

GANGRENA GASEOSA EN CADERA. TRATAMEINTO SASIFACTORIO CON ANTIBIOTERAPIA, DESBRIDAMIENTOS Y PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

Julián Cabria Fernández, Antonio Meneses Gutiérrez, Antonio García Arias, Pablo González-Herráez Fernández, David Alonso Álvarez
Hospital Universitario de Cabueñes

OBJETIVOS

La gangrena gaseosa es una grave **infección** del tejido musculoesquelético causada por la familia **Clostridium**, principalmente **perfringens** por contaminación directa en heridas o gastrointestinal, como este caso. Son esenciales **reconocimiento temprano y tratamiento agresivo**.

MATERIAL Y MÉTODOS

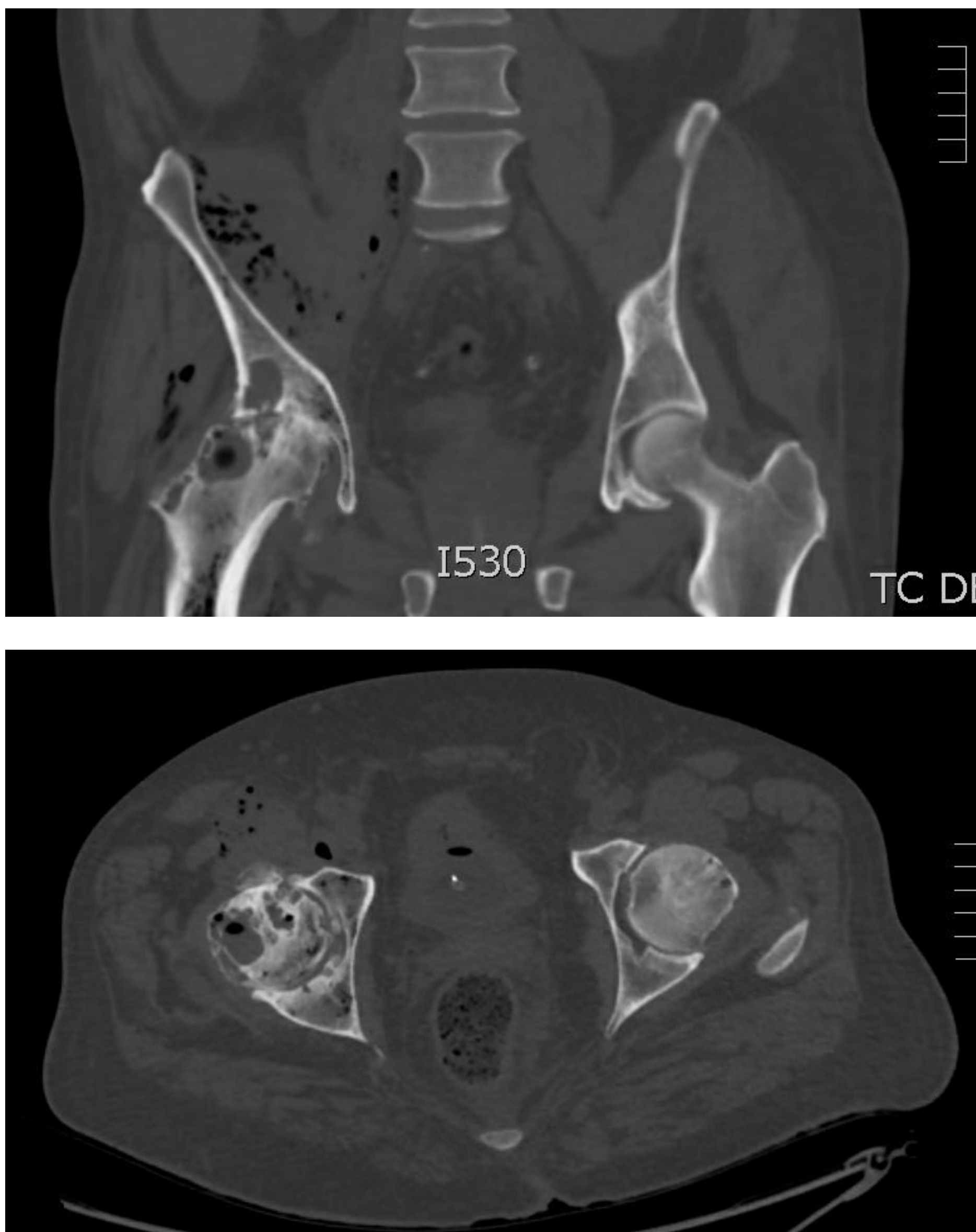
Varón de 54 años, antecedentes de HTA y asma. No drogas por vía parenteral ni inyecciones/infiltraciones recientes. Refiere bulto perianal de varias semanas.

Acude a urgencias por intensa **coxalgia derecha atraumática** etiquetada de **probable necrosis avascular de cabeza femoral**. Reacude 3 días después por **malestar, ictericia y tumefacción** en muslo derecho. En TAC urgente: **osteomielitis enfisematosa pélvica y femoral proximal** derecha con miositis enfisematosa, colección e infección necrosante de partes blandas acompañante. Ante la situación de fallo multiorgánico ingresa en UVI.

De urgencia se interviene: Por **abordaje ilioinguinal ampliado: artrotomía, desbridamiento y drenajes**. Cubierto empíricamente con **meropenem + linezolid**

En cultivo crecen Clostridium perfringens, Enterobacter cloacae, Bacteroides fragilis, Streptococcus constellatus.

Ante empeoramiento clínico, el 2º día **nuevo desbridamiento, resección de cabeza y cuello femorales**, musculatura no viable e implantación de **espaciador con vancomicina + gentamicina + PMMA con clindamicina**. Al tercer desbridamiento el 16º día se recambia espaciador. El 30º día, cirugía general realiza drenaje de absceso interfinteriano. La situación clínica mejora paulatinamente.



Figuras 1 y 2: Cortes axial y coronal de TAC mostrando osteomielitis enfisematosa pélvica y femoral.

RESULTADOS

El 62º día, nuevo desbridamiento y recambio de espaciador como primer tiempo del reemplazo articular definitivo. Tras 5 semanas más de antibioterapia iv y tratamiento rehabilitador se realiza **artroplastia definitiva** de cadera derecha, **press fit doble movilidad**. Transcurridos 6 meses, tras rehabilitación intensiva, el paciente se recupera progresivamente, deambula sin muleta y los marcadores clínicos, analíticos y de imagen para recidiva infecciosa persisten negativos.



Figuras 3 y 4: segundo espaciador articular y prótesis total de cadera.

CONCLUSIONES

El tratamiento de este gravísimo cuadro (mortalidad de 70-100% por insuficiencia renal y sepsis) se basa en **antibioterapia intravenosa, terapia de soporte y desbridamiento quirúrgico**. Son frecuentemente necesarios **desbridamientos seriados**. Con afectación ósea articular es necesaria resección y obliteración del espacio muerto con antibioterapia local. El **recambio del de espaciador** articular y redesbridamiento ante no mejoría **reduce carga bacteriana** y permite **recarga de niveles de antibiótico** local. Con una filosofía idéntica a los recambios sépticos en 2 tiempos, una vez resuelta la infección se implanta prótesis total de cadera.