

# Acrocianosis asociada a sepsis ginecológica grave y uso de aminas vasopresoras

*Acrocyanosis associated with severe gynecological sepsis and use of vasopressor amines*

A. Álex Jaymez-Vásquez <sup>1,2</sup>

## RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 39 años que ingreso transferida de otra institución de salud con síndrome de disfunción multiorgánica tras legrado uterino por óbito fetal, con acrocianosis y frialdad que recibió aminas vasopresoras y requirió amputación de lesiones. El manejo precoz y agresivo de la sepsis es fundamental para lograr el mejor desenlace.

**Palabras clave:** síndrome de disfunción multiorgánica, acrocianosis, aminas vasopresoras.

## ABSTRACT

*We present the case of a 39-year-old patient who was transferred from another health institution with multiorgan dysfunction syndrome after uterine curettage due to fetal death, with acrocyanosis and coldness who received vasopressor amines and required amputation of lesions. Early and aggressive management of sepsis is essential to achieve the best outcome.*

**Keywords:** multiorgan dysfunction syndrome, acrocyanosis, vasopressor amines.

<sup>1</sup> Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima - Perú.

<sup>2</sup> Jefe del Dpto. de Críticos y de la Unidad de Prevención y Control de Infecciones Medicina, Clínica Internacional, Lima - Perú.

**Citar como:** Jaymez-Vásquez A. Acrocianosis asociada a sepsis ginecológica grave y uso de aminas vasopresoras. *Interiencia méd.* 2024;14(3): 38-41 DOI: [10.56838/icmed.v14i3.217](https://doi.org/10.56838/icmed.v14i3.217)

**Recibido:** 04/07/2024 **Aprobado:** 18/07/2024



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## Introducción

El shock séptico es una entidad grave con una mortalidad que varía entre 25 y 50%.<sup>1</sup> El síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) suele ser una de las complicaciones más graves del shock séptico o del trauma grave en pacientes críticos y se caracteriza por la falla o disfunción de dos o más órganos o sistemas, disfunciones que son potencialmente reversibles pero que requieren terapia de soporte de órganos en las unidades de cuidados intensivos (UCIs), siendo un reto de manejo por la complejidad de la falla, teniendo como sustrato a una respuesta inflamatoria exagerada con disfunción mitocondrial que nos llevara a la insuficiencia respiratoria, al compromiso hemodinámico: hipotensión arterial y vasoplejía con la caída del gasto cardiaco, a la insuficiencia renal, al compromiso del sensorio, además de la coagulopatía intravascular de consumo (CID), trastornos del medio interno, compromiso hepático por disminución del flujo sanguíneo regional, entre otros. El SDMO, tiene una prevalencia entre 18 y 50%, con una mortalidad entre 27 a 100% dependiendo del número de órganos comprometidos.<sup>2</sup>

## Caso Clínico

Mujer de 39 años, con tiempo de enfermedad 01 día, que ingresó a emergencia de CISSB, procedente de otra institución de salud con los diagnósticos de shock séptico, falla multisistémica, puérpera inmediata por óbito fetal de 26 semanas y legrado uterino. Tras habersele realizado este procedimiento por óbito fetal, requirió el uso de noradrenalina al desarrollar un shock vasodilatado. Al llegar a nuestra emergencia se constató PA 166/140, FC 165, FR 28, T: 35°C, SpO<sub>2</sub> 75%, al examen físico: paciente en mal estado general, con palidez marcada de piel y mucosas, presentaba equimosis en abdomen y signos de hipoperfusión en zonas distales de miembros superiores e inferiores con esfuerzo inspiratorio marcado. Siendo estabilizada en trauma shock, con el inicio de vasopresina e ingresó a sala de operaciones (SOP) para remoción del foco infeccioso, siendo realizada la histerectomía abdominal, salpingo-ooforectomía por shock séptico y disfunción multiorgánica. Curso con hipoglicemia y coagulopatía encontrándose en estado sumamente crítico e inestable; a las 07 horas de su admisión a CI, en postoperatorio inmediato ingreso a UCI con funciones vitales: PA 93/61, FC 152, SpO<sub>2</sub> 86, T 38°C, mal estado

