

INFECCIÓN PROFUNDA DE PARTES BLANDAS DE RÁPIDA EVOLUCIÓN EN PIERNA EN UN NIÑO. LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ.

Ruth Barbero Ortega, María Galán Olleros, Sergio Martín Blanco,
Carlos Miranda Gorozarri, Rosa M. Egea Gámez



**Hospital Infantil Universitario
Niño Jesús**

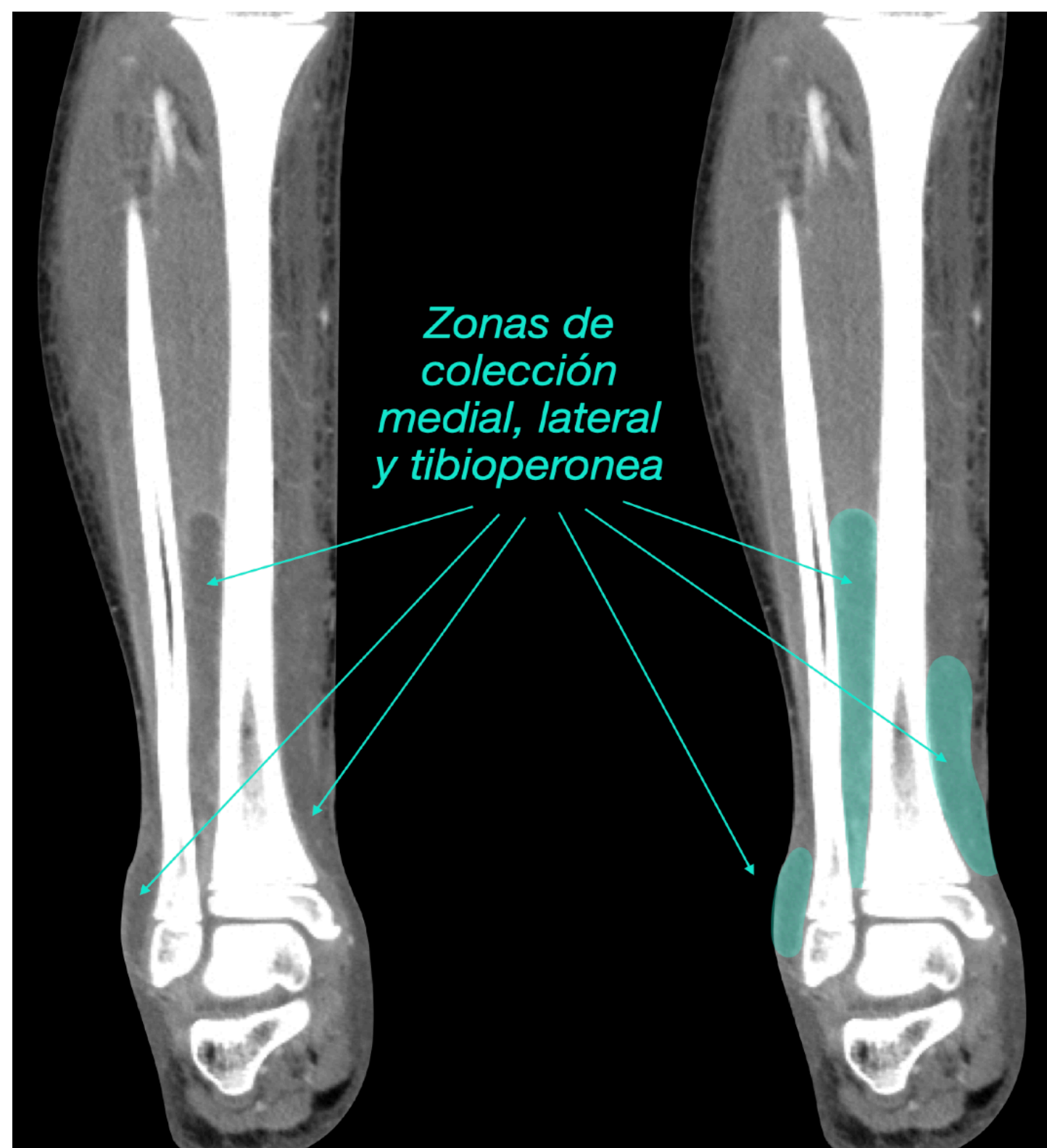
OBJETIVO

Abordar, a través de un caso clínico, la **presentación clínica diferencial de las infecciones de partes blandas (IPB) en las extremidades en edad pediátrica**, y destacar la **importancia de realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado**



MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 10 años, sin AP de interés, que acudió al S. Urgencias por un cuadro de **dolor, tumefacción y eritema en tobillo**. Diagnosticado de una tendinitis del tibial posterior tras un esfuerzo deportivo la semana anterior. Fiebre y empeoramiento franco en las últimas 72 h.



A la exploración presentaba **fiebre de 39°C, tumefacción** desde dedos hasta 1/3 proximal de pierna con **eritema, induración, calor y dolor intenso a la palpación**, así como **flictenas** en maléolo medial y lateral.

Analíticamente destacaba leucocitosis de $30 \times 1000/\mu\text{L}$, **PCR de 25.6mg/dl** y datos de coagulopatía.

Se extrajeron **hemocultivos**, se inició **tratamiento antibiótico IV** con *Clindamicina+Piperacilina-Tazobactam*.



Se solicitó TC en el que se evidenciaron **extensos abscesos en zona anteromedial, lateral y tibioperonea**, con probable afectación intraarticular, y dudosos signos de fascitis y miositis.

RESULTADOS

Ante dichos hallazgos, se decidió intervenir quirúrgicamente de urgencias. Mediante **abordaje medial y lateral de tobillo** se realizó **drenaje de abundante material purulento** de la zona anterior, lateral y posterior de la pierna, así como de la articulación tibioastragalina. No se evidenciaron signos sugerentes de fascitis necrotizante. Se realizaron **fasciotomías** de todos los compartimentos y se colocaron **3 drenajes**.



En los hemocultivos crecieron **cocos gram+ en racimos**, añadiendo *vancomicina*. La evolución clínica y analítica fue favorable, aislándose un ***S. aureus meticilin sensible***, por lo que se mantuvo el antibiótico IV una semana y oral 3 semanas más. Ambas heridas presentaron una **leve dehiscencia distal** que cerraron con **curas semanales** con solución desbridante y láminas Alginato, así como con apósitos de silicona. Se permitió la **movilidad a las 2 semanas** y la **carga a las 4**, precisando fisioterapia para mejorar la movilidad del tobillo.

CONCLUSIONES

Ante **IPB graves y con rápida evolución**, es fundamental un manejo multidisciplinar. Se deben **descartar la formación de abscesos o entidades como la fascitis necrotizante, que requieren un tratamiento quirúrgico agresivo precoz** para evitar un desenlace fatal para el paciente.

REFERENCIAS

1. Schröder A, et al. *BMC Infect Dis.* 2019;19(1):317.
2. Totapally BR. *Pediatr Infect Dis J.* 2017;36(7):641-644.
3. Nazir Z. *Pediatr Surg Int.* 2005;21(8):641-644.
4. Zundel S, et al. *Eur J Pediatr Surg.* 2017;27(2):127-137. doi:10.1055/s-0036-1584531
5. Bingöl-Kologlu M, et al. *J Pediatr Surg.* 2007;42(11):1892-1897.
6. Yueh CM, et al. *J Microbiol Immunol Infect.* 2022;S1684-1182(22)00023-8.