



■ REPORTE DE CASOS

<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2025.e12142507>

Infección grave de piel y tejidos blandos en paciente con linfoma de Hodgkin metastásico en manejo paliativo

Severe skin and soft tissue infection in a patient with metastatic Hodgkin lymphoma under palliative management

Jorge Andrés Hernández Navas¹ , Valentina Ochoa Castellanos¹ ,
Luis Andrés Dulcey Sarmiento² , Valentina Hernández Navas¹ ,
Juan Sebastián Therán León¹ , Jaime Alberto Gómez Ayala³ ,
Jaime Andrés Gómez González¹

¹Universidad de Santander, Facultad de medicina. Bucaramanga, Colombia.

²Universidad de los Andes, Facultad de medicina. Mérida, Venezuela.

³Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de medicina. Bucaramanga, Colombia.

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Revisor:

Fátima María Núñez Lezcano. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Nacional. Itauguá, Paraguay.

Cómo citar este artículo: Hernández Navas JA, Ochoa Castellanos V, Dulcey Sarmiento LA, Hernández Navas V, Therán León JS, Gómez Ayala JA, Gómez González JA. Infección grave de piel y tejidos blandos en paciente con linfoma de Hodgkin metastásico en manejo paliativo. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2025; 12 (1): e12142507

Artículo recibido: 30 noviembre 2024

Artículo aceptado: 24 diciembre 2024

Autor correspondiente:

Jorge Andrés Hernández Navas

Correo electrónico:

jorgeandreshernandez2017@gmail.com

Dictamen del artículo:

https://revistaspmi.org.py/dictamenes/80_dictamen_de_reporte.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

RESUMEN

Las infecciones graves de piel y tejidos blandos son complicaciones comunes en pacientes con linfoma de Hodgkin (LH), especialmente aquellos en etapas avanzadas de la enfermedad que reciben tratamiento paliativo. El LH es un tipo de linfoma caracterizado por la proliferación de linfocitos anormales, y su tratamiento, que incluye quimioterapia e inmunoterapia, conlleva una inmunosupresión significativa, lo que incrementa el riesgo de infecciones.

En estos pacientes, las infecciones pueden evolucionar rápidamente y presentar características atípicas, complicando el diagnóstico y el manejo.

El objetivo de este reporte es describir el caso de una paciente de 73 años con LH metastásico en tratamiento paliativo que desarrolló una infección grave de piel y tejidos blandos, que evidenció el desafío en el manejo de infecciones en pacientes inmunocomprometidos. A pesar de recibir tratamiento antimicrobiano dirigido y drenaje quirúrgico, la paciente presentó un deterioro clínico progresivo debido a la persistencia de la infección y la sepsis refractaria, que culminó en un fallo multiorgánico. Este caso resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario que considere no solo el manejo antimicrobiano, sino también la atención integral al paciente, priorizando el manejo sintomático y la comunicación con los familiares en escenarios de mal pronóstico.

Palabras claves: enfermedad de Hodgkin, infecciones, sepsis, celulitis

ABSTRACT

Severe skin and soft tissue infections are common complications in patients with Hodgkin lymphoma (HL), especially those in the advanced stages of the disease who are receiving palliative treatment. HL is a type of lymphoma characterized by the proliferation of abnormal lymphocytes, and its treatment, which includes chemotherapy and immunotherapy, involves significant immunosuppression, which increases the risk of infections. Infections can evolve rapidly in these patients and present atypical features, complicating diagnosis and management.

The objective of this report is to describe the case of a 73-year-old patient with metastatic HL on palliative treatment who developed a severe skin and soft tissue

infection, which evidenced the challenge in the management of infections in immunocompromised patients. Despite receiving targeted antimicrobial therapy and surgical drainage, the patient presented a progressive clinical deterioration due to persistent infection and refractory sepsis, culminating in multiorgan failure. This case highlights the importance of a multidisciplinary approach that considers both antimicrobial management and comprehensive patient care, prioritizing symptomatic management and communication with family members in poor prognostic scenarios.

