

Septic shock secondary to severe soft tissue infection as a late complication of Bothrops snakebite: a case report

Choque séptico por infección grave de tejidos blandos como complicación tardía de accidente ofídico bothrópico: reporte de caso

Juan Felipe Sánchez Soto¹ , Julio Cesar Castro Velasco¹ , Julian Santiago Mariño Riaño¹ ,
Lorena García Agudelo¹ 

¹Hospital Regional de la Orinoquía. Yopal, Colombia.

Recibido: 26-09-2026

Revisado: 05-10-2026

Aceptado: 28-10-2026

Publicado: 03-11-2026

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor de correspondencia: Julian Santiago Mariño Riaño 

Cómo citar: Sánchez Soto JF, Castro Velasco JC, Mariño Riaño JS, García Agudelo L. Septic shock secondary to severe soft tissue infection as a late complication of Bothrops snakebite: a case report. Interamerican Journal of Health Sciences. 2026; 6:407. <https://doi.org/10.59471/ijhsc2026407>

ABSTRACT

Ophidic envenomation is a global public health issue due to its high morbidity and mortality rates in tropical countries. We report the case of a 49-year-old female patient with chronic malnutrition from a rural area who initially resorted to traditional medicine and spiritual practices following a snakebite. She was referred from a primary care center due to the risk of septic shock after necrosis was found in her right lower limb, along with signs of systemic inflammatory response. Additional tests and imaging were ordered, leading to the diagnosis of septic shock secondary to a severe Bothrops snakebite. Initial management included intravenous fluids, antibiotics, analgesics, and vasopressors. She required a transfemoral amputation and developed complications related to her clinical condition, necessitating admission to the intensive care unit for two days, which culminated in death secondary to multiorgan failure. This highlights the importance of seeking urgent medical attention after a snakebite in order to prevent adverse outcomes.

Keywords: Snake Bites; Shock, Septic; Necrosis; Lower Extremity.

RESUMEN

La ofidiotoxicosis es un problema de salud pública a nivel mundial por su alta morbimortalidad en países tropicales. Se presenta el caso de una mujer de 49 años con desnutrición crónica y procedencia rural, quien recurrió inicialmente a medicina tradicional para el manejo de una mordedura de serpiente. Fue remitida desde centro de atención primaria por riesgo de shock séptico por hallazgo de necrosis del miembro inferior derecho asociado a signos de respuesta inflamatoria sistémica. Solicitaron exámenes e imágenes complementarias,

realizaron el diagnóstico de choque séptico secundario a accidente ofídico *bothrópico* severo. Dan manejo inicial con líquidos endovenosos, antibióticos, analgésicos y vasopresores. Requirió amputación transfemoral, presentó complicaciones asociadas a su estado clínico por lo que fue manejada durante dos días en unidad de cuidado intensivo donde finalmente falleció a causa del compromiso multiorgánico. Este caso resalta la importancia de que toda mordedura de serpiente requiere atención médica urgente con el fin de evitar desenlaces desafortunados.

Palabras clave: Mordeduras de serpientes; Choque Séptico; Necrosis; Extremidad Inferior.

