

Shock séptico secundario a absceso de la pared abdominal: presentación de caso

Septic shock secondary to abdominal wall abscess: case report

Claudia Dayalis Sarmiento Baralt^{1*}, <https://orcid.org/0000-0002-5134-5063>

Carmen Rosa Barrientos Brito¹, <https://orcid.org/0000-0002-7173-6440>

Alexis Armando Soublet Quevedo¹, <https://orcid.org/0000-0003-3213-5359>

¹Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Facultad No.1 de Medicina. Santiago de Cuba, Cuba

Autor para correspondencia:

*Teléfono: 53791811 correo:claudiasarmiento.2711@gmail.com

Resumen:

El absceso caliente es la colección de pus causada por una infección aguda. Se asocian a una baja o nula mortalidad, por lo que se decide presentar este caso con el objetivo de describir los elementos clínicos de una paciente fallecida por shock séptico secundario a un absceso de la pared abdominal, diagnosticada en el Hospital Clínico Quirúrgico Saturnino Lora, Santiago de Cuba, en el 2020. Se trata de una paciente femenina de 41 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus hace más menos 10 años, que presenta aumento de volumen a nivel de la pared abdominal anterosuperior que fue aumentando progresivamente. El cuadro se acompaña de malestar general y pérdida de apetito. Se concluyó que el presente caso es poco común, debido a que normalmente los abscesos cutáneos no llevan a la muerte. La paciente en cuestión presentó una evolución tórpida debido al padecimiento de Diabetes Melitus.

Palabras clave: absceso de pared abdominal, shock séptico, presentación de caso

INTRODUCCIÓN

El absceso caliente se define como la colección de pus causada por una infección aguda y que se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por los síntomas de inflamación aguda, y en cuanto a la anatomía patológica, por la colección de pus en una cavidad formada por la destrucción mística, provocada en el proceso infeccioso.¹

Las colecciones toman importancia cuando se tornan sintomáticas ya sea por la infección o por síntomas como los compresivos, también, las mismas puede indicarnos complicaciones de cirugías realizadas al paciente.²

A lo largo de la historia de la humanidad los abscesos han venido a formar parte del conjunto de patologías bien o mal diagnosticadas o tratadas, que pueden llegar a poner en peligro la vida de las personas. Ello depende en parte de la calidad del diagnóstico y de la elección correcta del antibiótico a utilizar.³

En su etiología pueden participar bacterias, virus, hongos y parásitos, los cuales forman parte de la microbiótica de la piel y las mucosas o proceden del medio ambiente. Las bacterias que con mayor frecuencia causan estas infecciones son *Staphylococcus aureus*, *S. pyogenes* (y, en menor proporción, *Streptococcus* de los grupos B, C y G) en los abscesos de tronco, los miembros, las axilas o la cabeza y el cuello.⁴

Los abscesos en la región perineal (es decir, inguinales, vaginales, en los glúteos y perirrectales) contienen microorganismos presentes en la materia fecal, en general son anaerobios o una combinación de aerobios y anaerobios.⁵

Trabajos realizados para identificar sistemáticamente las colecciones posoperatorias, reportan una incidencia de 20-26 % de las mismas, la mayoría asintomáticas y de resolución espontánea. Perforaciones del tracto gastrointestinal, complicaciones post operatorias, traumas penetrantes, e infecciones del tracto genito-urinario se describen como las causas más comunes.²

Las infecciones de piel y partes blandas son un motivo de consulta frecuente en los centros de atención primaria de la salud. Sin embargo, poco se ha informado sobre la epidemiología de los abscesos cutáneos, pero se puede decir que las visitas al departamento de emergencias por Absceso cutáneo en Estados Unidos creció durante el periodo de 1996 a 2005. Aproximadamente la mitad de los pacientes de urgencias con abscesos eran hombres y aproximadamente la mitad tenían de 19 a 45 años.⁶

Puede ocurrir en individuos sanos sin condiciones predisponentes. La carga de los abscesos cutáneos ha variado. Su crecimiento en la década de los 90 se atribuyó a

la creciente prevalencia de cepas de Staphylococcus aureus resistentes a la meticilina adquiridas en la comunidad. Sin embargo en la década de los 2000 se estancó.⁷

Las IPPB complicadas se asocian a una importante morbilidad, escasa mortalidad y alto coste sanitario.⁸

La incidencia de los abscesos de la pared abdominal ha aumentado en los últimos años, atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Saturnino Lora de Santiago de Cuba.

