

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Gangrena gaseosa de la mama

Gas gangrene of the breast

Dr. José Luis Lobato Miguélez, Dr. Cristóbal Franquelo Wierhan, Dr. Alfredo Calleja Perales, Dra. Tamara Dehesa Martínez, Dr. Miguel López Valverde.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Basurto Bilbao, España.

RESUMEN

La gangrena gaseosa de la mama es una enfermedad rara y potencialmente mortal descrita como consecuencia de un traumatismo, por complicaciones infecciosas de la cirugía o por una trombosis venosa. También se ha relacionado ocasionalmente con otras causas tales como la diabetes mellitus, el envenenamiento con monóxido de carbono o la cirugía plástica. Presentamos un caso de gangrena gaseosa de mama en una mujer diabética de 74 años. Esta rara infección representa una emergencia médico-quirúrgica.

Palabras clave: gangrena gaseosa; infección mamaria.

ABSTRACT

Gas gangrene of the breast is a rare and potentially lethal disease following trauma, as a result of infectious complications from surgery or venous thrombosis. Other rare etiologies, such as diabetes mellitus, carbon monoxide poisoning, and plastic surgery, have also been reported as related to this illness. A case of gas gangrene of the breast found in a 74-year-old diabetic woman was presented in this paper. This rare infection is a medical and surgical emergency situation.

Key words: gas gangrene; breast infection.

INTRODUCCIÓN

La gangrena gaseosa es una patología progresiva causada por diferentes bacterias que inducen una severa necrosis con producción de gas y sepsis.

La necrosis completa de la mama es rara, sin embargo han sido documentados varios casos aislados relacionados con tratamientos anticoagulantes, traumatismos y complicaciones infecciosas. Parece ser que ciertas condiciones de fragilidad ante las infecciones pueden favorecer este proceso. *Probstein*¹ describió en 1924 un caso de gangrena gaseosa de la mama como complicación de una diabetes.

El cuadro clínico típico es el de una paciente que refiere dolor mamario sin antecedente de traumatismo. Comienza con equimosis cutánea por lo que inicialmente el diagnóstico suele ser el de una mastitis. El proceso se extiende a toda la mama en forma de petequias y bullas que exudan un fluido serosanguinolento. El examen histológico pone de manifiesto una arteritis aguda necrotizante, trombosis venosa y una necrosis severa.

La evolución rápida y fatal de la gangrena gaseosa requiere un diagnóstico inmediato y un tratamiento enérgico que debe de incluir un abordaje quirúrgico agresivo, una terapia antimicrobiana enérgica y a veces la utilización de oxígeno hiperbárico.

Presentamos un caso de gangrena gaseosa de mama en una mujer diabética.

CASO CLÍNICO

Paciente de 74 años remitida a urgencias del servicio de ginecología por presentar una inflamación progresiva de la mama izquierda que no había respondido al tratamiento con levofloxacino, indicado por su médico de cabecera.

Entre sus antecedentes personales se destacaban: hipertensión (tratamiento con betabloqueantes y diuréticos); cardiopatía isquémica (tratamiento con parches transdérmicos de nitroglicerina y ácido acetilsalicílico); diabetes mellitus (insulinodependiente de larga evolución); intervención de prótesis de rodilla y una patología degenerativa severa de columna dorsolumbar que prácticamente le impedía la deambulación.

Al ingreso, la paciente presentaba severa afectación de su estado general con temperatura de 39° C, taquicardia de 110 latidos por minuto y tensión arterial sistólica de 110 mmHg. A la exploración se apreciaba evidente asimetría mamaria con la mama izquierda eritematosa, edematosa, con pezón retraído que exudaba secreción serosanguinolenta (Fig. 1); a la palpación se apreciaba sensación de crepitación.



Fig. 1 .Aspecto de la mama izquierda.

En la analítica general inicial destacaba leucocitosis de 18.000/mL y glucemia de 412 mg/dL, que fue valorada y tratada urgente por el servicio de medicina.

Se practicó ecografía de mama que informó de cambios inflamatorios difusos con múltiples imágenes hiperrefringentes que sugerían la presencia de gas. Ante estos hallazgos se practicó tomografía axial computarizada (TAC) torácica apreciando mama izquierda aumentada de tamaño con numerosas colecciones aéreas, hallazgos compatibles con una gangrena gaseosa de la mama (Fig. 2).



Fig. 2. Numerosas colecciones aéreas en la mama izquierda.

Se practicó mastectomía izquierda de urgencia que puso de manifiesto necrosis de la totalidad del tejido mamario pero sin afectación de la musculatura pectoral. Optamos por cierre flojo del tejido cutáneo con un drenaje aspiratorio. Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso a base de una asociación de ampicilina, clindamicina y gentamicina.

