



DOI: 10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.314-323

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/750>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Reporte de caso

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 314-323







Sepsis de partes blandas con falla renal. A propósito de un caso clínico en Hospital clínica San Francisco

Soft tissue sepsis with kidney failure. About a clinical case at Hospital Clinic San Francisco

Sepse de tecidos moles com insuficiência renal. Sobre um caso clínico no Hospital Clinic San Francisco

María Fernanda Brito Matamoros¹; Sandra Elizabeth Obando Núñez²; Anderson Jose Sangacha Yugsi³; María Matilde Macías Sabando⁴

RECIBIDO: 15/09/2021 **ACEPTADO:** 05/10/2021 **PUBLICADO:** 29/11/2021

1. Especialista en Medicina Interna; Médica; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; mfbritom@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8607-389X>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; elizaoban@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0850-6826>
3. Magíster en Enfermería Mención en Enfermería de Cuidados Críticos; Licenciado en Enfermería; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; jose_sangacha_25@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1459-9504>
4. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; mati210390@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6398-6151>

CORRESPONDENCIA

María Fernanda Brito Matamoros

mfbritom@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La sepsis es un proceso infeccioso, que se desencadena por la entrada de microorganismos o sustancias tóxicas en el torrente circulatorio, lo que puede desencadenar en un agravamiento de la sepsis o lo que se denomina como choque séptico. Las partes blandas que pueden ser desencadenadas por virus, resistencias a antibióticos, lesiones sufridas por eventos traumáticos o naturales, también pueden desencadenar en una sepsis y sus ya mencionadas consecuencias. Una de estas es la falla renal, esta si es aguda, se puede presentar en 40% a 50 % de los pacientes sépticos dependiendo de la gravedad, aumentando de seis a ocho veces más el riesgo de muerte intrahospitalaria y la progresión a enfermedad renal crónica. Se presenta caso de paciente femenina de 67 años de edad, que acude a Hospital clínica San Francisco y que refiere cuadro clínico de aproximadamente 13 horas de evolución caracterizado por dolor intenso 10/10 en extremidad inferior izquierda, con eritema, dolor a la palpación, taquipnea, que ha presentado desde hace 7 días oliguria, disnea de mínimos esfuerzos, ingresa al área de reanimación, muy álgida, con dolor en toda la extremidad inferior izquierda, dolor al tacto, muy edematizada, eritematosa en el tercio medio de muslo izquierdo, con dolor al tacto desde tercio medio de muslo hasta tobillos. Luego de la realización de todos los estudios por imágenes se confirma sepsis de partes blandas con falla renal. La conclusión fundamental, es que hay que estar alerta ante cualquier eventualidad que pueda ocasionar una lesión que pueda devenir en una sepsis, y las consecuencias que esto genera, fundamentalmente en las fallas renales que pueden ser agudas o crónicas, esta demostrado las altas tasas de mortalidad ocasionados por los choques sépticos y los invasivos que pueden ser los tratamientos al no poder controlarse a tiempo una falla renal, independientemente del abanico de tratamientos que ahora están disponibles y que con un adecuado diagnóstico y correcto manejo, puede salvarle la vida al paciente. En este caso presentado, la sepsis desencadenada en el miembro inferior izquierdo, evoluciona a una falla renal, comprobada claro esta con los estudios de imágenes ampliamente detallados en la literatura, la condición del paciente en la actualidad es delicada con todos los marcadores elevados, en ese contexto el tratamiento empleado ha sido a base de vasopresores, esperando evolución favorable.

Palabras clave: Sepsis, Renal, Blandas, TAC, Paciente.