En un estudio realizado en 2020, se plantea que en términos de enfermedades crónicas acompañantes estuvo presente en el 75% de la población estudiada (84 pacientes); donde la Diabetes mellitus y las Cardiopatías fueron las más frecuentes.

Las infecciones de la piel y de los tejidos blandos, incluyendo los abscesos cutáneos, son una patología frecuente entre los pacientes que acuden a los centros de salud y departamentos de urgencia, sin embargo la evolución de estos generalmente es hacia la curación y no es un factor asociado a la mortalidad, por lo que se decide presenta el presenta caso con el objetivo de describir los elementos clínicos de una paciente fallecida por shock séptico secundario a un absceso de la pared abdominal, diagnosticada en el Hospital Clínico Quirúrgico Saturnino Lora, Santiago de Cuba, en el 2020.

Presentación de caso

Motivo de ingreso: Aumento de volumen en región abdominal

Datos generales del paciente: Paciente femenina MDP de 41 años de edad, mestiza

Antecedentes Patológicos Personales: Diabetes Mellitus tipo I

Antecedentes Patológicos Familiares: padre Diabético tipo I, madre hipertensa

Hábitos Tóxicos: Tabaquismo: de 5 a 6 cigarros diarios

Paciente femenina de 41 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus hace más menos 10 años para la cual lleva tratamiento regular con insulina simple 10uds antes de desayuno, almuerzo y comida, e insulina lenta 20uds a las 10pm. Acude a nuestro centro por presentar aumento de volumen a nivel de la pared abdominal anterosuperior que fue aumentando progresivamente. El cuadro se acompaña de malestar general y pérdida de apetito. Niega otros síntomas. Con este cuadro se decide su ingreso para mejor estudio y tratamiento.

Examen físico:

Región axilar: presencia de aumento de volumen, fluctuante, doloroso, con signos flogísticos.

Región torácica: presencia de aumento de volumen en número de 3, 2 de ellas fluctuante, con signos flogísticos.

Abdomen: semiglobuloso, que sigue los movimientos respiratorios, presencia de aumento de volumen a nivel de flanco derecho, fluctuante, con presencia de signos flogísticos.

SOMA: Amputación metatarsiana izquierda

Conducta quirúrgica: Llevada al salón de operaciones el día 4/10/20 para realización de Necrectomía, Incisión y drenaje

Laboratorio:

3/10/20 Hematocrito: 0.39

Leucos: $12,5 \times 10^9$ /L (leucocitosis)

Conteo de plaquetas: 350×10^9 /L (normal)

5/10/20 Glicemia 20.1mmol (Hiperglicemia)

6/10/20 Hemograma postranfusión

Hematocrito: 0.43 (normal)

Leucos: $18,0 \times 10^9$ /L (leucocitosis)

Conteo de plaquetas: 230×10^9 /L (normal)

Glicemia: 21,8mmol/L (Hiperglicemia)

Ionogasmetría arterial: pH- 7.10, pCO₂-12.2, pO₂-83.3, SB-3.2, EB-25.6, Na-136, K-4.7 (Acidosis metabólica descompensada)

Imagenología:

3/10/20 Se le realizó Rx de tórax que informó área cardíaca y pleuropulmonar normales.