Keywords: Hodgkin disease, infections, sepsis, cellulitis.

INTRODUCCIÓN

El linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación anormal de linfocitos, que puede afectar ganglios linfáticos, médula ósea y tejidos extraganglionares. Representa aproximadamente el 4% de los casos de cáncer en todo el mundo y abarca un espectro heterogéneo de subtipos clínicos, desde formas indolentes hasta variantes agresivas con alta mortalidad. En estadios avanzados, el LNH suele asociarse con complicaciones graves, incluyendo inmunosupresión secundaria al cáncer y a sus tratamientos, lo que predispone a infecciones severas y potencialmente mortales. Estas infecciones representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes con LNH en manejo paliativo ⁽¹⁻³⁾.

La infección de piel y tejidos blandos es una complicación frecuente en pacientes inmunocomprometidos, y su manejo se ve dificultado por la respuesta inflamatoria atenuada, la diseminación rápida y las limitaciones terapéuticas inherentes al estado clínico del paciente. En individuos con enfermedades oncológicas avanzadas, estas infecciones suelen presentarse de

manera atípica, con un inicio insidioso y progresión rápida, agravando el pronóstico ya comprometido. El reconocimiento temprano, junto con una intervención integral y multidisciplinaria, es clave para mejorar los resultados clínicos y preservar la calidad de vida en estos pacientes ^(4,5).

En este reporte, describimos el caso de una mujer de 73 años con diagnóstico de LH metastásico en tratamiento paliativo, quien desarrolló una infección grave de piel y tejidos blandos en el contexto de su enfermedad. Este caso resalta no solo los desafíos terapéuticos que enfrentan los equipos clínicos en este tipo de escenarios, sino también la importancia de un enfoque centrado en el paciente, que integre el control de síntomas, el manejo oportuno de infecciones y la comunicación eficaz con los familiares en la toma de decisiones ⁽⁶⁻⁸⁾.

REPORTE DE CASO

Mujer de 73 años, diagnosticada previamente con LH metastásico en manejo paliativo, natural de Caracas, ingresó al servicio de urgencias por una lesión eritematosa dolorosa en el muslo izquierdo de 5 días de evolución, acompañada de fiebre persistente. Al examen físico, se observó lesión ulcerativa extensa en el muslo, con bordes irregulares, eritema circundante, exudado purulento y áreas de necrosis central, asociada a celulitis profunda (figuras 1 y 2).

Los análisis iniciales revelaron leucocitosis (18,300/ μ L con neutrofilia de 84%), proteína C reactiva elevada (96

mg/L) e hipoproteinemia (4,8 g/dL). Una ecografía de tejidos blandos mostró un absceso subcutáneo de 6 cm con colección líquida. Se inició antibioticoterapia empírica con piperacilina/tazobactam y se realizó drenaje quirúrgico, obteniendo 20 mL de material purulento. Los cultivos confirmaron *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, sensible a vancomicina. Se inició tratamiento dirigido con vancomicina a dosis ajustadas según el peso y función renal de la paciente, con monitoreo regular de niveles séricos para garantizar concentraciones terapéuticas y minimizar el riesgo de toxicidad. Además, se añadió clindamicina como terapia complementaria para potenciar la inhibición de la producción de toxinas bacterianas, dado el cuadro de celulitis extensa y abscesos profundos. Se realizaron evaluaciones periódicas mediante hemocultivos, marcadores inflamatorios y resonancia magnética para monitorear la respuesta al tratamiento.

Durante su evolución hospitalaria, la paciente presentó un deterioro clínico progresivo caracterizado por fiebre persistente y diseminación de las lesiones cutáneas hacia la extremidad contralateral.



Figura 1. Lesión ulcerativa extensa en el muslo, con bordes irregulares, eritema circundante, exudado purulento y áreas de necrosis central, asociada a celulitis profunda.

