

## Sepsis por anaerobios

Manuel Antonio Díaz de León Ponce,\* Alberto Basilio Olivares,†  
 Jesús Carlos Briones Garduño‡

### INTRODUCCIÓN

Paciente en la quinta década de la vida, el cual 50 horas antes de morir, cayó en el canal de la compañía sufriendo sólo una solución de continuidad con un alambre de 0.3 mm de diámetro es rescatado por los bomberos y es valorado en un hospital de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. No encontrando ninguna anormalidad y es dado de alta a su domicilio con analgésicos y antibióticos. A las 12 horas tiene dolor intenso en el sitio de punción con cambios de coloración, sin aumento de temperatura y a las tres horas, es decir 15 horas después del accidente se presenta en una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Segundo Nivel, con taquipnea, inquietud, hipotensión, sangrado de los sitios de punción y discreta expectoración hemoptoica, el abdomen lo encuentran con distensibilidad sin resistencia muscular, campos pulmonares con estertores alveolares difusos, ruidos cardiacos con galope postsistólico y en anuria. Los exámenes de laboratorio muestran: Hb de 12 g%, Ht 36, leucocitos de 10,000 Xmm<sup>3</sup> con bandemia de 5%, creatinina de 3 mg/dL, urea de 75 mg/dL, Na de 135 mEq/L, K de 6.5 mEq/L, saturación de O<sub>2</sub> de 72%, PaO<sub>2</sub> de 58 mmHg, PaCO<sub>2</sub> de 32 mmHg, pH de 7.2, tiempo de coagulación y sangrado alargados, se inicia reanimación con cristaloides, fracciones

de sangre como paquete globular, plasma fresco congelado, crioprecipitados, antibioticoterapia con amikacina 500 mg c/6 h, piperacilina 4 g c/6 h y por continuar en malas condiciones generales es enviado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Tercer Nivel con el diagnóstico de falla orgánica múltiple secundaria a sepsis.

Ingresa a la UCI de Tercer Nivel a las 30 horas de la lesión, el paciente se encuentra soporoso, hipotenso, deshidratado, con respiración ruda, discreta hemoptisis, sangrado por sitios de punción, campos pulmonares con estertores alveolares difusos, abdomen globoso con crepitación de la pared, no se auscultan ruidos intestinales; pero no hay datos de abdomen agudo, extremidades de forma normal, llenado capilar lento y cianosis distal. Exámenes de laboratorio a su ingreso: Cr 4 mg/dL, urea 100 mg/dL, Na de 132 mEq/L, K 6 mEq/L TT; TP; TPT alargados 5" respecto al testigo; dímero D de 500 mg/dL, hemoglobina libre de 902 mg/dL, haptoglobinas ausentes, mioglobina sérica de 727 U/L, urinaria de 736 U/L, CPK 1192.7 U/L, DHL 1,000 U/I, Dcr de una hora menor de 10 mL/min, saturación de O<sub>2</sub> menor de 50%, PaCO<sub>2</sub> mayor de 50%. Se efectúa una incisión en la pared abdominal y se encuentra necrosada toda la piel en el epigastrio.

Por lo anterior se efectúa el diagnóstico de herida de pared por gérmenes anaeróbicos que

\* Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía. Académico Titular de la Academia Nacional de Medicina. Director de la Revista Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

† Académico de Número de la Academia Mexicana de Cirugía. Jefe de Urgencias del Hospital Central de la Cruz Roja.

‡ Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía. Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina y Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos de Obstetricia del Hospital General de México.