general, crítica, con tubo endotraqueal, taquicardia, con hipoperfusión, piel marmórea con acrocianosis de extremidades superiores e inferiores. Laboratorios de ingreso: hemograma 15210/mm<sup>3</sup> (segmentados 13.080, abastionados 760) hemoglobina 6.9 gr/dL, plaquetas 9200/mm<sup>3</sup>, urea 59mg/dL, creatinina 3.59 mg/dL, proteína C reactiva 268.13, procalcitonina 71, dímero D >35.2, lactato 10.07, análisis de gases arteriales pH 7.04, pCO<sub>2</sub> 29.9, pO<sub>2</sub>, bicarbonato de sodio 8. Paciente ingreso a UCI recibiendo infusiones de noradrenalina (dosis utilizadas durante hospitalización entre 0.032 hasta 0.48 ug/kg/min) y vasopresina (dosis utilizadas entre 0.02 hasta 0.04 UI/min), agregándose adrenalina (dosis utilizadas entre 0.04 hasta 0.2ug/kg/min). Por la insuficiencia respiratoria se inició ventilación mecánica, requiriendo PEEP alto, además fue necesario iniciar terapia de reemplazo renal y la transfusión de hemoderivados, APACHE II de ingreso 25. En los hemocultivos tomados al ingreso se aisló Escherichia coli BLEE positivo. La cianosis y frialdad de sus extremidades se hizo marcada y fue limitándose en los días siguientes a las manos y pies, con ausencia de llenado capilar y aparición de flictenas. La adrenalina pudo ser retirada al día siguiente del ingreso a UCI, sin embargo, requirió continuar con la infusión de noradrenalina y vasopresina; esta última se desteto a los dos días de su ingreso a UCI, quedando con dosis decrecientes de noradrenalina, que se retiró progresivamente seis días después, ese día la leucocitosis llego a 71.730, el tercio medio de la herida operatoria abdominal mostro signos de desvitalización, además la acrocianosis de las extremidades se fue limitando en la mano izquierda a las falanges distales, donde presento gangrena seca, las flictenas de las manos se limitaron, además de desarrollo frialdad en los pies hasta los tobillos **Figura 1,2,3** y desarrollo gangrena húmeda en ellos. La disfunción multiorgánica fue resolviéndose progresivamente, la terapia de reemplazo renal fue suspendida después de la 8° sesión y ante de la evolución de la acrocianosis traumatología realizó la amputación supracondílea de la pierna derecha, transtibial de la pierna izquierda a los 20 días de su ingreso a CI y cirugía de manos falanges distales del 2°, 3°, 4° y 5° dedos izquierdos ocho días después. A partir de allí la evolución de la paciente fue favorable, con destete de ventilación mecánica exitoso saliendo de alta de UCI recuperada 38 días después de su ingreso y de alta de Clínica 22 días después iniciando manejo ambulatorio.



Figura 1. Acrocianosis de mano derecha.



Figura 2. Acrocianosis de pie derecho.



Figura 3. Acrocianosis de pie izquierdo.

## Discusión

La necrosis de las extremidades es una complicación infrecuente pero grave del shock séptico no controlado, asociada a alteraciones del flujo sanguíneo regional secundarias a hipotensión, coagulación intravascular diseminada (CID), invasión directa de gérmenes como la *Klebsiella pneumoniae* u otros gram negativos, vasculitis inmunomediada, la aparición de émbolos sépticos, el uso de aminas vasopresoras y comorbilidades como diabetes mellitus o la insuficiencia renal, entre otras.<sup>1,3,4,5,6</sup>

La aparición de lesiones dérmicas suele ser un signo precoz de sepsis grave y puede asociarse a la disfunción multiorgánica, sin embargo, no hay data precisa sobre la frecuencia con que ocurre.<sup>3</sup>

Las aminas: noradrenalina, adrenalina y vasopresina, han sido descritas como agentes causales de la necrosis por acción directa y dosis dependiente asociada a la vasoconstricción periférica que producen para mantener el flujo a órganos blanco.<sup>1,3,5</sup>

Dada la elevada mortalidad del shock séptico es

fundamental su manejo precoz y agresivo, así como el soporte de los órganos afectados, nuestra paciente tuvo riesgo de muerte de 55% según el APACHE II de ingreso.

La paciente presentó una bacteriemia grave, probablemente secundaria al legrado uterino realizado por el óbito fetal, demostrada con el aislamiento de gram negativos en los hemocultivos de ingreso que, junto con el uso de aminas como parte de las medidas necesarias para resucitarla y mantenerla con vida, actuaron como cofactores para la aparición de la acrocianosis descrita al llegar a emergencia. El manejo precoz de la sepsis: antibioticoterapia, la fluidoterapia, desfocalización y uso de aminas vasopresoras, es fundamental,<sup>7</sup> sin embargo, no siempre se logra el resultado deseado. De producirse la acrocianosis con frialdad distal por pérdida del flujo, debemos dar tiempo para que el área de isquemia se limite para que la amputación de ser necesaria sea lo más conservadora posible, tratando de mantener la funcionalidad.

## Bibliografía

1. Pacheco Pacori YD, Garcia Duque O. Necrosis isquémica de todos los dedos y ortijos después del uso de norepinefrina en paciente ginecológico An Fac med 2018;79(2):149-152.
2. Villegas Cruz PD El síndrome de disfunción multiorganica. La necesidad de su diagnóstico basado en los criterios, REV EXP MED 2018(4): 48-50.
3. Gonzales Aguilera JC, et al. Manifestaciones cutáneas por choque séptico en una adulta, MEDICAN 2015; 19(05): 634-640.
4. Liroa-Romero MF, Garcia-Trincado B... Imágenes en Medicina: Necrosis de pies y manos en el shock séptico por Klebsiella pneumoniae, Galicia Clin 2021; 82-1:54.
5. Tomasini, C... Septic vasculitits and vasculopathy in some infectious emergencies: the perspective of the histopathologist, G Ital Dermatol Venereol 2015; 150: 75-85.
6. Lorca Alvaro J, Garcia-Zamora E, Ballester A... Necrosis acral secundaria al uso de noradrenalina por shock septico, ACTAS Dermo-Sifiliograficas 112(2021):551.
7. Guarino M et al 2023 Update on sepsis and septic shock in adult patients: management in the emergency department, J.Clin.Med 2023, 12, 3188. [https:// doi.org/10.3390/jcm12093188](https://doi.org/10.3390/jcm12093188).

---

### Financiamiento

El estudio no contó con financiamiento.

### Conflictos de interés

Ninguno declarado por el autor.

### Correspondencia:

A. Alex Jaymez Vásquez  
Avenida Guardia Civil 421,  
San Borja, Lima - Perú.

**E-mail:** [ajaymez@cinternacional.com.pe](mailto:ajaymez@cinternacional.com.pe)