

Síndrome de dedo azul asociado a infección de partes blandas en una adulta mayor: Reporte de caso

Citar como:

Tello T, Beltran A. Síndrome de dedo azul asociado a infección de partes blandas en una adulta mayor: Reporte de caso. Rev Méd Hered. 2025; 36(3): 234-239. DOI: 10.20453/rmh.v36i3.5788

Recibido: 11/09/2024

Aceptado: 13/02/2025

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

El reporte fue financiado por los autores. Declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de autoría:

AB, TT: Concepción y diseño del artículo; Recolección de resultados, análisis e interpretación de datos; redacción del artículo; revisión crítica del artículo, aprobación de la versión final.

Correspondencia:

Tania Tello Rodríguez.
Av. Honorio delgado 430, Urb. ingeniería, San Martín de Porres. Lima, Perú.
Teléfono: (+51) 993489835.
✉ tania.tello.r@upch.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Las autoras

© Revista Médica Herediana

Blue finger syndrome associated with soft tissue infection in an elderly woman: Case report

Tania Tello^{1,a;2,b,c;3} , Arlette Beltran^{2,d}

¹ Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico Geriatra

^b Magister en Geriatria y Gerontología

^c Doctorando en Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia

^d Médico Residente de Geriatria, Universidad Peruana Cayetano Heredia

RESUMEN

El síndrome del dedo azul es infrecuente y se presenta mayormente en mujeres y a mediana edad, pudiendo ser la manifestación de diversas enfermedades. Se presenta el caso de una mujer de 85 años con demencia, dependencia funcional, dolor crónico en rodilla y usuaria de analgésicos, quien ingresó por un síndrome de dedo azul, afebril, en quien los exámenes de laboratorio e imágenes fueron negativos para enfermedades inmunológicas y neoplásicas, teniendo como hallazgo en la tomografía abdomino pélvica una amplia colección en partes blandas a nivel para lumbar, glútea y de cadera derecha. Dicha colección fue drenada y debridada quirúrgicamente, la evolución clínica fue favorable. Este reporte de caso nos demuestra como algunas infecciones en las personas adultas mayores pueden tener una presentación clínica inusual, como el síndrome del dedo azul.

PALABRAS CLAVE: Infecciones, síndrome de dedo azul, absceso.

SUMMARY

Blue finger syndrome is a rare condition that mainly affects middle-aged women and can be a sign of various underlying diseases. This case involved an 85-year-old woman with dementia, functional dependence, chronic knee pain, and analgesic use who was admitted for blue finger syndrome. She was afebrile, and laboratory and imaging tests ruled out immunological and neoplastic diseases. The abdominopelvic CT scan revealed an extensive collection in the soft tissues of the lumbar, gluteal, and right hip regions. This collection was surgically drained

and debrided, leading to a positive clinical outcome. This case report shows how some infections in older adults can present unusually, such as blue toe syndrome.

KEYWORDS: Infections, Blue finger syndrome, abscess.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de dedo azul (SDA) es una condición clínica caracterizada por la aparición de color violáceo en uno o más dedos de extremidades superiores e inferiores en ausencia de trauma, patología sistémica cianosante o lesiones por congelación, su presentación puede ser aguda o subaguda ⁽¹⁾. Es más frecuente en el género femenino y en la mediana edad. La etiología de este síndrome es múltiple, tales como alteraciones directamente en los dedos o por enfermedades sistémicas, los síntomas asociados pueden ser frialdad distal, dolor, es rara la ausencia de pulsos distales lo que demuestra que el compromiso es de microvasculatura o es muy distal. Los pacientes deben ser evaluados rápidamente para evitar complicaciones irreversibles como la necrosis. ^(2,3)

El SDA es causado por la disminución del flujo arterial, el aumento de la viscosidad sanguínea y la disminución del retorno venoso. La disminución del flujo arterial es la causa más frecuente, por la oclusión de vasos periféricos pequeños, debido a trombosis, embolia, vasoconstricción intensa o la inflamación de la pared vascular. Las entidades que contribuyen a la oclusión vascular con la isquemia consiguiente en SDA son múltiples y multifactoriales. ^(4,2)

Se presenta el caso de una paciente de 85 años con demencia y dependencia funcional, quien ingresa por un síndrome de dedo azul, afebril, que durante su hospitalización se descartaron las etiologías más frecuentes, se le realizó una tomografía tórax, abdominal y pélvica encontrando una colección en partes blandas, siendo sometida a un procedimiento quirúrgico y tratamiento antibiótico, con lo cual se resolvió el cuadro de ingreso.