ABSTRACT

Sepsis is an infectious process, which is triggered by the entry of microorganisms or toxic substances into the bloodstream, which can lead to an aggravation of sepsis or what is called septic shock. Soft tissues that can be triggered by viruses, resistance to antibiotics, injuries suffered by traumatic or natural events, can also trigger sepsis and its aforementioned consequences. One of these is kidney failure, this is acute, it can occur in 40% to 50% of septic patients depending on the severity, increasing the risk of in-hospital death and progression to chronic kidney disease by six to eight times. . A case of a 67-year-old female patient is presented, who attends the San Francisco Clinical Hospital and who reports a clinical picture of approximately 13 hours of evolution characterized by intense pain 10/10 in the left lower extremity, with erythema, pain on palpation, Tachypnea, who has presented oliguria for 7 days, dyspnea on minimal efforts, enters the resuscitation area, very painful, with pain in the entire left lower limb, tenderness, very swollen, erythematous in the middle third of the left thigh, with pain to the touch from the middle third of the thigh to the ankles. After performing all the imaging studies, soft tissue sepsis with kidney failure was confirmed. The fundamental conclusion is that we must be alert to any eventuality that may cause an injury that may become sepsis, and the consequences that this generates, mainly in kidney failure that can be acute or chronic, the high rates of mortality caused by septic and invasive shocks that treatments can be due to not being able to control kidney failure in time, regardless of the range of treatments that are now available and that with an adequate diagnosis and correct management, can save the patient's life. In this case presented, the sepsis triggered in the lower left limb, evolved to renal failure, proven clear with the extensively detailed imaging studies in the literature, the patient's condition is currently delicate with all elevated markers, in In this context, the treatment used has been based on vasopressors, awaiting favorable evolution.

Keywords: Sepsis, Renal, Soft, TAC, Patient.

RESUMO

A sepse é um processo infeccioso, desencadeado pela entrada de microrganismos ou substâncias tóxicas na corrente sanguínea, que pode levar ao agravamento da sepse ou o que se denomina choque séptico. Os tecidos moles que podem ser desencadeados por vírus, resistência a antibióticos, lesões sofridas por eventos traumáticos ou naturais, também podem desencadear sepse e suas consequências já mencionadas. Uma delas é a insuficiência renal, esta é aguda, pode ocorrer em 40% a 50% dos pacientes sépticos dependendo da gravidade, aumentando em seis a oito vezes o risco de morte intra-hospitalar e progressão para doença renal crônica. . É apresentado o caso de uma paciente do sexo feminino, 67 anos, que frequenta o San Francisco Clinical Hospital e que relata quadro clínico de aproximadamente 13 horas de evolução caracterizado por dor intensa 10/10 em membro inferior esquerdo, com eritema, dor à palpação, Taquipneia, que apresenta oligúria há 7 dias, dispneia aos mínimos esforços, entra na área de reanimação, muito dolorida, com dor em todo o membro inferior esquerdo, sensibilidade, muito inchado, eritematoso no terço médio da coxa esquerda, com dor ao toque do terço médio da coxa até os tornozelos. Após a realização de todos os estudos de imagem, foi confirmada a sepse de partes moles com insuficiência renal. A conclusão fundamental é que devemos estar atentos a qualquer eventualidade que possa ocasionar um traumatismo que venha a se transformar em sepse, e as consequências que isso gera, principalmente na insuficiência renal que pode ser aguda ou crônica, as altas taxas de mortalidade por infecções sépticas e invasivas Os choques que os tratamentos podem dever-se ao facto de não se conseguir controlar a tempo a insuficiência renal, independentemente da gama de tratamentos agora disponíveis e que com um diagnóstico adequado e tratamento correcto, podem salvar a vida do doente. No caso apresentado, a sepse desencadeada em membro inferior esquerdo, evoluiu para insuficiência renal, evidenciada pelos extensos estudos de imagem detalhados na literatura, o estado do paciente atualmente é delicado com todos os marcadores elevados, neste contexto, o tratamento utilizado tem sido baseado em vasopressores, aguardando evolução favorável.

Palavras-chave: Sepse, Renal, Suave, TAC, Paciente.