Una resonancia magnética de muslos confirmó la presencia de celulitis extensa y múltiples abscesos profundos, hallazgos que corroboraron la gravedad del proceso infeccioso. Estos resultados llevaron a la intensificación del manejo antimicrobiano dirigido y a la evaluación de drenajes quirúrgicos, los cuales fueron descartados debido al compromiso sistémico severo y a la falta de localización quirúrgica accesible de los abscesos más relevantes.

Pese a los ajustes en el esquema antimicrobiano y las medidas de soporte, incluyendo el control hemodinámico en la unidad de cuidados intensivos, el estado clínico continuó deteriorándose, con persistencia de marcadores inflamatorios elevados y progresión de la sepsis. Ante el pronóstico sombrío, el caso fue discutido en un abordaje multidisciplinario que incluyó al equipo de cuidados paliativos, priorizándose el manejo sintomático integral. Este enfoque incluyó la optimización del control del dolor con opioides, manejo de la ansiedad, y comunicación empática y constante con los familiares, quienes fueron involucrados en la toma de decisiones terapéuticas.

A pesar de un leve y transitorio alivio clínico tras 10 días de manejo intensivo, la paciente desarrolló una sepsis refractaria con fallo multiorgánico progresivo. Este desenlace fue atribuible a la persistencia de la infección no controlada y al deterioro fisiológico asociado a las comorbilidades de base. Este caso subraya los desafíos inherentes al manejo de infecciones inva-



Figura 2. Lesión ulcerativa de la piel en muslo, con múltiples abscesos, bordes eritematosos e induración circundante.

sivas graves en pacientes con limitaciones terapéuticas y la importancia de un enfoque paliativo en escenarios de mal pronóstico.

DISCUSIÓN

El manejo de infecciones graves de piel y tejidos blandos en pacientes con LH metastásico en tratamiento paliativo plantea un reto significativo debido a la inmunosupresión secundaria tanto al propio cáncer como a los tratamientos oncológicos recibidos. En este caso, la paciente presentó una infección extensa en el muslo izquierdo, que evolucionó rápidamente a sepsis, reflejando la susceptibilidad de los pacientes con LH avanzado a infecciones severas y difíciles de controlar ⁽⁹⁾.

El LH en estadios avanzados está asociado a una mayor incidencia de infecciones, ya sea debido a la inmunosupresión que produce la neoplasia o como efecto de los tratamientos, que incluyen quimioterapia e inmunoterapia, los cuales alteran la respuesta inmune del paciente. Esta inmunosupresión aumenta la probabilidad de que infecciones bacterianas, fúngicas o virales se diseminen rápidamente. En el caso de la paciente, el diagnóstico de *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina subraya la gravedad de las infecciones

nosocomiales en este contexto, las cuales requieren un manejo antimicrobiano agresivo y adaptado a los patógenos identificados ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

La aparición de la infección de piel y tejidos blandos en esta paciente es un ejemplo clásico de la presentación atípica de infecciones en individuos inmunocomprometidos, que pueden no presentar una respuesta inflamatoria significativa, lo que dificulta la detección precoz de la gravedad del proceso. Además, el manejo de la infección se complica aún más debido a las dificultades para realizar procedimientos quirúrgicos como drenajes, dada la mala localización de los abscesos y el estado general comprometido de la paciente. Esta situación pone de relieve la importancia de un diagnóstico rápido y un enfoque terapéutico temprano, que incluya tanto el tratamiento antimicrobiano dirigido como la evaluación periódica para la evolución de la infección ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Un aspecto fundamental en este tipo de casos es la integración del equipo multidisciplinario, que incluye no solo a los especialistas en infecciones y oncología, sino también al equipo de cuidados paliativos, que juega un papel clave en la toma de decisiones sobre el manejo del dolor, el apoyo emocional y la calidad de vida del paciente. La intervención temprana y el enfoque paliativo son esenciales para garantizar que el paciente reciba atención centrada en sus necesidades, respetando su dignidad y aliviando el sufrimiento en el contexto de un pronóstico limitado.