La etiología múltiple de este síndrome en personas adultas mayores dificulta el manejo precoz y así poder evitar sus complicaciones. Este reporte de caso tuvo como objetivo describir un caso de síndrome del dedo azul como manifestación clínica inusual de un proceso infeccioso de partes blandas en una persona adulta mayor.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 85 años, natural de Ancash, con educación primaria incompleta, viuda, con antecedente de hipertensión arterial desde hace 4 años, portadora de marcapaso cardíaco por bloqueo aurículo ventricular de 2do grado desde hace 2 años, dependiente parcial para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con demencia moderada, con riesgo social y presencia de síndromes geriátricos como fragilidad.

La paciente tenía historia de un mes de enfermedad, refería dolor en rodillas motivo por el cual acudió a un centro médico donde le indicaron analgésicos intramusculares de forma interdiaria, concomitantemente tenía hiporexia. Dos semanas después presentó un episodio de hemorragia digestiva alta, siendo hospitalizada por dos días, le realizaron endoscopia, y biopsia cuyo resultado fue gastritis antral atrófica metaplásica.

Al alta persistía con hiporexia y astenia, continuó con los analgésicos intramusculares y omeprazol. Siete horas antes del ingreso, el familiar refiere que presentó dolor en la mano derecha, y en el transcurso de las horas apareció coloración violácea en la parte distal de los dedos del 2do al quinto de mano derecha y 1er y 2do dedos de los pies, al incrementarse el dolor en la mano que le imposibilitaba coger cosas fue llevada a la emergencia del hospital. Al examen físico se encontró una paciente en regular estado general, adelgazada, parcialmente hidratada, afebril, edéntula, leve palidez de piel, con coloración violácea en región distal de manos y pies, que se extendía a lo largo del 2do, 3er y 4to dedo de la mano derecha, en pulpejos del 2do, 3er dedo de mano izquierda y a nivel de pulpejos de dedos en pies, (figura 1.), aumento de volumen leve en muslo derecho proximal sin signos de flogosis, edema ++/+++ en miembros inferiores hasta pantorrilla. La auscultación fue normal en ambos campos pulmonares, los ruidos cardíacos rítmicos, regulares, tenía un soplo sistólico II/VI en foco aórtico. El abdomen era blando depresible, no se palpaba masas, pulsos periféricos presentes, orientada en persona, no en espacio ni en tiempo.

Los resultados de exámenes de ingreso al hospital se muestran en la tabla 1.

Además, durante la hospitalización se realizaron las pruebas de ANA, ANCA, crioglobulinas, panel antifosfolipídico, VDRL y hemocultivos, los cuales fueron negativos.

En el electrocardiograma el ritmo era de marcapaso, radiografía de tórax sin mayores hallazgos.

El eco Doppler arterial y venoso de miembros superiores e inferiores y la ecocardiografía no mostraron alteraciones. Se realizó biopsia de piel cuyo resultado fue compatible con vasculitis oclusiva.

Se encontró elevación de marcadores inflamatorios y anemia, pero no se evidenciaba un foco infeccioso presente, además de hemocultivos negativos; otras de las causas a descartar fueron las neoplasias, por

lo que se realizó una tomografía espiral multicorte de tórax, abdomen y pelvis con contraste, siendo negativo para las mismas; pero se evidenció una colección a nivel de las partes blandas de la región para lumbar, glúteo y cadera del lado derecho (figura 2). Con estos hallazgos se inició clindamicina 900 mg cada 8 horas y se realizó el drenaje de la colección, obteniéndose líquido purulento, el cual se envió para cultivos. Persistió el SDA y ante la sospecha de fascitis necrotizante se cambió a piperacilina/tazobactam 4,5 gr cada 6 horas, además se realizó limpieza quirúrgica en dos oportunidades, remitiendo totalmente el SDA (figura 3). El diagnóstico final fue celulitis abscedada subcutánea, con cultivos positivos para *Escherichia coli* sensible y para *Acinetobacter baumannii*.

La estancia hospitalaria fue de dos meses y al alta tuvo seguimiento en consulta externa de Geriatria, no volviéndose a presentar el SDA y recuperando su funcionalidad previa a la hospitalización.



Figura 1. Coloración violácea distal en manos y pies de la paciente al ingreso al hospital.

Tabla 1. Exámenes de laboratorio al ingreso.

