y c) Tipo III, para las infecciones por *Clostridium*. Sin embargo, las infecciones asociadas a bacterias acuáticas, entre las que se incluyen generalmente las infecciones por *Vibrio vulnificus* o *Aeromona hydrophila* no se pueden incluir acertadamente en ninguno de los grupos de clasificación dadas sus características microbiológicas.

Caso clínico

Niño de 8 años, previamente sano, quien ingresa al servicio de urgencias por cuadro clínico de 30 horas de evolución dado por trauma en el dorso del pie derecho mientras se encontraba nadando en aguas termales azufradas, ocasionando un área de escoriación. Doce horas previas a la valoración inicial en urgencias presenta dolor en el área lesionada, cuya intensidad aumenta de forma progresiva, asociado a limitación funcional, eritema, fiebre cuantificada de 39,5 °C y malestar general. Al examen físico inicial se encuentra el paciente alerta, en regular estado general, con frecuencia cardiaca de 132 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 26 por minuto. Se observa edema en todo el dorso del pie derecho hasta la región maleolar, asociado a calor, rubor, dolor intenso a la movilidad y escoriaciones en el antepié. No se documenta crepitación. Los exámenes de laboratorio muestran leucocitosis de 27 260, neutrófilos 84,4%, plaquetas 309 000, Hb 14,5 g/dl, proteína C reactiva 24,7 mg/l y VSG 22 mm/h. Se toman hemocultivos.

El niño es llevado a cirugía por sospecha de artritis séptica en el tobillo. Se realiza punción articular obteniendo líquido sinovial no sugestivo de infección, sin pérdida de la filancia, con cultivo negativo. Durante el procedimiento quirúrgico, se realiza incisión sobre el área traumática encontrando necrosis de la grasa y fascia de todo el dorso del pie hasta el tercio distal de la pierna, con olor fétido. Se realiza desbridamiento extensivo del dorso del pie (fig. 1). Se toman muestras adecuadas de piel, tejido celular subcutáneo y fascia para estudio histopatológico y cultivo microbiológico de gérmenes aerobios y anaerobios. Se considera diagnóstico intraoperatorio de fascitis necrotizante y se inicia tratamiento antibiótico con clindamicina, piperazilina y tazobactam (7 días).

El paciente es trasladado a la unidad de cuidado intensivo por riesgo de deterioro hemodinámico durante 7 días. Se realiza lavado y desbridamiento quirúrgico en dos oportu-

Figura 1 Posoperatorio inmediato de fasciotomía y desbridamiento quirúrgico.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4086122

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4086122

Daneshyari.com