El caso también resalta la importancia de la comunicación clara y empática con los familiares, quienes deben estar involucrados activamente en las decisiones sobre el tratamiento, especialmente en situaciones en las que el pronóstico es sombrío y las opciones terapéuticas son limitadas. La gestión de la sepsis refractaria y la progresión hacia un fallo multiorgánico en este caso subraya los desafíos inherentes al

manejo de infecciones graves en pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas, y pone de manifiesto la necesidad de priorizar un enfoque integral que considere no solo la respuesta clínica, sino también el bienestar físico y emocional del paciente ^(4,16-19).

En conclusión, este caso ilustra las complejidades del manejo de infecciones graves en pacientes con LH metastásico en manejo paliativo, destacando la importancia de un enfoque temprano, multidisciplinario y paliativo, que busque mejorar la calidad de vida del paciente en un contexto de tratamiento de soporte.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribuciones de autoría

Todos los autores participaron en la concepción y diseño del manuscrito, recolección y análisis de los datos, redacción y revisión crítica del artículo, y la aprobación de la versión final del manuscrito.

Fuente de financiamiento

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, Alesi ER, Ali ZV, Chauhan C, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *J Clin Oncol* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 28];42(19):2336–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38748941/>. doi: [10.1200/JCO.24.00542](https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542)
2. Anderson LA, Atman AA, McShane CM, Titmarsh GJ, Engels EA, Koshiol J. Common infection-related conditions and risk of lymphoid malignancies in older individuals. *Br J Cancer* [Internet]. 2014 [cited 2024 Nov 28];110(11):2796–803. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24691420/>. doi: [10.1038/bjc.2014.173](https://doi.org/10.1038/bjc.2014.173)

3. Daniëls LA, Krol ADG, Schaapveld M, Putter H, Jansen PM, Marijt EWA, et al. Long-term risk of secondary skin cancers after radiation therapy for Hodgkin's lymphoma. *Radiother Oncol*. 2013;109(1):140–5.

doi: [10.1016/j.radonc.2013.06.041](https://doi.org/10.1016/j.radonc.2013.06.041)

4. Connors JM, Cozen W, Steidl Ch, Carbone A, Hoppe RT, Flechtner HH, Bartlett NL. Hodgkin lymphoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1): 61. doi: [10.1038/s41572-020-0189-6](https://doi.org/10.1038/s41572-020-0189-6)

5. Eichenauer DA, Engert A. How I treat nodular lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma. *Blood* [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 1];136(26):2987–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32877522/>.

doi: [10.1182/blood.2019004044](https://doi.org/10.1182/blood.2019004044)

6. Kristinsson SY, Gao Y, Björkholm M, Lund SH, Sjöberg J, Caporaso N, et al. Hodgkin lymphoma risk following infectious and chronic inflammatory diseases: a large population-based case-control study from Sweden. *Int J Hematol*. 2015 ;101(6):563–8. doi: [10.1007/s12185-015-1772-6](https://doi.org/10.1007/s12185-015-1772-6)

7. Baden LR, Swaminathan S, Angarone M, Blouin G, Camins BC, Casper C, et al. Prevention and treatment of cancer-related infections, version 2.2016, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2016 [cited 2024 Nov 28];14(7):882–913. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27407129/>. doi: [10.6004/jnccn.2016.0093](https://doi.org/10.6004/jnccn.2016.0093)

8. Taplitz RA, Kennedy EB, Bow EJ, Crews J, Gleason Ch, Hawley DK, et al. Antimicrobial prophylaxis for adult patients with cancer-related immunosuppression: ASCO and IDSA clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* [Internet]. 2018 [cited 2024 Nov 28];36(30):3043–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30179565/>. doi: [10.1200/JCO.18.00374](https://doi.org/10.1200/JCO.18.00374)