Examen	Valores al ingreso	Valores de referencia
Leucocitos ($10^3/\mu\text{l}$)	18,2	4,5 – 11
Hemoglobina (gr/dl)	8,2	3,8 – 17,2
Plaquetas ($10^3/\text{mm}^3$)	450	150 – 450
PCR (mg/l)	199	< 10
Glucosa (mg/dl)	86	70 – 100
Creatinina (mg/dl)	0,96	0,74 – 1,35
Prueba rápida COVID 19	No reactivo	
TP	15,4	
TTP	39,8	
INR	1,13	

PCR: Proteína C Reactiva, TP: Tiempo de protrombina, TTP: tiempo de tromboplastina, INR: Índice Internacional Normalizado

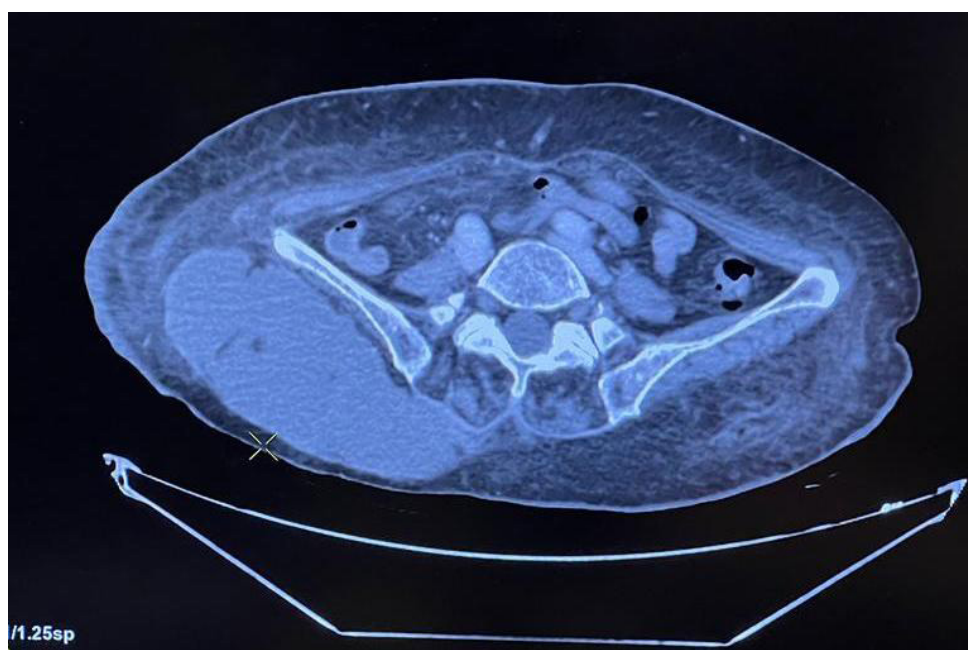


Figura 2. Tomografía espiral multicorte, muestra colección a nivel de las partes blandas de la región para lumbar, glúteo y cadera del lado derecho.



Figura 3. Se observa remisión de SDA de manos y pies posterior a la limpieza quirúrgica.

DISCUSIÓN

El síndrome del dedo azul es una presentación no frecuente de algunas enfermedades infecciosas y no infecciosas, que puede aparecer a cualquier edad. La etiología es muy diversa, y se debe a disminución del flujo arterial por fenómenos embólicos, fenómenos secundarios a inflamación vascular, síndromes de hiperviscosidad y síndromes que alteran el retorno venoso. Es necesario tener una historia clínica muy detallada para un diagnóstico rápido y así evitar las complicaciones como la necrosis.^(1,2)

En las personas adultas mayores, determinar la etiología del SDA podría tomar más tiempo comparado con una persona joven, sobre todo si la persona tiene demencia y dependencia funcional.

En el caso de nuestra paciente quien tenía demencia, con una anamnesis indirecta, ausencia de fiebre, dolor y flogosis a nivel de glúteo, sumado a la falta de información al ingreso sobre el antecedente de uso de inyectables intramusculares retardaron el diagnóstico. Sin embargo, por lo mencionado se tuvo que descartar una serie de patologías, como enfermedad arterial periférica, inmunológicas entre otras.^(2,3)

En nuestra paciente la persistencia del SDA, hipoactividad, anemia y valores elevados de proteína C reactiva, sin un cuadro infeccioso evidente, hicieron la necesidad de ampliar estudios con tomografías de tórax y abdomino-pélvico, en la cual se observó una extensa colección a nivel de las partes blandas de la región para lumbar, glúteo y cadera del lado derecho.

