

CASO CLINICO IPPB

Varón de 72 años. En sus antecedentes personales destaca hepatopatía crónica de varios años de evolución, HTA y dislipemia de la que está a tratamiento. Dos meses antes ingreso por infección urinaria recibiendo tratamiento con levofloxacino.

Ingreso actual por episodio de dolor e hinchazón en pie derecho no precedido de traumatismo previo de unos 5 días de evolución. Dos días después del inicio del cuadro clínico acude a su médico por persistencia de la clínica y fiebre. Se le pauta tratamiento con amoxicilina clavulanico y ante la no mejoría acude a urgencias del hospital.

En la exploración a su ingreso discreta afectación del estado general con Tº 37,5º y TA 120/70. No bocio ni adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen con hepatoesplenomegalia moderada. Pie derecho con signos inflamatorios en dorso que llegan hasta el tobillo con dolor a la palpación. No crepitación, no bullas ni áreas de necrosis.

Analítica general: 12500 leucocitos con moderada desviación izquierda. No anemia. Plaquetas 95000. Glucosa 125, urea 56, Creatinina 1,6. Na y K normales. Procalcitonina normal. Moderada alteración de pruebas hepáticas. Alteración de pruebas de coagulación en relación con su hepatopatía.

Pregunta 1.- ¿ Los hallazgos exploratorios del paciente en urgencia descartan la posibilidad de una IPPB necrosante ?

Respuesta pregunta 1. Las manifestaciones de edema subcutáneo que se extiende más allá del área eritematosa, aparición de bullas cutáneas, presencia de áreas de necrosis y de gas detectable a la palpación son signos que nos pueden poner en alerta de una IPPB necrosante, pero estos signos pueden presentarse de forma tardía por lo que habrá que tener en cada caso un alto grado de sospecha en casos de mala evolución o afectación del estado general

Pregunta 2.- ¿ Que pruebas microbiológicas deben realizarse en este paciente ?

Respuesta pregunta 2.- Los hemocultivos son poco rentables en esta tipo de infecciones. El paciente no tiene datos de sepsis grave, no es un inmunodeprimido grave ni está neutropénico, por lo cual probablemente los hemocultivos no sean necesarios. Por otra parte no hay lesiones supurativas ni zonas de la piel para tomar un cultivo local. Un frotis nasal en búsqueda de SARM es de utilidad por su valor predictivo negativo. Este paciente estuvo ingresado recientemente, recibió tratamiento con quinolonas y tiene > 65 años por lo que tiene 3 factores de riesgo de SARM.

Pregunta 3.- ¿ Que pauta antibiótica crees es la más adecuada?

Amoxicilina clavulanico que sería una de las pautas en caso de celulitis sin criterios de gravedad no parece aconsejable ya que el paciente la recibió previamente sin mejoría. Una quinolona no aporta frente a amoxicilina clavulanico mejor cobertura ante *Streptococcus* sp y *Staphylococcus aureus* meticilin sensibles y en el caso de enterobacterias el porcentaje de resistencias a quinolonas es superior al 30%, por lo que no parece una buena alternativa terapéutica. Por este motivo y teniendo en cuenta la posibilidad de una infección por una enterobacteria BLEE (factores de riesgo: hospitalización previa, recibió tratamiento con quinolonas y edad >70 años) un carbapenemico o piperacilina tazobactam podría ser la mejor solución. En este paciente, sin criterios de fascitis necrotizante, si consideramos que también tiene factores de riesgo de SARM, se podría valorar la cobertura inicial con tedizolid que permite una pauta corta y esperar los resultados del frotis nasal. Si es negativo, en función de la evolución se valorara su suspensión