Diagnóstico definitivo: Absceso de la pared abdominal, hidradenitis derecha

Otros datos de interés: 10/10/20 Muerte por shock séptico, no se le realizó necropsia.

DISCUSIÓN

Los abscesos se pueden formar siempre que el organismo combata una infección. Un absceso localizado en la piel puede aparecer si entran gérmenes al organismo a través de una lesión en piel del tipo de heridas, quemaduras o picaduras de insectos de cualquier tipo.⁹ Una persona sin comorbilidades puede enfrentar de manera efectiva el absceso cutáneo, lo cual no es el caso de la paciente presentada.

Los factores predisponentes asociados con el riesgo de absceso cutáneo incluyen: alteración de la barrera cutánea debido a traumatismo, inflamación de la piel, obesidad, inmunosupresión por diabetes o infección por VIH. ⁷ En el caso presentado la diabetes Mellitus tipo I de mas de 10 años de evolución fue un factor determinante.

El diagnóstico de la infección debe ser clínico y de sospecha, ya que un diagnóstico temprano disminuye la morbilidad y la mortalidad de las IPPB. Es importante delimitar la profundidad (las estructuras involucradas pueden ser piel, tejido celular subcutáneo, fascia profunda o músculo) y la extensión de la lesión, la presencia de necrosis, el grado de afectación general y los factores de riesgo de mala evolución.⁹

Algunas comorbilidades como insuficiencia cardíaca, neoplasias activas, arteriopatía periférica, nefropatía y hepatopatía crónica se relacionaron con más probabilidad de desenlace fatal. En estos casos se podría especular que la IPPB viene a ser un episodio final dentro del curso, ⁸ en este caso se puede corroborar lo expresado por Pulido Pérez A, et al.

Las IPPB y dentro de ellas el absceso son la tercera causa más frecuente de sepsis grave o shock séptico, responsables de aproximadamente el 10% de todos los casos de shock séptico. ¹⁰

Vela Colmenero et al, en 2019 presentan un caso similar de un paciente Varón de 37 años, hipertenso y diabético, mal cumplidor de tratamiento que ingresa en cuidados intensivos por shock séptico secundario a infección de partes blandas sin traumatismo previo, al cual se le realizó, junto con el inicio de antibioterapia empírica, drenaje quirúrgico urgente y desbridamiento de la cavidad (fascitis necrosante), con salida de material purulento en el que se aisló *Morganella morganii*. Evoluciona de forma favorable, precisando en 2 ocasiones más desbridamiento quirúrgico y finalmente terapia de cierre por sistema de aspiración continua. ¹¹ A pesar de poseer características similares a la de la paciente en estudio, la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad es mayor en el caso presentado actualmente, además no se pudo aislar el germen causante para poder establecer una antibiotecoterapia mas específica y por lo tanto más efectiva, factor que a consideración de los autores también contribuyó a esa tórpida evolución.

La toma de muestras para cultivo y el estudio por antibiograma continúan siendo el patrón de oro en su diagnóstico.¹¹ En el presente caso, esto no se cumplió.

En el caso presentado se puede decir que la Diabetes Mellitus determinó la inmunosupresión de la paciente, lo cual provocó que no tuviera los mecanismos de defensa para combatir la infección a pesar del tratamiento médico-quirúrgico.

Para los autores constituyó una limitación, el hecho de no encontrar más estudios similares donde se pudieran comparar y discutir los resultados de esta investigación, eso es muestra de lo poco común que resulta ser el caso. Vale la pena resaltar la importancia de la prevención de la Diabetes Mellitus y de sus complicaciones, orientando al paciente acerca de los cuidados que debe tener.

Conclusiones

El presente caso es poco común, debido a que normalmente los abscesos cutáneos no llevan a la muerte. La paciente en cuestión presentó una evolución tórpida debido al padecimiento de Diabetes Mellitus de más de 10 años de evolución, además no se le realizó el aislamiento del germen para una mejor antibioticoterapia.

