



Protocolo diagnóstico y tratamiento de la enfermedad linfática aguda

A. Galindo García*, G. Moñux Ducajú, A. Martín Conejero y F.J. Serrano Hernando

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Linfangitis
- Celulitis
- Estreptococo beta hemolítico
- *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina (MSSA)

Keywords:

- Lymphangitis
- Cellulitis
- Beta-haemolytic *Streptococcus*
- Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*

Resumen

Introducción. La linfangitis es un proceso inflamatorio de los canales linfáticos que habitualmente se desarrolla tras la inoculación de microorganismos en los vasos linfáticos a través de un defecto cutáneo o como complicación de una infección a nivel más distal.

Manifestaciones clínicas. La linfangitis aguda se presenta como una afectación cutánea más o menos extensa que se acompaña de placas eritematosas y calor, pudiendo acompañarse de manifestaciones sistémicas como fiebre. Los microorganismos implicados con más frecuencia son los estreptococos beta hemolíticos y *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina (MSSA), aunque en determinadas circunstancias la infección es provocada por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA).

Diagnóstico. El correcto diagnóstico se basa en la historia clínica y en la exploración física. También tendremos en cuenta las pruebas analíticas y microbiológicas de la posible puerta de entrada para iniciar un adecuado tratamiento que inicialmente se basa en la terapia antibiótica empírica habitualmente oral, precisando terapia parenteral, ingreso y cobertura frente a MRSA en determinados casos.

Abstract

Diagnostic protocol and treatment of acute lymphocytic disease

Background. Lymphangitis is an inflammatory process of the lymphatic canals, which commonly develops after the inoculation of microorganisms in the lymphatic vessels through a skin defect or as a complication of a more distal infection.

Clinical manifestations. Acute lymphangitis presents as an extensive skin disorder, which is accompanied by erythematous plaques and heat and can be accompanied by systemic manifestations such as fever. The microorganisms most often involved are beta-haemolytic streptococci and methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* (MSSA), although in certain circumstances the infection is caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA).

Diagnosis. The correct diagnosis is based on the medical history and physical examination. We also need to consider the laboratory and microbiological tests for the possible entry point to start appropriate treatment, which will initially be based on empirical antibiotic therapy (typically oral), requiring parenteral therapy, hospitalisation and coverage against MRSA in certain cases.

Introducción

La linfangitis es un proceso inflamatorio de los canales linfáticos que puede ser debido a causas infecciosas o no infecciosas. Los potenciales agentes patógenos incluyen bacterias, micobacterias, virus, hongos y parásitos. Habitualmente se

*Correspondencia

Correo electrónico: angelgalindogarcia@gmail.com

desarrolla tras la inoculación de microorganismos en los vasos linfáticos a través de un defecto cutáneo o como complicación de una infección a nivel más distal. Puede presentarse en diversas circunstancias:

1. Vasos linfáticos sanos con infección aguda: el microorganismo llega a los mismos a través de una lesión dérmica distal debida a un traumatismo o infección.

2. Vasos linfáticos dañados: obstrucción previa de los mismos debida a procedimientos quirúrgicos, neoplasias, radiación o traumatismo. Ejemplos habituales son la extracción de vena safena para cirugía de *bypass* en extremidad inferior o la resección de ganglios axilares tras una mastectomía radical en la extremidad superior.

3. Anomalías anatómicas congénitas o adquiridas con alteraciones hipo o hiperplásicas pueden conllevar la oclusión de los vasos linfáticos.

Manifestaciones clínicas

La linfangitis aguda se presenta como una afectación cutánea más o menos extensa que se acompaña de placas eritematosas y calor, con un trayecto filiforme que se extiende proximalmente, pudiendo afectar a los ganglios linfáticos (linfadenitis). Puede acompañarse de manifestaciones sistémicas como fiebre. En algunos casos puede progresar a linfangitis flictenular (flictenas con contenido seroso que evolucionan a escara), e incluso a linfangitis necrotizante (habitualmente en pacientes con inmunodepresión, con afectación general e incluso sepsis). Habitualmente encontramos una puerta de entrada como excoriaciones, rasguños, úlceras o epidermatofitosis interdigital. En individuos inmunocompetentes el patógeno más frecuente es *Streptococcus pyogenes*. *Staphylococcus aureus* también puede ser responsable de este tipo de infección, así como las bacterias Gram negativas en pacientes inmunodeprimidos, pudiendo en estos casos llegar a presentar celulitis de la extremidad. Otros microorganismos implicados son *Pasteurella multocida* (relacionada con linfangitis tras una mordedura de perro), *Erysipelotrix* (responsable del ántrax cutáneo), *Herpes simplex* (linfogranuloma venéreo) o las rickettsias.