9. Velasco-Suelto J, Gálvez-Carvajal L, Comino-Méndez I, Rueda-Domínguez A. Hodgkin lymphoma and liquid biopsy: a

story to be told. *J Exp Clin Cancer Res* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 1];43(1): 184. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38956619/>.

doi: [10.1186/s13046-024-03108-6/](https://doi.org/10.1186/s13046-024-03108-6/)

10. Facheris P, Valenti M, Pavia G, Grizzi F, Narcisi A, Costanzo A, Borroni RG. Specific infiltrate of Hodgkin lymphoma at site of cellulitis mimicking secondary cutaneous involvement. *J Cutan Pathol*. 2020;47(5):462–5.

doi: [10.1111/cup.13618](https://doi.org/10.1111/cup.13618)

11. Ungaro R, Mikulska M. The skin and soft tissue infections in hematological patients. *Curr Opin Infect Dis* [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 28];33(2):101–9. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32022740/>. doi: [10.1097/QCO.0000000000000632](https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000632)

12. Souza EM, Baiocchi OCG, Zanichelli MA, Alves AC, Oliveira JSR. Comparison between hybrid MOPPABV and ABVD chemotherapy protocols for Hodgkin's lymphoma in public hospitals of the largest South American city - A retrospective 14-year study. *Ann Hematol*. 2009;88(7):633–7. doi: [10.1007/s00277-008-0635-0](https://doi.org/10.1007/s00277-008-0635-0)

13. Piña-Oviedo S, Moran CA. Primary mediastinal classical Hodgkin lymphoma. *Adv Anat Pathol*. 2016;23(5):285–309. doi: [10.1097/PAP.0000000000000119](https://doi.org/10.1097/PAP.0000000000000119)

14. Hoppe RT, Advani RH, Ai WZ, Ambinder RF, Armand P, Bello CM, et al. Hodgkin lymphoma, version 2.2020, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 28];18(6):755–81. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32502987/>. doi: [10.6004/jnccn.2020.0026](https://doi.org/10.6004/jnccn.2020.0026)

15. Pandey S, Dolan A, Norton-Westbrook M, Desai AV. "Knock Me Out": The challenges of managing pain due to cutaneous T cell lymphomas: A case report. *J Palliat Med* [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 28];25(11):1740–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35420490/>. doi: [10.1089/jpm.2021.0561](https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0561)

16. Sica A, Casale B, Sagnelli C, Di Dato MT, Buonavolontà P, Salzano AM, et al. All-in-

One spinal cord stimulation in lympho-proliferative diseases. *Front Neurol* [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 28];11: 550554. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33281699/>.

doi: [10.3389/fneur.2020.550554](https://doi.org/10.3389/fneur.2020.550554)

17. Aman MM, Mahmoud A, Deer T, Sayed D, Hagedorn JM, Brogan SE, et al. The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) best practices and guidelines for the interventional management of cancer-associated pain. *J Pain Res* [Internet]. 2021 [cited 2024 Nov 28];14: 2139–64. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34295184/>. doi: [10.2147/JPR.S315585](https://doi.org/10.2147/JPR.S315585)

18. Paice JA, Portenoy R, Lacchetti Ch, Campbell T, Cheville A, Citron M, et al. Management of chronic pain in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *J Clin Oncol* [Internet]. 2016 [cited 2024 Nov 28];34(27):3325–45. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27458286/>. doi: [10.1200/JCO.2016.68.5206](https://doi.org/10.1200/JCO.2016.68.5206)

19. Akhtar S, Khafaga Y, Edesa W, Al-Mubarak M, Rauf MS, Maghfoor I. Hodgkin lymphoma involving extranodal sites in head and neck: report of twenty-nine cases and review of three-hundred and fifty-seven cases. *Hematology* [Internet]. 2021 [cited 2024 Dec 1];26(1):103–10. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33478377/>. doi: [10.1080/16078454.2020.1865667](https://doi.org/10.1080/16078454.2020.1865667)