Introducción

La Sepsis es una patología difícil de diagnosticar y tratar, inducido por un proceso infeccioso con evidencia de alteraciones en la perfusión tisular orgánica desencadenada por la entrada de microorganismos o sustancias tóxicas en el torrente circulatorio que provoca una respuesta inflamatoria sistémica, con pérdida de la autorregulación de los mecanismos de defensa que interrelacionan suscitando el control de la infección o su evolución a Sepsis grave o choque séptico (Chambilla Palomino & Quintanilla Flores, 2019).

Las definiciones de consenso de sepsis han permitido llevar a cabo numerosos estudios epidemiológicos. La sepsis tiene lugar entre un 6%-30% de todos los pacientes ingresados en UCI. En la mayoría de los países desarrollados, la incidencia de sepsis severa ha sido identificada entre 50 y 100 casos por 100.000 habitantes. En la pasada década ha habido cambios significativos en la incidencia longitudinal de la sepsis, sobre todo en United States (US). Se identificó un incremento en la incidencia de sepsis entre pacientes hospitalizados del 8,7% por año. Si hablamos de la incidencia de sepsis severa, ésta depende de cómo sea definida la disfunción de órgano agudo y si esta disfunción es atribuida a una infección subyacente. De modo que la disfunción es a menudo definida por la provisión de tratamiento de soporte (por ejemplo ventilación mecánica) y los estudios epidemiológicos cuentan la "incidencia tratada" más que la incidencia real. En US se estima la sepsis severa en un 2% de los pacientes que ingresan en el hospital, de los cuáles la mitad son tratados en UCI, representando un 10% de los pacientes admitidos en UCI (López Pérez, 2019, págs. 10-11).

Para diagnosticar sepsis se requería la presencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) más la presunción o confirmación de un proceso infeccioso. SIRS se definía con la presencia de 2 o más

de los siguientes criterios: fiebre de más de 100.4° F (o 38° C) o temperatura de menos de 36° C o 96.8° F. Leucocitosis > 12,000/mm³ o leucopenia menor de 4,000/mm³, y/o 10 % bandas, taquicardia > 90 / min, taquipnea mayor de 20/min, o presión arterial de CO₂ menor de 32 mmHg. Se definía sepsis severa en el paciente que cumple con los elementos mencionados y tiene falla de órganos, hipotensión con presión sistólica menor de 90 mmHg y/o ácido láctico mayor de 4 mmol/L y shock séptico se definía en paciente como sepsis severa que permanecía hipotenso a pesar de una resucitación líquida adecuada (Durán Zaragoza, 2018, pág. 5).

El proceso de sepsis se ve afectado por la localización de la infección. La infección puede estar asociada con el sistema respiratorio, el sistema urinario, los tejidos blandos, las estructuras abdominales y el torrente sanguíneo. Cuando se sospecha sepsis, se intenta determinar la fuente de infección mediante la realización de algunos estudios bioquímicos, radiológicos y microbiológicos además de los hallazgos clínicos de los pacientes. Se ha demostrado que el foco séptico tiene una importancia crítica durante el curso clínico y los resultados de los pacientes. Aunque la realización de cultivos microbianos y el uso de marcadores en suero para detectar una posible sepsis son parte esencial del diagnóstico certero y disminución de la mortalidad de sepsis estos tienden a tomar tiempo valioso en el cual el paciente puede descompensarse rápido y avanzar a un estado de shock séptico si la sepsis no es identificada a tiempo (Aquino Castillo, 2021, pág. 7).