El cultivo bacteriológico reveló infección polimicrobiana con abundante flora anaerobia aislándose *Estafilococo aureus* y *Propionibacterium spp.* Sensibles a la gentamicina y a la clindamicina. El examen histológico de la pieza quirúrgica reveló intensa necrosis y cambios inflamatorios abscesificantes sin signos anatomopatológicos de malignidad. La paciente fue dada de alta hospitalaria a los 15 días de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

La gangrena de la mama es una entidad poco habitual. No obstante, desde que Flood y otros² comunicaron el primer caso asociado al tratamiento con bihidroxicumarina, son frecuentes los informes que relacionan la gangrena de la mama con la terapia anticoagulante³⁻⁴ proponiendo distintas teorías como la trombosis venosa generalizada, la necrosis secundaria a microhemorragias o la hipersensibilidad a los dicumarínicos. Se han descrito casos aislados después de un traumatismo, por complicaciones infecciosas de la cirugía o por una trombosis venosa. También se han documentado algunos casos asociados a una sepsis puerperal.⁵ Algunas enfermedades asociadas a un mayor riesgo infeccioso parecen ser el sustrato ideal para esta rara entidad. Delottey y otros⁶ comunicaron un caso de gangrena gaseosa de mama en una mujer con enfermedad de Cushing de larga evolución tratada con corticoides. Venkatramani⁷ y otros refieren el caso de una mujer de 40 años en la que la gangrena de la mama fue la primera manifestación de una infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Nuestra paciente, diabética de larga evolución y con deficiente control, podría englobarse en cualquiera de estos grupos, ya que la diabetes supone por sí misma un mayor riesgo infeccioso y mal controlada puede complicarse con una microangiopatía generalizada que puede afectar a la propia mama.

La patogenia de esta entidad no está clara; parece que al ser la mama una glándula túbulo-alveolar rodeada de tejido adiposo, representa un sustrato adecuado para la colonización por gérmenes anaerobios y para la progresión de la infección.^{5,6}

Aunque la ecografía mamaria puede ser útil como estudio complementario inicial, la prueba de imagen más adecuada para el diagnóstico es la Tomografía Axial Computarizada torácica. Esta técnica no sólo permite la detección de colecciones de gas en el espesor de la mama, sino que además permite valorar el estado de las fascias y los músculos pectorales y por lo tanto evaluar preoperatoriamente la extensión de la infección.⁶

La gangrena gaseosa de la mama es una urgencia quirúrgica que requiere la exposición y la extirpación de los tejidos infectados. En nuestro caso fue necesario llevar a cabo mastectomía y este es el proceder más habitual.⁴⁻⁷ Es importante destacar la necesidad de extirpar todo el tejido necrótico, de manera que si los tejidos restantes no permiten el cierre cutáneo sin tensión, es preferible dejar el lecho expuesto y esperar la curación por segunda intención.

El manejo de estas pacientes debe de realizarse en una Unidad de Reanimación en donde se aplicarán medidas de soporte, terapia antibiótica de amplio espectro que debe de cubrir a los gérmenes anaerobios y la corrección de los posibles factores asociados. La terapia con oxígeno hiperbárico puede ser necesaria en algunos casos^{6,8}; en nuestra paciente no se utilizó dada la rápida y buena evolución.

Como conclusión podemos decir que ante una posible mastitis, el hallazgo de crepitación a la palpación deberá hacernos sospechar la presencia de gas y alertarnos sobre la posibilidad de esta rara entidad para no confundir el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Probstein JG. Gangrene of the breast complicating diabetes. Ann Surg. 1924;79(4):634-6.

2. Flood PE, Redish MH, Bocie SJ, Shapiro S. Thrombophlebitis migrans disseminate: Report of a case in which gangrene of a breast occurred. N Y J Med. 1943;43:1121-4.
3. Cham CW, Chan D, Coppleson JA, Prentice AG, Lyons CB, Jones PA, Watkins RM. Necrosis of the female breast: a complication of oral anticoagulation in patients with protein S deficiency. Breast. 1994;3(2):116-8.
4. Manstein CH, Steerman PH, Goldstein J. Sodium warfarin-induced gangrene of the breast. Ann Plast Surg. 1995;15(2):161-2.
5. Sameer AG, Quentin N, Ashish R, Abhay ND. Breast gangrene as a complication of puerperal sepsis. Arch Sur. 2002;137:1441-2.
6. Delotte J, Soilihi BK, Cua E, Pop D, Bernard JL, Bongain A, Benchimol D. Gas gangrene of the breast: management of a potential life-threatening infection. Arch Gynecol Obstet. 2008;279(1):79-81.
7. Venkatramani V, Pillai S, Marathe S, Rege SA, Hardiker JV. Breast gangrene in an HIV-positive patient. Ann R Coll Surg Engl. 2009;91(5):13-4.
8. Testa A, Giannuzzi R, Donati KG, Silveri NG. Fulminant endogenous gas gangrene: Role of ultrasonography in the emergency setting. A J Emerg Med. 2010;28(5):643e1-643e3.

Recibido: 4 de julio de 2013.

Aprobado: 11 de agosto de 2013.

Dr. *José Luis Lobato Migueles*. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Basurto Bilbao, España. Correo: lobatomiguelzjl@yahoo.es