Existen escasos reportes de casos de SDA en adultos mayores, uno de ellos reportado en Colombia, de una paciente mujer de 68 años con antecedente de enfermedad cardiovascular, hipotiroidismo; quien ingresa por cianosis en los dedos de los pies; a quien le realizaron estudios inmunológicos y vasculares, evidenciándose ausencia de perfusión del quinto orjeo del pie izquierdo y una biopsia de piel, con hallazgos de cristales de colesterol en los vasos sanguíneos (ateroembolia por colesterol).⁽⁵⁾

Además, Parra y col reportaron cinco casos de SDA, de los cuales tres fueron en adultos mayores, en ninguno de los casos la etiología fue infecciosa, siendo las causas, crioglobulinemia, uso de vasopresores en cuidados intensivos y otro de etiología no definida que mejoró con uso de vasodilatadores, aspirina y corticoides.⁽¹⁾

Las enfermedades infecciosas se incrementan con la edad y están relacionadas con factores individuales tales como la inmunosenescencia, multimorbilidad, presencia de síndromes geriátricos como desnutrición, polifarmacia, deterioro funcional, compromiso cognitivo, fragilidad, y más aún con el incremento de microorganismos multidrogaresistente^(6,7)

Un gran porcentaje de visitas a emergencia y hospitalizaciones en adultos mayores son debidas a enfermedades infecciosas del tracto respiratorio inferior, infecciones urinarias y las menos frecuentes son las infecciones de piel y partes blandas, sin embargo, éstas deben de sospecharse ante un foco infeccioso no determinado.⁽⁷⁾

Las infecciones de piel y partes blandas abarcan una variedad de patologías de piel y tejido subcutáneo, fascia, músculo, llegando a ser desde infecciones superficiales simples a severas y necrotizantes. El tratamiento implica un reconocimiento rápido, cobertura antibiótica y un drenaje oportuno o desbridamiento quirúrgico de ser necesario⁽⁸⁾. En el caso de nuestra paciente, recibió cobertura de amplio espectro, drenaje y tuvo que ingresar dos veces para limpieza quirúrgica, con lo cual evolucionó favorablemente y con remisión total del SDA.^(7,8)

En conclusión, en una persona adulta mayor con demencia y con deterioro funcional, las infecciones pueden tener presentaciones atípicas como la manifestación del SDA, por lo que es necesario obtener una adecuada historia clínica del familiar o cuidador más cercano. Ante la mínima sospecha de un proceso infeccioso se deben tener en cuenta las infecciones de piel y tejido celular subcutáneo sobre todo si han tenido el antecedente de uso de intramusculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parra-Izquierdo V, Aguirre Hernán D, Agudelo N, Cuervo Francy M, Peñaranda E. Reporte de casos de síndrome de dedo azul. *Rev Colomb Reumatol*. 2018 Dec; 25(4):292-297. doi: 10.1016/j.rcreu.2017.09.003.
2. Echavarría Cross A, Arango Guerra P, Perez Restrepo M, et al. Síndrome del dedo azul: de la piel a lo multisistémico. *Rev Argent Reumatol*. septiembre de 2022 [Citado el 2 de agosto de 2024];33(3):173-85. Disponible en: <https://www.ojs.reumatologia.org.ar/index.php/revistaSAR/article/view/676/443>

3. Harper CM, Waters PM. Acute Idiopathic Blue Finger: Case Report. *J Hand Surg.* 2013 Oct;38(10):1980-2. Doi:10.1016/j.jhsa.2013.07.022.
4. Cortez-Franco F. Síndrome del dedo azul. *Dermatol Peru* [Internet]. 2013 [citado 29 de julio de 2024]; 23(4):204-211. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v23_n4/pdf/a02v23n4.pdf.
5. Franco-Dáger E, Perilla-Suárez Ó. Síndrome del dedo azul secundario a ateroembolia por colesterol: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Iatreia.* 2016 Abr-Jun;29(2):237-245. DOI 10.17533/udea.iatreia.v29n2a12.
6. Schoevaerds D, Sibille FX, Gavazzi G. Infections in the older population: what do we know? *Aging Clin Exp Res.* 2021 Mar;33(3):689-701. Doi: 10.1007/s40520-019-01375-4.
7. Scott MM, Liang SY. Infections in older adults. *Emerg Med Clin North Am.* 2021. May;39(2):379-94. Doi:10.1016/j.emc.2021.01.004.
8. Sartelli M, Guirao X, Hardcastle TC, Kluger Y, Boormeester MarjaA, Raša K, et al. 2018 WSES/SIS-E consensus conference: recommendations for the management of skin and soft-tissue infections. *World J Emerg Surg.* 2018 Dec 14;13(1):58. Doi: 10.1186/s13017-018-0219-9.