Tabla 1. Infecciones de Piel y Tejidos Blandos

Epidemiología	Las infecciones de piel y tejidos blandos ocurren en todos los grupos étnicos y en todas las ubicaciones geográficas, aunque algunas de éstas tienen nichos geográficos específicos. En la actualidad, la frecuencia y gravedad de algunas infecciones de piel y tejidos blandos se ha incrementado por varias razones. En primer lugar, los microorganismos se diseminan con rapidez a través de todo el mundo mediante los viajes por vía aérea, por la adquisición de genes de factores de virulencia y por la resistencia a los antibióticos. En segundo lugar, los desastres naturales, como los terremotos, tsunamis, tornados y huracanes parecen haberse incrementado en frecuencia y las lesiones sufridas durante estos eventos son una causa común de lesiones graves de piel y tejidos blandos que predisponen a las infecciones. En tercer lugar, los traumatismos y lesiones por actividades terroristas y de combate pueden lesionar notablemente o destruir los tejidos y proporcionar a los patógenos endógenos y exógenos fácil acceso a tejidos profundos.
Clínica	Las infecciones cutáneas se dividen en complicadas y no complicadas. Las primeras incluyen abscesos simples, impétigo, furúnculos y celulitis. Las complicadas afectan diversas estructuras profundas y suelen requerir intervenciones quirúrgicas (úlceras infectadas, grandes abscesos o fascitis necrosante).
Diagnóstico	Las técnicas de imagen son de gran utilidad en el diagnóstico clínico. La radiografía simple sirve para mostrar gas en los tejidos o la presencia de cuerpos extraños y otras alteraciones en partes blandas, como el edema. La ecografía delimita la presencia de colecciones líquidas en la profundidad y sirve también para realizar punciones guiadas para obtener material de cultivo.
Tratamiento	El tratamiento antimicrobiano es inicialmente empírico y está condicionado por los microorganismos que en general colonizan el área afectada, el lugar de adquisición de la infección (nosocomial o comunitaria), la presentación clínica, los factores de riesgo, la recepción previa de antibióticos y el patrón de resistencias microbianas del entorno. Una vez identificado el agente causal, el antibiótico se ajustará a la sensibilidad que exprese. Asimismo, hay que intentar cumplir con los índices farmacocinéticas y farmacodinámicos que incrementan la eficacia clínica, y considerar la localización de la infección, la vía de administración más adecuada según la gravedad y los posibles efectos secundarios e interacciones medicamentosas.

Fuente: Elaboración propia. Tomado de (Aquino Castillo, 2021).

Otras consideraciones de infecciones de piel y tejidos blandos

- Puede complicarse con bacteriemia, neumonía, supuración pleuropulmonar, artritis, osteomielitis (0,93% en pac. ambulatorio y 16,9% pac. Internados).
- Pueden evolucionar a sepsis 4-8% de todos los pacientes
- En las infecciones graves la evolución a sepsis puede ser aún más frecuente.
- Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) necrotizantes casi siempre se



acompañan de sepsis severa o shock séptico.

- Las IPPB son la tercera causa más frecuente de sepsis grave o shock séptico, responsables de aproximadamente el 10% de todos los casos de shock séptico (Aldo, 2017).



Imagen 1. Apariencia de las lesiones cutáneas a las 24 horas de ingreso con celulitis, ampollas y anestesia cutánea hasta tercio medio de muslo derecho y afectación escrotal.

Fuente: (Rodríguez Lorenzo & Martelo Villar, 2008).

Sepsis y falla renal

La sepsis es la causa más común de falla renal aguda (FRA), asociado con frecuencia a tasas más altas de mortalidad y el aumento de la disfunción orgánica. La falla renal aguda se presenta en 40% a 50 % de los pacientes sépticos dependiendo de la gravedad, aumentando de seis a ocho veces más el riesgo de muerte intrahospitalaria y la progresión a enfermedad renal crónica. Se caracteriza por una rápida disminución de la capacidad de los riñones para filtrar la sangre y eliminar los productos de desecho nitrogenados, evolucionando durante horas o días después del inicio de la sepsis

(Urquiza Ayala & Chacón Yucra, 2019, pág. 86).