INTRODUCCIÓN

El accidente ofídico es una lesión ocasionada por la mordedura de serpientes venenosas o no; cuando existe inoculación de veneno, este desencadena alteraciones fisiopatológicas locales y sistémicas de gravedad variable. Constituye una causa importante de morbilidad en regiones de clima cálido y tropical de África, el sudeste de Asia y Latinoamérica.⁽¹⁾ Se estima que a nivel mundial cerca de 5,4 millones de personas sufren mordeduras de serpiente al año, de las cuales 2,7 millones desarrollan envenenamiento clínico; esto genera entre 81.000 y 138.000 muertes anuales y deja al triple de afectados con secuelas permanentes como amputaciones o discapacidades físicas.⁽²⁾ En Colombia, país donde tuvo lugar el presente caso, la incidencia oscila entre 7,0 y 10,8 accidentes por cada 100.000 habitantes, con una tasa de letalidad reportada de entre 0,6% y 1,0%.⁽¹⁾ Las serpientes de mayor relevancia médica en el territorio colombiano pertenecen a las familias *Viperidae* y *Elapidae*. El género *Bothrops*, perteneciente a los vipéridos, es responsable del 80% al 85% de todos los accidentes ofídicos en el país.⁽²⁾ Estas especies son vivíparas, con camadas que oscilan entre 3,7 y 37 crías, y su actividad biológica e interacción con humanos se incrementa notablemente durante las temporadas de lluvias.⁽³⁾ El envenenamiento *bothrópico* se caracteriza clínicamente por dolor intenso, edema progresivo, eritema, hipotensión arterial, flictenas, necrosis tisular, sangrado local y sistémico (epistaxis, gingivorragia, hematuria), coagulopatía de consumo, estado de choque y eventual fallecimiento si no se instaura una intervención oportuna.⁽⁴⁾ El diagnóstico de envenenamiento se fundamenta en la anamnesis, el antecedente de mordedura o sospecha fundada por el cuadro clínico, la distribución de la fauna ofídica local y la evaluación paraclínica. El fundamento terapéutico específico consiste en la administración oportuna de suero antiofídico polivalente inmunoglobulinas purificadas frente a venenos de *Bothrops* y *Crotalus* junto con medidas de soporte: analgesia, profilaxis antitetánica, monitorización hemodinámica y manejo quirúrgico o antimicrobiano cuando las complicaciones sobreagregadas lo ameriten.⁽⁵⁾ Los desenlaces clínicos y secuelas incapacitantes se asocian con el retraso en el inicio de la sueroterapia, especialmente cuando supera las 8 horas postmordedura, así como a la presencia de desnutrición, comorbilidades y demoras prolongadas asociadas a barreras geográficas o uso exclusivo de prácticas tradicionales antes del ingreso hospitalario.⁽⁴⁾ A continuación, se presenta el caso de una paciente evaluada en Colombia con choque séptico e infección necrosante grave de tejidos blandos como complicación tardía de un accidente ofídico *bothrópico*, analizando su evolución clínica y desenlace fatal.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 49 años, con desnutrición calórico-proteica crónica, procedente de un área rural dispersa y vulnerable de Colombia. Consultó tras 8 días de evolución de una mordedura de serpiente en el miembro inferior derecho. Durante ese periodo no recibió atención médica formal; el manejo inicial fue administrado en su domicilio por un curandero tradicional mediante rezos y la aplicación de emplastos con hojas de plátano sobre la herida. Al séptimo día, ante el deterioro progresivo, consultó a un centro de atención primaria donde iniciaron ceftriaxona (2 g IV) más clindamicina (600 mg IV) y gestionaron su remisión urgente a un hospital de tercer nivel de atención (Tabla 1).

La paciente ingresó en malas condiciones generales, somnolienta y en estado de choque distributivo: temperatura 39,5 °C, frecuencia cardíaca 117 lpm, frecuencia respiratoria 26 rpm, presión arterial 75/50 mmHg (presión arterial media < 60 mmHg) y saturación de oxígeno del 90% a aire ambiente. Al examen físico, el miembro inferior derecho presentaba fétido olor a putrefacción, necrosis cutánea y tisular circunferencial de 360°, flictenas y epidermolisis masiva desde el pie hasta el tercio proximal del muslo, ausencia completa de perfusión distal y pulsos pedio, tibial posterior y poplíteo no palpables (Figura 1).

Los exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis marcada con neutrofilia severa leucocitos: 29.240/mm³, neutrófilos: 87%, anemia grave normocítica normocrómica hemoglobina: 4,4 g/dL, hematocrito: 13,3%, elevación notable de reactantes de fase aguda PCR: 192 mg/L, acidosis metabólica con compensación respiratoria e hiperlactatemia pH: 7,47, pCO₂: 22 mmHg, HCO₃: 16 mmol/L, lactato: 2,8 mmol/L y plaquetas conservadas 283.000/mm³ con tiempos de coagulación dentro de límites normales TP: 12,4 s, INR: 1,14, KPTT: 36,4 s (Tabla 2).

Dado el tiempo de evolución transcurrido 8 días postmordedura, la indemnidad del perfil de coagulación ausencia de coagulopatía o sangrado activo por veneno y el claro predominio de un cuadro séptico bacteriano necrosante establecido, no se consideró indicada la administración tardía de suero antiofídico polivalente, concentrando los esfuerzos en el control quirúrgico del foco infeccioso y la reanimación hemodinámica.

Se inició reanimación guiada por metas con cristaloides isotónicos, oxigenoterapia suplementaria, analgesia multimodal, cobertura antibiótica de amplio espectro para infección bacteriana polimicrobiana/anaerobia de tejidos blandos y soporte vasopresor inicial con noradrenalina. Se tomaron hemocultivos seriados los cuales resultaron negativos a las 72 horas de incubación, atribuible al inicio previo de antimicrobianos y muestras de tejido para cultivo durante el desbridamiento.