Otras formas de linfangitis infecciosas, menos frecuentes en nuestro medio pero de gran importancia epidemiológica, son la linfangitis nodular (también conocida como síndrome linfocutáneo, habitualmente por *Sporothrix schenckii*, *Nocardia braziliensis*, *Mycobacterium marinum*, *Leishmania braziliensis* o *mexicana*, *Francisella tularensis* o micosis sistémicas) y la linfangitis por filaria.

Entre las causas no infecciosas destacan las neoplásicas o carcinomatosas (mama, pulmón, estómago, páncreas, recto y próstata), así como las linfangitis asociadas a la enfermedad de Crohn y la linfangitis esclerosante del pene.

Diagnóstico

El correcto diagnóstico se basa en la historia clínica y en la exploración física. También tendremos en cuenta las pruebas analíticas y microbiológicas para establecer un correcto tratamiento.

1. Analítica: buscaremos leucocitosis y un aumento de los parámetros inflamatorios como velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva.

2. Toma de muestras mediante torunda, aspirado y/o biopsia de la posible lesión primaria, nódulo o úlcera para histología y microbiología (cultivo de bacterias, hongos y micobacterias, pudiendo requerir incubación prolongada para identificación de *Nocardia*), así como hemocultivos.

3. En caso de sospecha de linfangitis de origen poco habitual en nuestro medio, se realizará serología (*F. tularensis*, *Histoplasma*), muestras de sangre o piel (filariasis)

4. Las técnicas de imagen nos permiten valorar alteraciones anatómicas del sistema linfático, aunque no nos aporta información sobre la etiología de la linfangitis. Así la linfografía isotópica y la resonancia magnética nos permitirán evaluar un posible linfedema previo.

Cuando solo exista fiebre, cefalea y malestar general, se tendrá que diferenciar de cuadros víricos. Una vez establecidos los síntomas en la extremidad tendremos que realizar el diagnóstico diferencial con la trombosis venosa superficial o profunda.

Tratamiento

El tratamiento inicial de la linfangitis se basa sobre todo en la terapia antibiótica empírica. Los pacientes con infección leve o moderada pueden ser tratados con antibióticos orales. Se debe instaurar la vía parenteral en las siguientes circunstancias:

1. Afectación del estado general (fiebre elevada, hipotensión o taquicardia).

2. Progresión del eritema.

3. Progresión clínica tras 48 horas de antibióticos orales.

4. Intolerancia a antibioterapia oral.

5. Proximidad de la lesión a implantes (por ejemplo, prótesis de rodilla o injertos vasculares sintéticos).

6. Pacientes inmunodeprimidos.

La dosis de antibiótico debe ajustarse al peso del paciente, sobre todo en casos de obesidad mórbida y linfedema previo. En algunos casos, la antibioterapia empírica dependerá de determinadas condiciones del paciente (diabéticos), circunstancias especiales (linfangitis o celulitis tras mordedura de animal, exposición al agua), y la presencia sospechada de diferentes patógenos. Otras medidas adicionales incluyen la elevación de la extremidad afecta, que facilita el drenaje del edema y de sustancias inflamatorias, y el tratamiento de patologías concomitantes como el linfedema o la insuficiencia venosa crónica que suelen causar infecciones recidivantes. Se aconseja además una correcta hidratación de la piel que evite la sequedad y la maceración de la misma. Se debe añadir tratamiento sintomático como antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos.

En cuanto a la antibioterapia empírica, esta debe ser rígida a cubrir infección por estreptococos beta hemolíticos y *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina. Las posibles opciones están resumidas en el algoritmo de la figura 1. En determinadas circunstancias es necesaria la cobertura frente a *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA):

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764430>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764430>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)