Epidemiología

La incidencia de FRA en pacientes críticos es variable, dependiendo de la definición utilizada y la población estudiada, pero oscila entre el 30 y 50%. La presentación más grave de sepsis, y el shock séptico son las causas principales de FRA en la unidad de Cuidados Intensivos y representa hasta el 50% de todos los casos. La mortalidad por sepsis sigue siendo alta, especialmente cuando se asocia a disfunción orgánica, FRA o presencia de alteraciones hemodinámicas. El desarrollo de FRA durante la sepsis es un factor de riesgo independiente asociado al aumento de la mortalidad del paciente (Urquiza Ayala & Chacón Yucra, 2019, pág. 87).

Fisiopatología

La evidencia reciente sugiere que el origen de la mayoría de los casos de FRA es multifactorial y que lo causan varios mecanismos concurrentes. Entre estos mecanismos se incluyen inflamación, distorsión profunda y heterogénea del flujo microvascular peritubular y glomerular, y la respuesta metabólica, lesión y deterioro de las células epiteliales tubulares. Dado que estos tres mecanismos principales ocurren temprano en el curso de la sepsis y que rara vez se presenta la muerte celular o apoptosis, la falla renal aguda inducida por sepsis puede ser la manifestación clínica y bioquímica de la respuesta de las células tubulares a la lesión (Urquiza Ayala & Chacón Yucra, 2019, pág. 87).

Tabla 1. Manejo de falla renal por sepsis.

<p>Manejo de líquidos y presión venosa central</p>	<p>En el tratamiento del shock séptico la reanimación con líquidos es la indicación inicial, que consiste en la administración de terapia hídrica intravenosa que depende de la hemodinamia del paciente. El objetivo es restaurar el flujo sanguíneo renal adecuado, sin embargo no sigue una regla estricta de mejor respuesta a mayor hidratación, ya que un exceso de hidratación provocaría una sobrecarga de líquidos secundaria causando edema tisular que contribuye a la disfunción de órganos. La administración innecesaria y repetida de fluidos conduce a una acumulación gradual de líquidos y por tanto aumento de la mortalidad de pacientes con falla renal aguda, con aumento de la PVC más de 12 mmHg, produciendo la congestión venosa en la sepsis</p>
<p>Terapia vasopresora</p>	<p>Según las guías Sobreviviendo a la Sepsis la noradrenalina es el fármaco de elección cuando el volumen y el gasto cardíaco se han corregido y cuando la vasodilatación impide lograr una presión de perfusión renal adecuada, en cambio la vasopresina es tratamiento de segunda línea. El estudio VASST (Vasopresina versus infusión de norepinefrina en pacientes con shock séptico), cuyo diseño asignó 779 pacientes al azar con shock séptico, resistente al tratamiento con líquidos. En un grupo se usó dosis bajas de norepinefrina y el otro utilizó dosis bajas de vasopresina para mantener una PAM de 65-75 mmHg. A los 28 días no hubo diferencias en el resultado primario de la mortalidad, sin embargo, un análisis secundario del VASST mostró progresión atenuada de la falla renal aguda y disminución de la necesidad de terapia de reemplazo renal en pacientes tratados con vasopresina</p>
<p>Selección de antimicrobianos adecuados</p>	<p>Se debe tomar en cuenta el perfil de riesgo beneficio de la elección del antimicrobiano ya que en pacientes con FRA por sepsis aumenta la probabilidad de la necesidad de terapia de reemplazo renal prolongada en cuidados intensivos. En el manejo del paciente séptico respecto a la prevención de la FRA se debe evitar la medicación potencialmente nefrotóxica y los agentes de contraste cuando sea posible, especialmente en pacientes de alto riesgo (diabéticos, mayores de 60 años)</p>
<p>Transfusión de glóbulos rojos</p>	<p>Los pacientes con FRA por sepsis tratados con terapia de reemplazo renal son los más propensos a presentar anemia, por lo tanto deben recibir transfusiones de glóbulos rojos. El tratamiento convencional incluye expansión de volumen para optimizar el gasto cardíaco, vasopresores para mantener una presión de perfusión adecuada y un aumento en la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre para permitir que más moléculas de oxígeno sean transportadas al tejido periférico. En teoría, la transfusión de glóbulos rojos puede aumentar las concentraciones de hemoglobina y, por lo tanto, aumentar la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre.</p>
<p>Terapia de reemplazo renal</p>	<p>Se recomienda en pacientes con FRA con sepsis grave, aunque las diferencias de la mortalidad y la tasa de recuperación renal es mejor en la terapia de reemplazo renal continua, secundaria a la mejor homeostasis y menores episodios de hipotensión. Así se recomienda una intensidad de terapia de reemplazo renal de 20-25 ml/kg/hr en pacientes en estado crítico, pero se ha sugerido hemofiltración de alto volumen (65-70 ml/kg/hr) en pacientes con shock séptico, aunque los pacientes con alto volumen de hemofiltración requirieron menos vasopresores, pero sin efecto de supervivencia demostrada</p>