Ante la persistencia de hipotensión arterial y necesidad de titular el soporte vasoactivo a dosis altas, se decidió la colocación de un catéter venoso central en el hemitórax derecho. Como complicación iatrogénica del procedimiento de punción vascular, la paciente presentó deterioro ventilatorio agudo; la radiografía de tórax de control evidenció un neumotórax a tensión derecho (Figura 2D), requiriendo descompresión torácica inmediata y paso de tubo de toracostomía conectado a trampa de agua con adecuada reexpansión pulmonar posterior. Las radiografías del miembro inferior revelaron enfisema tisular difuso y abundante gas en los compartimentos musculares de pierna y muslo (Figuras 2A-C), confirmando una infección necrosante bacteriana sobreagregada

(gangrena gaseosa secundaria).

Fue valorada de urgencia por Ortopedia y Cirugía General, indicándose amputación transfemoral derecha urgente como medida de control de daños y salvamento de vida. Se realizó la intervención con un sangrado intraoperatorio estimado de 500 mL a nivel del tercio proximal de muslo, advirtiéndose compromiso tisular residual limítrofe hacia la articulación coxofemoral con alto riesgo de requerir desarticulación de cadera si no había respuesta clínica.

En el postoperatorio inmediato la paciente fue trasladada a la unidad de cuidado crítico. Cursó con choque séptico refractario, requiriendo doble soporte vasoactivo adición de vasopresina a dosis máxima y pulsos de hidrocortisona. Durante su estancia monitorizada, presentó inestabilidad hemodinámica progresiva y complicaciones cardiovasculares asociadas a disfunción miocárdica séptica: extrasístoles ventriculares frecuentes, episodios de bigeminismo y posteriormente un evento de taquicardia ventricular sostenida que revirtió temporalmente con antiarrítmicos bolo de amiodarona y maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada durante 2 minutos. Se descartó síndrome coronario agudo primario u obstrucción tromboembólica mayor; la elevación significativa de dímero D y troponina intermedia se interpretó en el contexto de disfunción miocárdica y lesión endotelial inducida por sepsis severa y choque prolongado.

Al tercer día de estancia, la paciente presentó bradicardia extrema seguida de nueva taquicardia ventricular sin pulso y asistolia refractaria a 10 minutos de reanimación cardiopulmonar avanzada, declarándose su fallecimiento por choque séptico refractario y falla multiorgánica. No se practicó autopsia clínica ni medicolegal debido a la claridad diagnóstica de la sepsis bacteriana fulminante y el desistimiento familiar.

Consideraciones éticas

El presente reporte de caso fue elaborado siguiendo las directrices internacionales para la publicación de casos clínicos de la guía CARE. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del familiar de la paciente garantizando la total anonimización y confidencialidad de la identidad de la paciente de acuerdo con la Declaración de Helsinki. El protocolo del reporte de caso contó con la revisión y aprobación del Comité de Ética en Investigación del hospital tratante.

DISCUSIÓN

El accidente ofídico representa una problemática de salud pública prioritaria en Colombia, donde la frecuencia de casos se incrementa notablemente durante los periodos de precipitaciones debido a la mayor actividad biológica de estos reptiles.⁽³⁾ Aunque la red de atención primaria dispone de lineamientos para el abordaje inicial, persisten marcadas barreras de acceso en áreas rurales dispersas.^(1,5) Factores socioculturales y geográficos conllevan demoras en la búsqueda de asistencia hospitalaria;⁽⁶⁾ en este caso, la paciente recurrió inicialmente de forma exclusiva a medicina tradicional mediante rezos y emplastos con hojas de plátano, acudiendo al sistema sanitario ocho días después del evento con necrosis tisular masiva y choque séptico consolidado. El suero antiofídico polivalente constituye el fundamento para neutralizar las toxinas circulantes y revertir los trastornos de coagulación cuando se administra oportunamente, idealmente dentro de las primeras horas postmordedura.^(4,5) No

