

Caso clínico : **DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR  
DERECHO EN UNA ADULTA MAYOR**

**Dra : Claudia M. Terán Benzaquén**  
**MIR GRT**  
**2009**



▣ **MOTIVO DE CONSULTA** : Paciente mujer de 79 años ingresa al servicio de urgencias el día 20 de Noviembre del 2008 por dolor e impotencia funcional del miembro inferior derecho.

▣ **ANTECEDENTES PERSONALES:**

- Niega alergias medicamentosas.
- Hipertensión arterial en tratamiento.
- Portadora de marcapaso por BAV completo.
- Dislipemia en tratamiento.
- Hiperuricemia en tratamiento
- Intervenida de **carcinoma de cólon** en 1994 en el Hospital general de Segovia con posterior quimioterapia y radioterapia (dada de **alta hace 6 años**). No aporta informe.

### ▣ **TRATAMIENTO HABITUAL:**

- Tertensif 2.5 mg : 1 comp cada 24 horas
- Pravastatina 20 mg: 1 comp cada 24 horas
- Zyloric 100 mg : 1 comp cada 24 horas

▣ **SITUACION FUNCIONAL:** IAVD. Realiza actividades instrumentales.

### ▣ **ENFERMEDAD ACTUAL:**

La paciente manifiesta que desde hace 3 semanas inicia cuadro clínico caracterizado por **dolor en zona glútea derecha con irradiación al miembro inferior del mismo lado**, de intensidad leve, no cediendo con el reposo, ni con la toma de analgésicos (paracetamol, nolotil y parche de fentanyl), llegando a causar impotencia funcional. Además nota leve **aumento de volumen** de dicho miembro, sin cambio de coloración.

**Niega traumatismo previo.**

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Funciones vitales:** TA : 130/70 mmHg, FC:90 lpm, FR: 19 rpm, Sat O2: 99%
- Aspecto general:** Paciente consciente y orientada en las tres esferas, normo perfundida y normo hidratada
- Cabeza y cuello:** No se evidencia ingurgitación yugular. Carótidas rítmicas.
- Torax:** Ruidos cardiacos rítmicos, no se ausculta soplos. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. No se ausculta ruidos agregados
- Abdomen:** Poco globuloso, RHA presentes, propulsivos, **abdomen blando/depresible, no doloroso a la palpación**, no signos peritoneales, no palpo megalias. Puño percusión lumbar: negativa.
- Extremidades:** **Pulsos** radiales, femorales y tibiales **conservados**. Miembro inferior derecho en abducción. Se palpa **crepitación a nivel del cuádriceps (VE) con intenso dolor a la palpación superficial**. Reflejo rotuliano conservado.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

### SS:

- GAB venosa : pH: 7.49, pCO<sub>2</sub>: 39, Lac: 1.3, HCO<sub>3</sub>: 49
- RC: Hb(9.2 g/dL), Hto (27.8%), VCM (82 fL), HCM (27 pg), CHCM (32 g/dL), leucocitos : 18 000 (N:95%, L 1.9%, M 3%, E 0.6%, B 0%), plaquetas : 495 000.
- PC: TP (1.4 INR), APPT (0.8 ratio), fibrinógeno (848)
- BQ: glucosa (152 mg/dL), urea (53 mg/dL), creatinina (0.99 mg/dL), sodio (139 mmol/L), cloruro (106 mmol/L), potasio (4.0 mmol/L)
- ECG : ritmo de marcapaso a 90 lpm.

CARRION SASTRE A VISITACION  
TORAX PORTATIL  
2008-11-23



**RX TORAX: supino. Mediastino ensanchado, ángulos costo frenicos obturados, cardiomegalia y botón aórtico calcificado. Portadora de marcapaso.**



-Rayos X de miembro inferior derecho: **Enfisema subcutáneo a nivel del cuadriceps derecho.** No se evidencia líneas de fracturas.



### **Cambios postquirúrgicos en recto con grapas de anastomosis.**

Se objetiva una perforación de la región posterolateral derecha del recto, craneal a la anastomosis.