Fuente: Elaboración Propia. Tomado de (Urquiza Ayala & Chacón Yucra, 2019).

Caso clínico

Paciente femenina de 67 años de edad, con antecedentes patológicos de: hipertensión arterial diagnosticada hace 8 años, cirrosis hepática diagnosticada hace 6 años, diabetes tipo 2 hace 8 años y linfedema de miembros inferiores hace 3 años y antecedentes quirúrgicos de: marcapasos (hace 3 años), colecistectomía (hace 17 años) y osteosíntesis en muñeca derecha (hace 9 años). Paciente que refiere cuadro clínico de aproximadamente 13 horas de evolución caracterizado por dolor intenso 10/10 en extremidad inferior izquierda, con eritema, dolor a la palpación, taquipnea, refiere colocarse el día de hoy analgésico (tramadol) sin mejoría de sintomatología, además hija de la paciente indica que ha presentado desde hace 7 días oliguria, disnea de mínimos esfuerzos, taquipnea, fue atendida por consulta externa la semana pasada donde fue valorada por cardiología quien medica diurético (furosemida) en emergencia paciente que ingresa al área de reanimación, muy álgida, con dolor en toda la extremidad inferior izquierda, dolor al tacto, muy edematizada, eritematosa en el tercio medio de muslo izquierdo, con dolor al tacto desde tercio medio de muslo hasta tobillos.

Diagnostico de ingreso a UCI 1

Sepsis de partes blandas con falla renal.

1. Examen físico

1.1. Neurológico

Glasgow 15/ 15, colaboradora, pupilas isocóricas reactivas, no déficit motor.

1.2. Cardiovascular

- Hemodinamicamente inestable con soporte vasopresor a 0.05mg/kg/min manteniendo TAM 70mmhg, FC 90lpm
- HB 9.4 HCTO 29 PLAQ 110 LACTATO 3.96
- PEPTIDO NATRIDIURETICO 31706

- TROPONINA T 24.92 TROPONINA I 0.10 MIOGLOBINA 307
- TP 19 TTP 98.3 INR 1.58
- DELTA CO2 8 SAT VENOSA 86%
- IC 3.7, GC 7.7, VS 103, RVS

1.3. Respiratorio

- Acoplado a respirador mecánico en modalidad presión soporte PS 10, PEEP 5, FIO240%
- Gasometría PH 7.26 PO2 166 PCO2 33 HCO3 14.8 BE -11 SATO2 99.1%

1.4. Digestivo

Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidroaereos presentes

1.5. Renal / Metabólico

- Diuresis conservada
- Urea 90.20 Creatinina 1.59
- Electrolitos NA 139, K 6.15, Cl 111, Ca 7.5, Mg 1.86m P 5

1.6. Infecciosos

Marcadores inflamatorios elevados PCR 142.53, PROCA 7.94, IL 5000.