obstante, a los ocho días de evolución, las fracciones libres del veneno han sido depuradas y las toxinas locales han completado su efecto lítico. Dado que la paciente ingresó con tiempos de coagulación y recuento plaquetario rigurosamente conservados (Tabla 1), no se evidenció coagulopatía de consumo activa que justificara la indicación de suero antiofídico tardío. En esta etapa avanzada, el antiveneno carece de eficacia sobre el tejido muscular ya necrosado o sobre la infección bacteriana sobreagregada,⁽¹⁾ por lo que la prioridad terapéutica consistió en la reanimación hemodinámica, la cobertura antibiótica de amplio espectro y el control quirúrgico urgente del foco séptico mediante amputación transfemoral. El cuadro clínico dominante correspondió a una infección bacteriana necrosante grave de tejidos blandos mionecrosis y gangrena secundaria, sustentada por el olor fétido y la presencia masiva de gas en los compartimentos musculares en las radiografías (Figura 2). La cavidad oral de las serpientes alberga una microbiota diversa de bacilos gramnegativos y anaerobios; la inoculación bacteriana sobre un lecho muscular isquémico desvitalizado por las enzimas del veneno,^(1,5) sumada a la cobertura con material vegetal contaminado y al estado de desnutrición basal de la paciente, configuró el escenario propicio para el desarrollo de una infección invasiva fatal. Respecto al compromiso cardiovascular, la evolución clínica es congruente con una disfunción miocárdica y disfunción endotelial inducidas por sepsis grave y choque refractario. La elevación de troponina y dímero D en este contexto obedece a lesión miocárdica secundaria a hipoperfusión tisular, inflamación desregulada y estrés hemodinámico, sin necesidad de asumir una cardiopatía estructural previa no demostrada. Este deterioro hemodinámico precipitó inestabilidad eléctrica ventricular y taquicardia ventricular sostenida refractaria a maniobras avanzadas. La literatura confirma que el intervalo transcurrido hasta la atención médica define el pronóstico vital en el envenenamiento *bothrópico*.^(3,6) La ficha técnica y las directrices nacionales indican que el suero antiofídico polivalente en Colombia cubre eficazmente las especies del género *Bothrops*.⁽⁷⁾ Ramírez-García et al.⁽⁸⁾ reportaron el caso de un paciente que recibió antiveneno al tercer día de evolución con resolución clínica favorable, facilitada por una menor latencia prehospitalaria y la ausencia de necrosis bacteriana masiva. Asimismo, en la serie de casos descrita por Albuquerque Barbosa et al.,⁽⁹⁾ la baja letalidad se asoció a una consulta oportuna en la que ningún caso tardó más de 20 horas en iniciar la atención médica. La demora extrema de ocho días documentada en nuestro paciente transformó una emergencia por un accidente ofídico en una catástrofe infecciosa y séptica irreversible. Entre las limitaciones del caso destaca la imposibilidad de tipificar la especie exacta del ejemplar involucrado al no haberse recuperado el animal agresor, así como la negatividad en los hemocultivos hospitalarios, explicable por la administración previa de antibióticos parenterales en el centro de remisión. Como documentaron Lizarazo et al.,⁽¹⁰⁾ las complicaciones derivadas de la agresión por este género pueden culminar en desenlaces fatales si no se interviene oportunamente, lo que reafirma la necesidad perentoria de consultar de inmediato a un centro hospitalario.

CONCLUSIONES

Este caso enseña dos lecciones clínicas en el abordaje del accidente ofídico: primero, la consulta médica inmediata y la administración oportuna de suero antiofídico específico dentro de las primeras horas

