

# Infección por clostridium perfringens complicando una em de tibia: tratamiento satisfactorio con desbridamiento precoz.

De Miguel Aparicio FJ.<sup>1</sup>, Silvestre Muñiz AM.<sup>1</sup>, González Rilo D.<sup>1</sup>, Calvo Lazcano L.<sup>1</sup>, Tinoco Martín A.<sup>1</sup> Torres Coscoyuela M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

## INTRODUCCIÓN

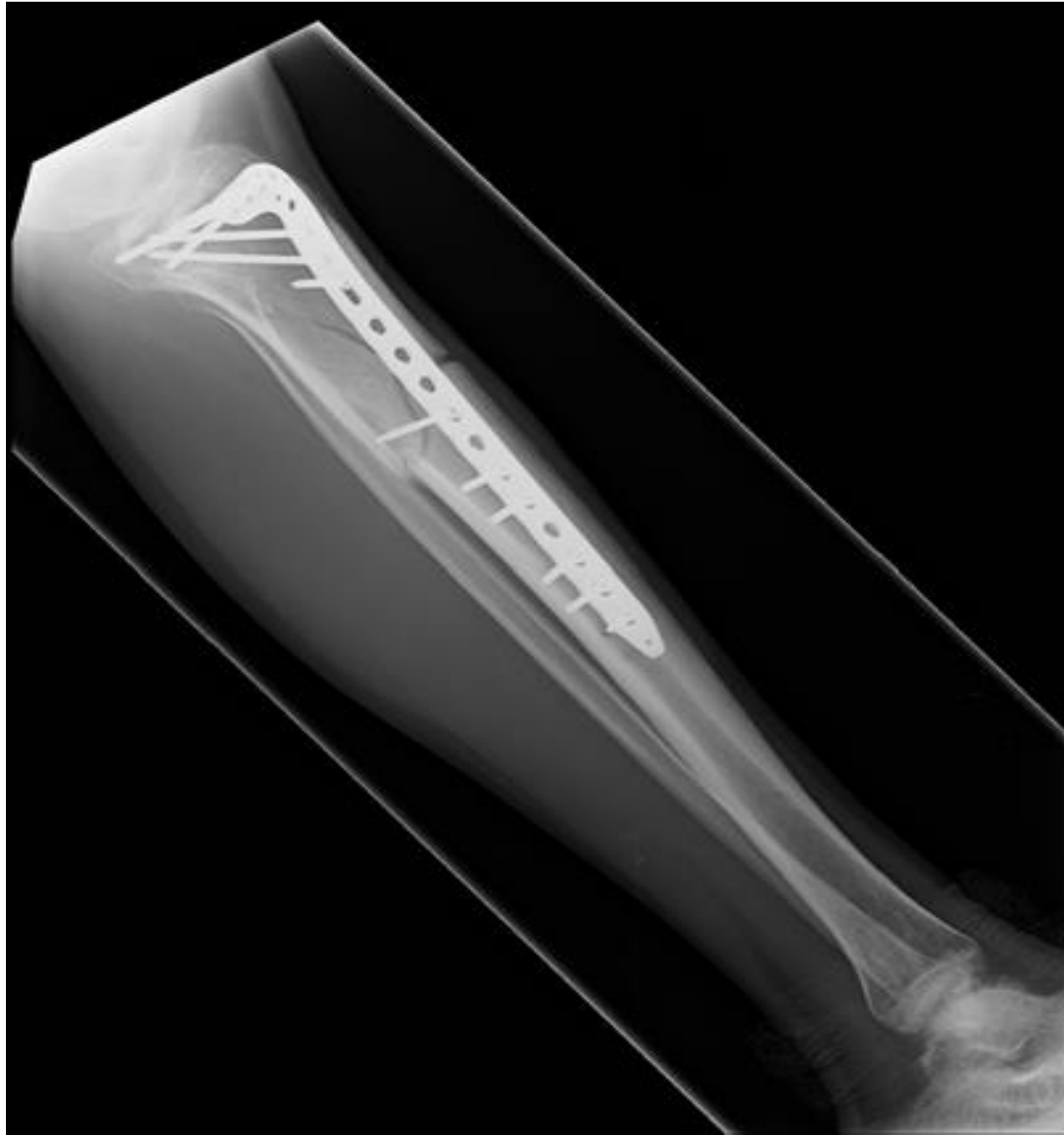
La gangrena gaseosa es una infección anaerobia invasiva y mortal causada por Clostridium Perfringens, secundaria a fracturas abiertas y heridas profundas, incluso tras la extracción del material de osteosíntesis. Clínicamente se caracteriza por inflamación, necrosis masiva muscular, fiebre y dolor intenso. Existen pocos casos documentados tras la extracción del implante.

## OBJETIVOS

Se presenta un caso de infección por Clostridium Perfringens tras la extracción de un dispositivo de fijación interna por fractura de meseta tibial.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente 41 años intervenido de fractura tibial Schatzker tipo VI que al año, decide someterse a extracción del material de osteosíntesis. Al día siguiente de la EMO, el paciente presenta picos febriles y dolor severo incoercible en la herida quirúrgica, con signos flogóticos, crepitación y celulitis en toda la extremidad. Se aisló un Clostridium Perfringens, por lo que se desbridó y lavó profusamente el lecho quirúrgico, cerrándose en un segundo tiempo. Finalmente, con la antibioterapia empírica primero y dirigida después, el paciente fue dado de alta dos semanas después con reactantes de fase aguda negativos y controles radiológicos satisfactorios.



<b>Muestra: SANGRE.</b> <b>Localización:</b> <b>Análisis: BACTERIAS</b>	
RESULTADO DEFINITIVO	
SE AISLA: (1) CLOSTRIDIUM PERFRINGENS	
ANTIBIOGRAMA	
<u>ANTIMICROBIANO</u>	<u>INTERPRETACION</u>
CLINDAMICINA	RESISTENTE
IMIPENEM	SENSIBLE
LINEZOLID	SENSIBLE
PENICILINA	SENSIBLE
Observaciones: doxiciclina: sensible	



## RESULTADOS

La gangrena gaseosa raramente ocurre en cirugía electiva. Se asocia a una inmunodepresión así como a diabetes mellitus, trastornos gastrointestinales y neoplasias. No se ha documentado ningún caso tras EMO en pacientes sanos. Nuestro paciente no tenía enfermedad subyacente y no se consiguió hallar la causa. Creemos que pudo estar relacionado con que: el tracto digestivo es el principal reservorio, que por sus características posibilitaría su colonización. Por inmunodepresión postoperatoria y mediante translocación bacteriana, pudo contaminarse el lecho quirúrgico por vía hematógica. La aplicación de un torniquete quirúrgico lesionaría músculos y vasos, pudiendo crear un ambiente hipóxico para su proliferación.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico, la antibioterapia empírica, el desbridamiento y la extracción del material de OS precoces son primordiales. Con este caso queremos enfatizar la importancia de la sospecha clínica, y que pese a que por regla general suele estar asociado a heridas penetrantes, artroplastia y comorbilidades varias, existen casos raros en los que el paciente no presenta ningún factor de riesgo, siendo secundario a una extracción de material de osteosíntesis.