**Figura 1.** Placa portátil Ampero Posterior (AP) que muestra infiltrado difuso en ambos campos pulmonares.



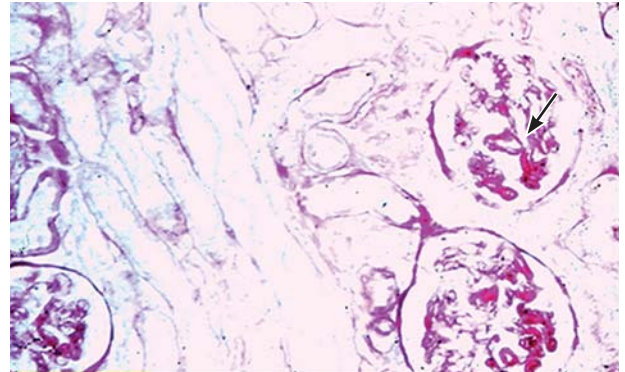
**Figura 2.** Necrosis de toda la pared abdominal.

causan sepsis con síndrome de disfunción orgánica múltiple con falla cerebral, pulmonar, renal y hematológica, con anemia hemolítica microangiopática y rabdomiólisis, una placa de portátil de Rx de tórax muestra una imagen de vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares (*Figura 1*).

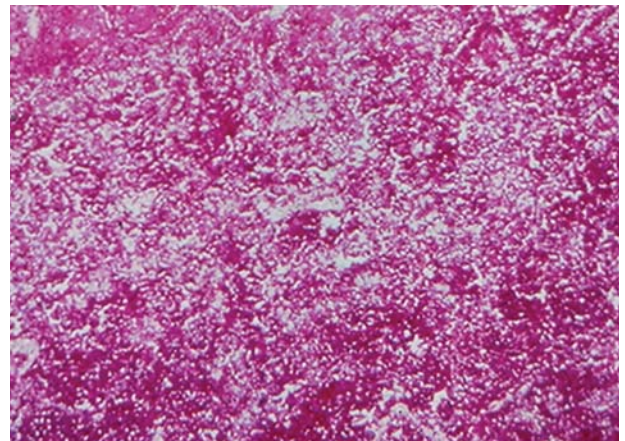
Se inicia terapia de sostén con ventilación asistida con PEEP de 5 cm, se corrige la anemia con paquete globular, plasma fresco congelado, plaquetas, crioprecipitados, se trata de iniciar plasmaféresis para corregir el daño renal, hematológico y la hemólisis y miólisis pero el Servicio de Hematología considera que el paciente es un enfermo terminal.

A pesar de las medidas de sostén, la destrucción de la pared abdominal avanza a 5 cm por hora (*Figura 2*).

A las 20 horas de su ingreso el paciente fallece con la destrucción de toda la pared abdominal;



**Figura 3.** Necrosis cortical de glomerulos, la flecha señala los microtrombos en los capilares.



**Figura 4.** Microfotografía de pulmón que muestra destrucción de todos los alvéolos con eritrocitos y hemoglobina libre.

posteriormente se reporta el cultivo de la muestra tomada a su ingreso y reportan *Bacteroides fragilis* resistentes a todos los antibióticos. Esto hace pensar que todas las aguas negras de nuestra ciudad están latentes lo que se llama la bacteria asesina o la superbacteria.

En el material de autopsia se observa en dos órganos la lesión producida por el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y el porqué se presentó el síndrome de disfunción orgánica múltiple (*Figuras 3 y 4*).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz de León PM, Manzo PE, Aristondo MG, Juárez-Díaz GN. Determinación de microglobulina sérica y urinaria para diagnóstico de rabdomiólisis. *Rev Mex Med Crit Ter Int.* 1989;3:19-23.

2. Díaz de León PM, Moreno SAA, González DJI, Jiménez MHM. Insuficiencia renal aguda en el paciente séptico. *Rev Mex Med Crit Ter Int.* 2004;6:199-206.
3. Díaz de León PM, Moreno SAA, González DJI, Briones GJC. Actualidades del Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda. *Rev Mex Med Crit Ter Int.* 2007;4:217-222.
4. Carrillo ER. *Sepsis*. México. Ed. Alfil, 2009. p. 1-616.

Correspondencia:  
Acad. Dr. Manuel Antonio Díaz de León Ponce  
E-mail: manueldeleonponce@hotmail.com