postmordedura son indispensables para frenar el daño tisular local y prevenir complicaciones sistémicas potencialmente letales. Segundo, en escenarios de presentación tardía donde la ventana para la neutralización del veneno ha expirado y predominan las complicaciones infecciosas, resulta prioritario el reconocimiento precoz y el manejo médico-quirúrgico agresivo de la infección bacteriana necrosante de tejidos blandos y el choque séptico, con el fin de evitar un desenlace fatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valladales-Restrepo LF, Rojas-Ramirez AS, Santander-Pai MJ, Lozada-Castaño V, Bedoya-Duque LV, Sabogal-Sanchez DY, Gómez-Gómez NS, Machado-Alba JE. Clinical characteristics and use of antibiotics in a group of patients with snake bites in Colombia. *Ther Adv Infect Dis*. 2023 Nov 8;10:20499361231210400. doi: 10.1177/20499361231210400.
2. Sevilla-Sánchez MJ, Ayerbe-González S, Bolaños-Bolaños E. Snakebite biomedical and epidemiological aspects in the department of Cauca, Colombia, 2009-2018. *Biomédica*. 2021 Jun 29;41(2):314-337. English, Spanish. doi: 10.7705/biomedica.5853.
3. Bravo-Vega C, Santos-Vega M, Cordovez JM. Disentangling snakebite dynamics in Colombia: How does rainfall and temperature drive snakebite temporal patterns? *PLoS Negl Trop Dis*. 2022 Mar 31;16(3):e0010270. doi: 10.1371/journal.pntd.0010270.
4. Maguiña-Vargas C, Chinchá-Lino O, Vilcapoma-Balbín P, Morante D. Actualización en clínica y terapia de mordedura de serpiente (ofidismo). *Rev Medica Hered* [Internet]. 2020 Apr 29;31(1):48-55. doi:10.20453/rmh.v31i1.3729
5. Sevilla-Sánchez MJ, Mora-Obando D, Calderón JJ, Guerrero-Vargas JA, Ayerbe-González S. Accidente ofídico en el departamento de Nariño, Colombia: análisis retrospectivo, 2008-2017. *Biomédica*. 2019; 39(4): 715-736. doi:10.7705/biomedica.4830
6. Saravia-Otten P, Hernández R, Marroquín N, Pereañez JA, Preciado LM, Vásquez A, et al. Inhibition of enzymatic activities of *Bothrops asper* snake venom and docking analysis of compounds from plants used in Central America to treat snakebite envenoming. *J Ethnopharmacol*. 2022 Jan 1;283:114710-0. doi:10.1016/j.jep.2021.114710
7. Gómez-Cardona JP, Gómez-Cabal C, Gómez-Cabal ML. Sueros antiofídicos en Colombia: análisis de la producción, abastecimiento y recomendaciones para el mejoramiento de la red de producción. *Biosalud*. 2017;16(2): 96-116. doi: 10.17151/biosa.2017.16.2.9
8. Ramírez-García EA, Perez-Mori A, Mori-Coral M, Canchanya-Olimar MJV, Celis-Salinas JC, Casasapia-Morales M. Capillary leak syndrome due to snakebite in the Amazon: case report. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2025 Jan 31;41(4):438-441. doi: 10.17843/rpmpes.2024.414.13614.
9. Albuquerque Barbosa FB, Raad RS, Santos Ibiapina HN, Freire Dos Reis M, Neves JCF, Andrade RV, et al. Dermatopathological findings of *Bothrops atrox* snakebites: A case series in the Brazilian Amazon. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024 Dec 26;18(12):e0012704. doi: 10.1371/journal.pntd.0012704..
10. Lizarazo J, Patiño R, Lizarazo D, Osorio G. Fatal brain hemorrhage after *Bothrops asper* bite in the Catatumbo region of Colombia. *Biomédica*. 2020 Dec 2;40(4):609-615. English, Spanish. doi: 10.7705/biomedica.5181.

CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

Por medio del siguiente declaramos que no existe conflicto de intereses ni fuentes de financiación durante el desarrollo y publicación del siguiente documento.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Juan Felipe Sánchez Soto, Julio Cesar Castro Velasco, Julian Santiago Mariño Riaño, Lorena García Agudelo.

Análisis formal: Juan Felipe Sánchez Soto, Julio Cesar Castro Velasco, Julian Santiago Mariño Riaño, Lorena García Agudelo.

Metodología: Juan Felipe Sánchez Soto, Julio Cesar Castro Velasco, Julian Santiago Mariño Riaño, Lorena García Agudelo.

Administración del proyecto: Juan Felipe Sánchez Soto, Julio Cesar Castro Velasco, Julian Santiago Mariño Riaño, Lorena García Agudelo.

Software: Juan Felipe Sánchez Soto, Julio Cesar Castro Velasco, Julian Santiago Mariño Riaño, Lorena García Agudelo.

Supervisión: Juan Felipe Sánchez Soto, Julio Cesar Castro Velasco, Julian Santiago Mariño Riaño, Lorena García Agudelo.

Visualización: Juan Felipe Sánchez Soto, Julio Cesar Castro Velasco, Julian Santiago Mariño Riaño, Lorena García Agudelo.

Redacción – borrador original: Juan Felipe Sánchez Soto, Julio Cesar Castro Velasco, Julian Santiago Mariño Riaño, Lorena García Agudelo.

Redacción – revisión y edición: Juan Felipe Sánchez Soto, Julio Cesar Castro Velasco, Julian Santiago Mariño Riaño, Lorena García Agudelo.

ANEXOS

Tabla 1.