1.7. Osteomuscular

Pierna izquierda se evidencia en región posterolateral flictena eritematosa, rubor, calor, de 8 cm de diámetro.

2. Medicación

- INSULINA NPH 40 U AM- 30 U PM
- LOSARTAN 100 MG
- IRBESARTAN 300 MG
- ESPIRINOLACTONA 100 MG

3. Pruebas diagnósticas

3.1. Ecografía de partes blandas

- Engrosamiento difuso de la piel y tejido celular subcutáneo, de aspecto hete-

rogéneo con patrón recular de bandas anecoicas.

- No se observan colecciones.
- Resto de estructuras fibrilares dentro de los límites normales.

3.2. *Eco venoso*

- Se observa flujo conservado en las venas femorales comunes, femorales y poplíteas, los vasos son compresibles en todo el trayecto.
- Al momento no se observa signos de trombosis venosa en los vasos antes descritos.

3.3. *Eco arterial*

- En estudio 2D se observa calcificaciones ateromatosas en todo el trayecto arterial.
- Las arterias femorales comunes, femorales y poplíteas presentan ondas de morfología bifásica con velocidad normal.
- Las arterias tibial anterior, posterior, con ondas de morfología monofásica y velocidad conservada.
- Conclusión: arteropatía moderada de miembro inferior izquierdo. Extenso edema de tejido celular subcutáneo de miembro inferior izquierdo.

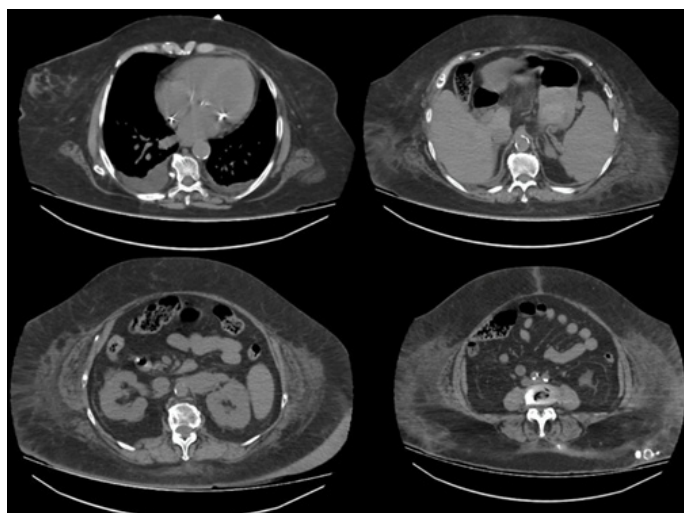


Imagen 2. TAC de abdomen y pelvis.

Fuente: Los Autores

Observación:

- Hígado de tamaño, morfología y densidad normales.
- No dilatación de las vías biliares intra o extrahepáticas.
- Vesícula de paredes delgadas, contenido homogéneo.
- Riñones de forma, tamaño y situación normal, sin evidencia de lesiones sólidas, quísticas ni calcificaciones.
- No ectasias pielocaliciales.
- Páncreas, bazo y adrenales de características normales.
- Estómago contraído, no valorable.
- Vejiga no distendida. Presencia de sonda vesical.
- Asas intestinales de aspecto normal.
- No adenomegalias retroperitoneales, iliacas ni inguinales.

- No líquido libre en cavidad peritoneal.
- Psoas simétrico.
- Tejido celular subcutáneo de aspecto normal.
- Diástasis de rectos abdominales supraumbilical (2cm).

