

Manifestaciones cutáneas acrales de sepsis

Acral cutaneous manifestations of sepsis

Dra. Patricia Chang¹, Br. César Rodolfo Caballeros²

¹ Dermatóloga, Hospital General de Enfermedades IGSS, Guatemala.

² Electivo del servicio Dermatología, Hospital General Enfermedades IGSS, Guatemala.

Fecha de aceptación: diciembre 2011

RESUMEN

Presentamos dos casos de sepsis en un paciente masculino de 79 años de edad y en uno femenino de 74 años, respectivamente, debido a las manifestaciones cutáneas acrales con las que cursaron durante su evolución, y por la poca frecuencia con la que estos casos se observan dentro del campo dermatológico.

PALABRAS CLAVE: sepsis, petequias, equimosis, hematomas sub ungueales, pliegue proximal, pápulas eritematosas, palmas y plantas.

ABSTRACT

Two cases of sepsis are reported: a 79 year-old male, and a 74 year-old-female. They are relevant cases due to their important and uncommon acral involvement.

KEYWORDS: Sepsis, petechias, ecchymosis, fingertips, subungual and proximal nail fold hematoma, erythematous papules, palms and soles.

Caso clínico I

Paciente masculino de 79 años de edad, que se encontraba en la Unidad de Terapia Intensiva con ventilación mecánica, malas condiciones generales por neumonía nosocomial, síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva aguda (*distress*), y hemorragia gastrointestinal superior, tratado con Meropenem, 1 gramo cada 12 horas, de nueve días de evolución.

Al examen dermatológico se encontró una dermatosis diseminada a palmas y plantas, con predominio en el dorso del segundo artejo derecho, el pliegue proximal del dedo índice derecho, y la región sub ungueal del dedo anular derecho. Dicha dermatosis estaba constituida por pápulas eritematosas, petequias, y equimosis (fotografías 1-5).

Con estos hallazgos clínicos se hace el diagnóstico de sepsis. Lamentablemente, el paciente fallece 18 horas después de su evaluación.

Caso clínico II

Paciente femenina de 74 años de edad. El caso fue hallado por casualidad, al estar evaluando las deformidades de los dedos de los pies y alteraciones ungueales. Presenta

dermatosis localizada a pliegues proximales de los dedos anular, medio e índice derechos; pulgar, medio e índice izquierdos, y ambas manos. Dicha dermatosis se encuentra constituida por hematomas (fotografía 6). El resto del examen físico revela a una paciente en malas condiciones generales, inconsciente y con dificultad respiratoria.

La paciente estaba siendo tratada por una neumonía, adquirida en la comunidad Port III (clasificación de Port para la gravedad de las neumonías), con Cefepime 1 gramo cada 12 horas, y clindamicina 600 mg IV, cada 8 horas.

Antecedentes de importancia: diabetes mellitus, trata-da con insulina acorde a su resultado de glucometría, y accidente cerebro vascular desde hace tres semanas.

Con estos datos clínicos se hace el diagnóstico de sepsis.

Cuatro semanas después, la paciente resuelve su cuadro séptico y, actualmente, solo padece las secuelas secundarias de su accidente cerebro vascular.

Lo interesante de ambos casos son las lesiones cutáneas acrales, presentes como manifestación de su cuadro de sepsis. Estas lesiones pueden pasar desapercibidas debido a la poca frecuencia con que se las ve en el campo

CORRESPONDENCIA

Dra. Patricia Chang ■ pchang2622@gmail.com
2ª Av. 14-74 zona 1, Hospital Ángeles, 01001, Guatemala.



Fotografía 1. Lesiones petequiales en el nivel de pulpejos de mano derecha.



Fotografía 4. Acercamiento de las lesiones.



Fotografía 2. Hematoma del pliegue proximal del dedo índice, y sub ungual del anular derecho.



Fotografía 5. Acercamiento de las lesiones.



Fotografía 3. Vista panorámica de las lesiones petequiales en el nivel podal.



Fotografía 6. Hematomas del pliegue proximal por sepsis.

dermatológico. Lo anterior se debe a que, generalmente, estos pacientes están siendo atendidos en la Unidad de Terapia Intensiva y/o en la Unidad de Cuidados Intermedios, y manejados por otros especialistas.

Se llama Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) a las manifestaciones clínicas de la respuesta inflamatoria ocasionadas por procesos infecciosos y

no infecciosos tales como: quemaduras, traumas, cirugía mayor, pancreatitis, y otras.¹ Para hacer el diagnóstico de este síndrome, deben estar presentes dos o más de los siguientes factores: 1) temperatura corporal mayor de 38° C, o menor de 36° C; 2) frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minuto; 3) frecuencia respiratoria superior a 20 por minuto, o PaCO₂ menor de 32 mmHg; 4) recuento de leucocitos mayor de 12 000 por mm³, o menor a 4 000 por mm³, o bien más de 10% de formas inmaduras.^{1,2,3,4}

