

ENFISEMA SUBCUTÁNEO NO INFECCIOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

De la Cruz Gutiérrez, L; Casas Ramos, P; Matilla Basoa, E; Trapote Cubillas, A.R; Gallego Díez, L; Martín Gaitero, M.

INTRODUCCIÓN

La presencia de enfisema subcutáneo obliga a descartar una etiología infecciosa. Tras ello, deberemos centrarnos en la evolución clínica, el agente causante y el mecanismo de producción para determinar el mejor tratamiento.

OBJETIVO

Mostrar un caso en el que se presenta un enfisema subcutáneo no infeccioso en miembro superior tras un traumatismo con pistola de aire comprimido .

MATERIALES Y MÉTODOS

Varón de 29 años que sufre herida en la región palmar de la mano izquierda cuando manejaba una pistola de aire, refiriendo inflamación y ligero dolor. A la exploración se aprecia puerta de entrada de aproximadamente 1 cm en región palmar de la cabeza de segundo metacarpo con importante crepitación que llega hasta la falange distal de los dedos y la muñeca. No se objetiva alteración neurovascular. Se procede a realización de radiografías donde se evidencia densidad aire en tejido subcutáneo de dedos, mano y muñeca (Fig. 1) . En la analítica de sangre no aparecen signos infecciosos.



Fig.1 Radiografía AP (izq) y lateral (dcha) de la mano donde se aprecia enfisema a nivel subcutáneo.



Fig.2 Radiografía AP (izq) y lateral (dcha) de control con ausencia de signos de enfisema.

RESULTADOS

Dado el aparente origen no infeccioso de la lesión y la ausencia de clínica emergente, se decide ingreso para observación junto con profilaxis antibiótica intravenosa, antitetánica y AINE. Se realiza lavado y cura de la herida. Cursa con buena evolución, procediéndose al alta a las 24 horas con vendaje compresivo y tratamiento antibiótico, realizándose nuevo control a la semana. Tras este tiempo el enfisema prácticamente ha desaparecido como se corrobora radiológicamente (Fig.2).

CONCLUSIONES

Ante un enfisema subcutáneo debemos descartar un origen infeccioso, para ello nos guiaremos por la anamnesis y el estudio de parámetros de laboratorio. No se debe menospreciar el resto de causas, aunque la clínica inicial no sea tan llamativa como en la fascitis necrotizante. Es importante saber el compuesto responsable, la localización de la puerta de entrada, la presión con la que penetró, el tiempo de evolución, la clínica acompañante y descartar una infección secundaria. El agua y el aire son los agentes menos perjudiciales, pudiendo ser tratados de manera conservadora y sin dejar secuelas. Los compuestos más tóxicos obligan a un tratamiento quirúrgico agresivo. En todos los casos se recomienda la profilaxis antibiótica y la toma de cultivos, mientras que el uso de corticoides es controvertido.