Es necesario seguir insistiendo en la prevención de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones para lograr una mejor calidad de vida de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. Temas de Cirugía. Tomo I. ECIMED; La Habana, 2010.
2. Miranda Vergara R, Da Silva Medina LA, Rodríguez González A. Manejo percutáneo de colecciones abdominales en el Hospital distrital de Villa Elisa. Cir. Parag. [Internet] 2015 [citado 2 May 2022] 39(2) Disponible en: <http://cielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v39n2a06.pdf>
3. Castillo Muñoz JL, Villatoro Natareno GR, Calvillo Berduo LF, Garrido Romero MA, Ramos Gamez JD, Sanabria Domínguez LF. CARACTERIZACIÓN DE INGRESOS POR ABSCESOS EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA, 2012-20. Revista de Tecnología de la salud [Internet] Abr- Jun 2021 [citado 2 May 2022] 12(2) Disponible en: www.revtecnología.sld.cu

4. Aguayo Albasini J. L, Alarcón del Agua I, Alhambra Rodríguez de Guzmán , Arbos Vía M. A, . Armengol Carrasco M , Balongo García R, et al. CIRUGÍA DE LA PARED ABDOMINAL 2ª Edición. Ed. ARAN;Madrid,2013.
5. Ho Hyon S, Pekolj J. Capítulo 32 Procedimientos percutáneos en las complicaciones posoperatorias en Complicaciones de la Cirugía Abdominal: Como Manejarlas. Clínicas Quirúrgicas del Hospital Italiano. 1º ed. Buenos Aires. Edit del hospital ediciones, 2015. pp: 625-656.
6. Pulido Pérez A, Baniandrés Rodríguez O, Ceballos Rodríguez MC, Mendoza Cembranos MD, Campos Domínguez M, Suárez Fernández R. Infecciones cutáneas causadas por Staphylococcus aureus resistente a meticilina de adquisición comunitaria: características clínico-microbiológicas en 11 pacientes. Actas Dermosifiliogr. [Internet] Abr- Jun 2014 [citado 2 May 2022] 105(2). Disponible en: www.actasdermo.org
7. Breena R, Singer A, Thode H, Lee C. National epidemiology of cutaneous abscesses:1996 to 2005. The American Journal of Emergency Medicine.[Internet] March 2019 [citado 2 May 2022] 27(3). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.02.027>
8. Damian Dahr. Absceso cutaneo. Manual MSD para profesionales.[Internet] Abr- Jun 2019 [citado 2 May 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional>
9. Nan Guang T. An unusual cause of anterior abdominal wall abscess. Gastroenterology [Internet] 2019 [citado 2 May 2022]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2014.12.046>
10. PORRAS LEAL L, SÁENZ GUTIÉRREZ A, CALDERÓN JIMÉNEZ P, GIJÓN RODRÍGUEZ J. Infecciones de piel y partes blandas. Sociedad Española de Medicina Interna, 2019.
11. Raya-Cruza M, Ferulloa I, Arrizabalaga-Asenjoa M, Nadal-Nadalb A, Paz Díaz-Antolínc M, Garau-Colomc M, Payeras-Cifre A. Infecciones De piel y partes blandas en pacientes hospitalizados: factores epidemiológicos, microbiológicos, clínicos y pronósticos. Enferm Infecc Microbiol Clin. [Internet] 2014 [citado 2 May 2022] 32(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.03.004>

Contribución de autoría:

Claudia Dayalis Sarmiento Baralt: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Investigación

Carmen Rosa Barrientos Brito: Investigación, Metodología, Recursos, Software, Supervisión, Validación, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición.

Alexis Armando Soublet Quevedo: Recursos, Supervisión, Redacción del borrador original y Redacción, revisión y edición

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existieron conflictos de intereses durante la realización de la investigación.

Declaración de fuentes de financiación:

Los autores declaran que no existieron fuentes de financiación para la realización de la investigación.