El gas secundario a la perforación se extiende por el músculo piriforme hacia el miembro inferior derecho, disecando la musculatura de la cara anterolateral.

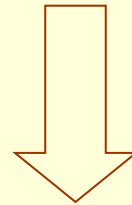
Además se ve una colección de 4 x 1.3 cm por detrás del trocánter mayor del fémur derecho y una adenopatía precava de 1,2 cm, sin identificarse otras adenopatías abdominopélvicas.



**Colección con burbujas en su interior que va desde la articulación coxo femoral derecha hasta la rodilla, compatible con un absceso. Múltiples burbujas aéreas en la porción antero medial del muslo derecho sin ver claras colecciones.**

# ENFISEMA SUBCUTÁNEO NO TRAUMÁTICO

Por una perforación rectal



D/C FASCITIS NECROTIZANTE

1. ATB: IMIPENEM + CLINDAMICINA
2. SOP: DG **pre- operatorio de perforación rectal** y en la cirugía se halla lo siguiente: **a 8 cms de la línea pectínea, se evidencia perforación postero-lateral rectal derecha baja que drena a cloaca.** Se realiza colostomía de transverso en asa a HCD + sonda de drenaje transrectal.
3. Posteriormente se realiza el drenaje de los compartimientos musculares de la pierna derecha con los siguientes hallazgos: **colección alrededor del hueso y extraen muestra para cultivo**

**CULTIVO DE ABCESO:**

**E.coli - Streptococcus viridans - Bacteroides fragilis**

Vancomicina		S	
Penicilina		S	
Eritromicina		S	
TMP/SMX	R		
Tigeciclina	S		
<b>Imipenem</b>	<b>S</b>		<b>S</b>
Levofloxacino		S	
Piperac. - Tazob.	S		
Ciprofloxacino	R		
Tetraciclina		S	
Gentamicina	S		
Tobramicina	S		
Metronidazol			S
Ampi - Sulbac	I		
Clindamicina		S	
Amoxi - Clav		S	

## EVOLUCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN – CIRUGIA :

- Posteriormente se observa que la colostomía tiene poco contenido y que el drenaje del muslo es de aspecto fecaloideo. Además la paciente presenta eccema peri anal.

**Colonoscopia: fístula ileo – rectal .**

- QX: resección íleon distal + anastomosis íleo-cecal, cierre de transverostomía y colostomía terminal en fosa iliáca izquierda

- Ingres a la UVI por inestabilidad hemodinámica + oliguria (Metronidazol + Gentamicina).

Inicia tolerancia oral sin incidencias.



- Infección de herida de la antigua colostomía y de la laparotomía media: **evolución favorable con curas locales.**
- Se recibe el resultado de la anatomía patológica que concluye en: ***enteritis actínica.***
- Al tolerar la paciente la vía oral y al comprobar que el tránsito intestinal es el adecuado, es dada de alta el día 19 de febrero del presente año



CARRION SASTRE\*VISITACION  
TC DE ABDOMEN CON CONTRASTE  
2009-01-25



**No se observa extravasación del contraste oral que sugiera dehiscencia de la sutura o perforación de víscera hueca.**

**Ca. C6lon: RxTx – QxTx**

**Enteritis act6nica**

**AGUDAS**

**CR6NICAS**

**MICROULCERACIONES / PASO AL PLASMA DE LAS ENDOTOXINAS**

**ALTA MORTALIDAD POR EL DG TARDÍO**

**TTO: QX, ATB, GLUTAMINA**

## APRENDER CON 10 ERRORES CRÍTICOS

1. FASCITIS ????
2. CLÍNICA ATÍPICA
3. LEVE HIPERTERMIA / POCA LEUCOCITOSIS
4. MANEJO AGRESIVO vs OBSERVACIÓN
5. MONITORIZACIÓN : SALA DE MEDICINA VS HOSPITALIZACION
6. INTERVENCIÓN PARA CONTROLAR LA PRIMERA CIRUGÍA
7. OXÍGENO HIPERBÁRICO