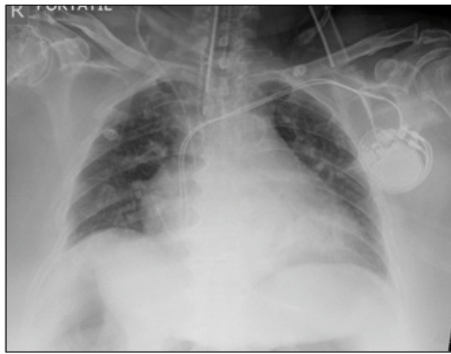


Imagen 3. RX torax

Fuente: Los Autores

Observacion:

- Acentuación del intersticio.
- Pinzamiento de ángulos costofrénicos.
- Catéter venoso yugular derecho; cable de marcapaso por subclavia izquierda
- Extremo distal de tubo endotraqueal a 4cm de carina.
- Tubo torácico que se proyecta sobre hemitórax derecho.

Discusión

Paciente de cuidado, despierta colaboradora, hemodinamicamente inestable con soporte vasopresor con TAM 70mmhg, acoplada a respirador mecánico en modalidad presión soporte con regular mecánica respiratoria. Presenta en miembro inferior izquierdo flictena con rubor y calor que genera dolor de moderada a gran intensidad, al momento afebril se evidencian todos los marcadores elevados. En este caso clínico se observa que la sepsis que presenta la paciente en el miembro inferior izquierdo, dio paso a una falla renal, tal como lo

describe la literatura, ya que en la mayoría de los casos cuando se desencadena una sepsis, generalmente uno de los primeros órganos afectados o en fallar es el riñón.

Conclusión

La conclusión fundamental, es que hay que estar alerta ante cualquier eventualidad que pueda ocasionar una lesión que pueda devenir en una sepsis, y las consecuencias que esto genera, fundamentalmente en las fallas renales que pueden ser agudas o crónicas, esta demostrado las altas tasas de mortalidad ocasionados por los choques sépticos y los invasivos que pueden ser los tratamientos al no poder controlarse a tiempo una falla renal, independientemente del abanico de tratamientos que ahora están disponibles y que con un adecuado diagnóstico y correcto manejo, puede salvarle la vida al paciente. En este caso presentado, la sepsis desencadenada en el miembro inferior izquierdo, evoluciono a una falla renal, comprobada claro esta con los estudios de imágenes ampliamente detallados en la literatura, la condición del paciente en la actualidad es delicada con todos los marcadores elevados, en ese contexto el tratamiento empleado ha sido a base de vasopresores, esperando evolución favorable.

Bibliografía

- Aldo, C. (2017). Sepsis a punto de partida de infecciones de piel y partes blandas. 8 Congreso Argentino de Infectología Pediátrica.
- Aquino Castillo, T. E. (2021). Análisis de prevalencia de sepsis utilizando escalas pronósticas en pacientes con sospecha de sepsis, en el Hospital General Plaza de la Salud, en el período enero-diciembre 2019.
- Chambilla Palomino, B., & Quintanilla Flores, V. (2019). Factores de riesgo asociados a sepsis en pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Moquegua 2017-2018.
- Durán Zaragoza, J. P. (2018). Asociación de la sobrecarga de fluidos con un mayor puntaje en la escala de SOFA y mayor estancia en UCI, en pacientes con sepsis y choque séptico.

López Pérez, A. B. (2019). La sepsis en una Unidad de Cuidados Intensivos. Características epidemiológicas y factores de riesgo asociados a la mortalidad.

Rodríguez Lorenzo, A., & Martelo Villar, F. (2008). Fallo renal agudo en varón joven con celulitis en extremidad inferior. AN. MED. INTERNA, 25(6), 291-293.

Urquiza Ayala, G., & Chacón Yucra, P. (2019). FALLA RENAL AGUDA POR SEPSIS. Rev Med La Paz, 25(1).

CITAR ESTE ARTICULO:

Brito Matamoros, M. F., Obando Núñez, S. E., Sangacha Yugsi, A. J., & Macías Sabando, M. M. (2021). Sepsis de partes blandas con falla renal. A propósito de un caso clínico en Hospital clínica San Francisco. RECIAMUC, 5(4), 314-323. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(4\).noviembre.2021.314-323](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.314-323)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.