Se habla de sepsis cuando el SRIS se asocia a un foco infeccioso comprobado, o bien cuando existe una sospecha clara. El paciente séptico puede cursar con o sin bacteriemia, fungemia, viremia o parasitemia, acorde con su etiología.²

La sepsis puede evolucionar en sepsis grave, shock séptico, y Síndrome de Disfunción Multiorgánica (SDMO).¹ El paciente entra en sepsis grave cuando existe disfunción orgánica con hipotensión e hipo perfusión (acidosis láctica, oliguria, y alteraciones mentales). El shock séptico se define como la hipotensión que no responde a reanimación adecuada con líquidos, siendo necesario el uso de drogas vasopresoras.³ El SDMO es la complicación más severa del cuadro de sepsis. se caracteriza por la imposibilidad de mantener la homeostasis sin intervención terapéutica, pudiendo existir alteraciones renales, respiratorias, del sistema nervioso central, o coagulopatías, los cuales pueden ser mortales para el paciente.²

La sepsis, además de la afectación a diferentes órganos, puede manifestarse en el nivel de la piel a manera de manchas eritematosas, pápulas, pústulas, petequias, equimosis, ampollas con contenido serosanguíneo, púrpura *fulminans*, y necrosis. La septicemia por Gram negativos puede manifestarse como nódulos dérmicos vasculíticos.⁵⁻⁶

La endocarditis bacteriana sub-aguda puede presentar lesiones, como hemorragias en astilla en el nivel proximal, nódulos de Osler (nódulos rojizos en el nivel de los pulpejos, o alrededor de las uñas, mismas que pueden durar de horas hasta días), y lesiones de Janeway (lesiones nodulares hemorrágicas indoloras, en el nivel palmo plantar). El mecanismo de ambos tipos de lesiones no se ha comprendido cabalmente, pero se cree que podría deberse a émbolos sépticos⁷ y a hematomas del pliegue proximal.⁸ La septicemia por pseudomona puede cursar con ectima gangrenoso. La meningococcemia y la gonococcemia se caracterizan por lesiones petequiales, como manifestaciones cutáneas de sepsis, así como la sepsis por estafilococo *aureus*.⁵

Las hemorragias en astilla, además de ser ocasionadas por trauma, también pueden ser manifestación de émbolos sépticos.⁹

El diagnóstico de sepsis debe hacerse con base en la clínica. El tratamiento debe ser individualizado, según su etiología y el estado de sepsis en el que se encuentra el paciente.⁴

Las secuelas adversas de la respuesta sistémica inflamatoria ante la infección constituyen una de las causas más frecuentes de mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. Actualmente, nos encontramos ante una problemática de incidencia y gravedad crecientes, a pesar de los avances en el conocimiento de la fisiopatología de la sepsis y la tecnología de soporte vital del paciente crítico.^{3,10} Debido a lo anterior, es de crucial importancia el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, y se recomienda poner atención a la piel de los pacientes que cursan con sepsis.

REFERENCIAS

1. Briceño I. "Sepsis: Definiciones y Aspectos Fisiopatológicos". *MEDICRIT Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica* 2005; 2: 164-178.
2. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference. "Definitions for sepsis and organ failure guidelines for the use of innovative therapies in sepsis". *Crit Care Med* 1992; 20: 864-874.
3. De la Cruz Pérez C, Esteche Foncea MA *Shock séptico, revisión*. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga 2004. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/sepsis.pdf>. Página visitada 8-1-2009.
4. Restrepo MI, Dueñas C, González M, Ortiz G, Granados M, Álvarez C, Acosta C y cols, representantes de los comités de la Asociación Colombiana de Medicina intensiva y Cuidado intensivo (AMCI) y la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN). *Guías de Práctica Clínica, Colombian consensus of sepsis*. http://www.revistainfectio.org/site/Portals/0/volumen11_1/sepsis.pdf. Página visitada 6-1-2009.
5. Barkasdale SK, Busam KJ, Barhill II. "Vasculitis and related disorders". En: *Textbook of Dermatopathology*, Nueva York, McGraw Hill, 2004: 201.
6. Weismann K, Graham RM. "Systemic and skin disorders". En: *Textbook of Dermatology*, Londres, Rook/Wilkinson/Ebling Blackwell Science, 200: 2742-2748.
7. Tosti A, Baran R, Dawber RPR. "The nail in Systemic diseases". En: Baran R, Dawber RPR. *Diseases of the nails and their management*. Londres, Blackwell Scientific Publications, 1994: 177-178.
8. Chang P, Haneke E. "Hematoma del pliegue proximal. Reporte de tres casos". *DCMQ* 2008; 6(3):189-191.
9. Baran R, Dawber R, Haneke E, Tosti A. *A text Atlas of Nail Disorders*. Londres, Martin Dunitz, 2001: 81.
10. Watanabe J. "Guía clínica, sepsis severa, shock séptico. UCIA clínica peruano japonés". <http://www.scribd.com/doc/491636/Guia-Clinica-Sepsis-Severa-y-Shock-Septico>. Página visitada 8-1-2009.