Cronología de la evolución clínica del caso

Tiempo relativo	Fase clínica	Eventos principales e intervenciones
Día 0	Evento agudo	Mordedura de serpiente en el miembro inferior derecho en área rural.
Días 1 a 7	Retraso prehospitalario	Manejo tradicional empírico por curandero (rezos, aplicación de hojas de plátano). Ausencia de atención médica formal; progresión de edema a flictenas y necrosis tisular extensa.
Día 7 (noche)	Primer nivel	Consulta a centro de atención primaria. Inicio de ceftriaxona + clindamicina y remisión urgente a tercer nivel.
Día 8 (Día 1 de ingreso)	Admisión a tercer nivel	Ingreso en choque séptico (PAM < 60 mmHg, T 39,5 °C, taquipnea). Se documenta necrosis 360° y enfisema subcutáneo en RX (infección bacteriana necrosante con gas). Hemograma con 29.240 leucocitos/mm ³ , Hb 4,4 g/dL; coagulación conservada (TP e INR normales); no indicación de antiveneno tardío. Reanimación hídrica y noradrenalina.

Tiempo relativo	Fase clínica	Eventos principales e intervenciones
Día 8 (horas post-ingreso)	Quirófano e intervenciones	Colocación de CVC complicada con neumotórax a tensión derecho; resolución con toracostomía con tubo a tórax. Amputación transfemoral derecha de urgencia como control de foco séptico.
Día 9 (Día 2 de UCI)	Cuidado Crítico	Choque refractario con requerimiento de doble vasopresor (noradrenalina + vasopresina) y corticoides. Trastornos del ritmo: extrasístoles ventriculares, bigeminismo y taquicardia ventricular sostenida revertida con amiodarona y RCP de 2 min (miocardiopatía séptica).
Día 10 (Día 3 de UCI)	Desenlace fatal	Recidiva de arritmia ventricular refractaria sin retorno a circulación espontánea tras 10 min de RCP avanzada. Defunción secundaria a choque séptico refractario y falla orgánica múltiple.

Fuente: Registros clínicos-Elaboración propia

Tabla 2.

Resultados de laboratorio

Parámetro	Resultado	Valor de referencia
KPTT	36.4 seg	25 - 35 seg
Tiempo de protrombina	12.4 seg	11 - 13.5 seg
INR	1.14	0.8 - 1.2
Bilirrubina total	0.29 mg/dL	0.3 - 1.2 mg/dL
FiO ₂	28%	21 - 100% (según soporte)
pH	7.47	7.35 - 7.45
pCO ₂	22 mmHg	35 - 45 mmHg
pO ₂	147 mmHg	80 - 100 mmHg (en aire ambiente)
HCO ₃ act	16.0 mmol/L	22 - 26 mmol/L
Saturación de oxígeno	99%	95 - 100%
BE(B)	-5.8 mmol/L	-2 a +2 mmol/L
paO ₂ /pAO ₂	0.84	> 0.75
Lactato	2.8 mmol/L	0.5 - 2.2 mmol/L
Eritrocitos	1.52 ×10 ⁶ /mm ³	4.2 - 5.9 ×10 ⁶ /mm ³
Hemoglobina	4.4 g/dL	13.5 - 17.5 g/dL
Hematocrito	13.3%	38 - 50%
Leucocitos	29.24 ×10 ³ /mm ³	4.5 - 11 ×10 ³ /mm ³
VCM	87.5 μm ³	80 - 100 μm ³
HCM	28.6 pg	27 - 33 pg
Neutrófilos	87%	40 - 70%
Linfocitos	6%	20 - 45%
Eosinófilos	0%	1 - 6%
Monocitos	2%	2 - 10%
Plaquetas	283 ×10 ³ /mm ³	150 - 450 ×10 ³ /mm ³
Proteína C reactiva	192 mg/L	< 5 mg/L

Fuente: Registros clínicos-Elaboración propia



Figura 1. Necrosis de la totalidad del miembro inferior derecho, epidermolisis circunferencial 360°, sin perfusión distal.



Figura 2. Radiografías de miembro inferior derecho y tórax: A. Radiografía de cadera y fémur, se evidencia gas en tejidos blandos. B. Radiografía de fémur y rodilla, se evidencia gas en tejidos blandos. C. Radiografía de tibia

y peroné, gas en tejidos blandos. D. Radiografía de tórax, catéter central en aurícula derecha, se observa área radiolúcida sin marcas vasculares en hemitórax derecho, se evidencia presencia de aire libre en el espacio pleural- Neumotórax derecho.