



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/1532 - LA EXPLORACIÓN FÍSICA, UN EJERCICIO OBLIGATORIO

R. López Sánchez^a, A. Azagra Calero^b, S. Pini^c, J. Parra Jordán^b, A. Grasun^d y E. Grasun^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^dFEA Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^eMédico de familia. Sistema Cántabro de Salud. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 57 años con AP: HTA (IECAS), obesidad mórbida, SAHOS (CPAP nocturna), hipotiroidismo (levotiroxina 150 µg), PTI corticodependiente (prednisona 30 mg), hemorroides internas. Acude a nuestra consulta refiriendo dolor en región anal desde hace 5 días, hoy se intensifica e irradia hacia región vulvar, relacionándolo con un esfuerzo al realizar deposición. No sangrados con deposición ni palpa hemorroide.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, sudoración profusa, taquipnea, palidez mucocutánea. TA 70/35, FC 110 lpm, SatO₂ 94%, T^a 35,6 °C. ACP: taquicárdica, rítmico, no soplos, hipoventilación general. Región urogenital: placa indurada eritematosa, hipertérmica muy dolorosa en región interna de glútea derecha, se extiende hacia periné y labio mayor derecho, sin punto de supuración. Tacto rectal: no productos patológicos, no identifico hemorroide externa/interna, se palpa abombamiento de pared en lado derecho. Ante cuadro de hipoTA y sospecha de cuadro de sepsis 2^o a celulitis se coge vía ev y administran 500 ml SSF rápido y 2 g ceftriaxona ev, avisamos a UVI móvil para traslado urgente al Hospital de referencia. Analítica: 34.600 leucos, procalcitonina 7,86 ng/mL, PCR 14,4 mg/dL, lactato basal 25,2 ml/dL. TAC: colección interesfinteriana posterior derecha, isquioanal derecha irradiado hacia región isquiopubiana ipsilateral. Tras valorar extensión y estado general de la paciente se decide desbridamiento quirúrgico inmediato, y 5 sesiones de cámara hiperbárica poscirugía. Cultivo: Streptococcus viridans.

Juicio clínico: Shock séptico secundario a absceso isquiorrectal complicado con gangrena perineal. Gangrena de Fournier.

Diagnóstico diferencial: 1. Celulitis no complicada. 2. Hemorroide.

Comentario final: Fascitis necrotizante, es una infección rápidamente progresiva de la piel y tejidos blandos, que suele asociarse a severa toxicidad sistémica y alta mortalidad. Cuando se localiza en región perineal se denomina gangrena de Fournier. Distinguimos: tipo I o polimicrobiana y tipo II o estreptocócica. Entre los factores de riesgo destacan: DM, obesidad, inmunosupresión, glucocorticoides, cirugía local reciente y arteriopatía periférica. Diagnóstico fundamentalmente

clínico y su pronóstico depende del diagnóstico precoz y tratamiento inmediato agresivo (desbridamiento quirúrgico, antibioticoterapia y cámara hiperbárica). Es importante recordar que el MAP tiene que estar alerta siempre y explorar al paciente aunque el motivo de consulta aparentemente sea patología banal. Una buena anamnesis y exploración salva vidas como ocurrió en este caso.

Bibliografía

1. Parra Caballero P. Actualización en fascitis necrotizante. Elsevier. 2012;13(2).

Palabras clave: Fascitis necrosante. Fournier.