



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3727 - ¿Qué tengo en la pierna?

Z.M. Correcher Salvador<sup>a</sup>, M.Á. Cervera Navarro<sup>b</sup>, L. Fernández Salinas<sup>c</sup>, J.I. García García<sup>d</sup>, M. Camarasa Vidal<sup>e</sup>, J. Prieto Nave<sup>e</sup>, Á.H. Góngora Tirado<sup>c</sup>, M. Turégano Yedro<sup>f</sup>, E. Domingo Regany<sup>g</sup> y Ll.J. Calduch Rodríguez<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Adjunto. Centro de Salud Carinyena. Castellón. <sup>b</sup>Farmacéutico. <sup>c</sup>Médico Residente; <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Almazora. Castellón. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Puerto de Sagunto. Valencia. <sup>e</sup>Médico Residente. Centro de Salud Barranquet. Castellón. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. <sup>h</sup>Dermatólogo. Hospital General de Castellón.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años que acude a consulta de medicina familiar refiriendo lesión en mitad anterior de pierna izquierda desde hace aproximadamente 40 días tras depilarse con cuchilla, sin aparente lesión previa. Empeoramiento progresivo pese a medidas higiénicas que ha estado aplicándose ella misma. Define la evolución como lesión costrosa marronácea que fue aumentando de tamaño hasta sobreelevarse y aparecer dolor, inflamación y bordes blanquecinos. AP: DL. EPOC. IVS. Resto sin interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Constantes normales. Neurológico normal. Normohidratada y normocoloreada. MMII: no cambios de tamaño, temperatura ni coloración entre ellas. Pulsos pedios conservados. No edemas ni fóvea. Presenta a nivel de 1/2 superior de pierna izquierda lesión de 1,5 cm de diámetro máximo con bordes sobreelevados y aspecto ulceroso. Se administra tratamiento ATB con ciprofloxacino 500 mg/12h/7 días, al final del tratamiento, discreta mejoría, persiste lesión de 1,5 cm de diámetro sobreelevada con centro negruzco de aspecto "en volcán" dolorosa al tacto con bordes eritematosos en base ni aumento del calor local. Se pauta cloxacilina 500 mg/6h/7 días y solicitamos cultivo bacteriológico-fúngico que resultan positivos para *Candida parapsilosis* por lo que dos meses tras el inicio clínico se pauta fluconazol 50 mg/12h/7 días y se remite a dermatología.

**Juicio clínico:** Carcinoma epidermoide.

**Diagnóstico diferencial:** Pioderma gangrenoso, síndrome de Sweet, vasculitis (Wegner). Picadura. Foliculitis. Úlcera secundaria a neoplasia subyacente: ca epidermoide, queratoacantoma, queratosis actínicas hipertróficas; epitelioma basocelular; tumor indiferenciado; melanoma amelanótico...

**Comentario final:** A los diez días de ser derivada a dermatología es visitada, se administra diprogenta, se solicita biopsia y nuevos cultivos dando positivo a la semana para *Staphylococcus aureus* administrándose clindamicina 300 mg/8h y resultado AP: carcinoma epidermoide. Se interviene quirúrgicamente con AP final de ca epidermoide con bordes limpios bien diferenciados, facilitando curas y tratamiento ATB tópico con control en 3 meses.

## **Bibliografía**

1. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4ª ed. CH Toledo, 2014.
2. White G. Atlas Levene de Dermatología, 3ª ed. Elsevier.

**Palabras clave:** *Epidermoide. Carcinoma. Úlcera.*