

INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS DE RÁPIDA EVOLUCIÓN EN EXTREMIDAD INFERIOR EN EDAD PEDIÁTRICA. A PRÓPOSITO DE UN CASO

Martín Blanco, Sergio; Barbero Ortega, Ruth ; Muñoz Vicente, Adrian; Rey Cañas, Roberto; Zuñiga-Villacrecis Viza, Estefani.

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de partes blandas (IPB) en las extremidades en pacientes en edad pediátrica tienen una amplia variabilidad de presentación clínica y suponen un reto diagnóstico. Los casos leves pueden ser manejados con antibioterapia y observación, mientras que en los casos graves o de rápida evolución, el manejo debe ser más agresivo.



OBJETIVOS

El objetivo principal fue abordar la presentación clínica diferencial entre IPB graves y de rápida evolución, además de destacar la importancia de realizar un tratamiento adecuado y precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 10 años, sin AP de interés, que acudió al servicio de Urgencias por un cuadro de dolor, tumefacción y eritema en tobillo. En las últimas 72 horas había presentado picos de febrícula y empeoramiento franco. A la exploración presentaba fiebre de 39°C, tumefacción desde dedos hasta tercio proximal de pierna con eritema, induración, calor y dolor intenso a la palpación, así como flictenas en maléolo medial y lateral. Analíticamente destacaba leucocitosis de 30x1000/ μ L, PCR de 25.6mg/dl y datos de coagulopatía. Se extrajeron hemocultivos, se inició tratamiento antibiótico intravenoso con Clindamicina+Piperacilina-Tazobactam y se solicitó TC en el que se evidenciaron extensos abscesos en zona anteromedial, lateral y tibioperonea, con probable afectación intraarticular, con dudosos signos de fascitis y miositis.

RESULTADOS

Se decidió intervenir quirúrgicamente de urgencias al paciente ante dichos hallazgos. Mediante abordaje medial y lateral de tobillo se realizó drenaje de abundante material purulento sin signos sugerentes de fascitis necrotizante. Se realizaron fasciotomías de todos los compartimentos y se colocaron 3 drenajes. En los hemocultivos crecieron cocos gram+ en racimos, añadiendo vancomicina. La evolución clínica y analítica fue favorable, aislándose un *S. aureus* meticilin sensible, por lo que se mantuvo el antibiótico intravenoso una semana y oral 3 semanas más. Ambas heridas presentaron una leve dehiscencia distal que cerraron con curas semanales con Prontosan® y Alginato, así como con apósitos de silicona.

CONCLUSIÓN

Ante IPB graves y con rápida evolución, es fundamental un manejo multidisciplinar. Se deben descartar la formación de abscesos o entidades como la fascitis necrotizante, que requieren un tratamiento quirúrgico agresivo precoz para evitar un desenlace fatal para el paciente.



59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA