



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3379 - ME DUELE LA OREJA

M. Jaime Azuara^a, R. Álvarez Paniagua^a, Á.M. Arévalo Pardal^a, J.I. Santos Plaza^b, J. Matamala Sacristán^c y V. Casado Vicente^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, varón, de 45 años de edad. Sin alergias medicamentosas conocidas. Con antecedentes personales de dermatitis seborreica (2008), psoriasis en placas (2008) y eccema numular (2016). En tratamiento habitual con calcipotriol-betametasona y clobetasol. Acude a consulta porque, desde ayer, le duele la oreja. Se ha notado un bulto en la región anterior del pabellón auricular. Ha tenido fiebre de 38,5 °C. No refiere supuración a través del oído ni pérdida de audición.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se objetiva una inflamación en la región periauricular y pabellón auditivo derechos. Observamos un enrojecimiento de la zona con bordes bien definidos, más caliente y doloroso. Placa melicérica en hélix. A la palpación encontramos tres adenopatías dolorosas. En la región retroauricular encontramos una placa de psoriasis. Tratado con cloxacilina 500 mg 1/6h durante 10 días, asociando tratamiento antiinflamatorio.

Juicio clínico: Erisipela con puerta de entrada a través de lesión psoriásica retroauricular.

Diagnóstico diferencial: Lo primero a descartar es una fascitis necrotizante. Muchas veces es complicado diferenciar clínicamente la erisipela de la celulitis. Esta última, aunque producida por los mismos patógenos (*Streptococcus* beta hemolítico grupo A y *Staphylococcus aureus*), cursa de forma subaguda, afectando a tejido celular subcutáneo y con bordes menos definidos. Es necesario diferenciarlo también del erisipeloide, eccema de contacto y picadura.

Comentario final: Aunque la localización de las lesiones en nuestro paciente no es lo habitual en la erisipela, hay que tenerla siempre presente en cualquier tipo de paciente con pérdida de integridad de la piel. El diagnóstico de esta entidad es exclusivamente clínico, pudiendo utilizar hemocultivos en pacientes con fiebre y afectación general o los títulos de antiestreptolisina O (aumentados localmente en un 40% de los casos). Puede llegar a ser mortal en pacientes inmunodeprimidos o causar complicaciones tales como linfedema, abscesos, fascitis necrotizante, glomerulonefritis o endocarditis.

Bibliografía

1. Nieto Pomares M, Muñoz González F, Guereña Tomás MJ. Los principales problemas de salud.

Infecciones cutáneas. AMF. 2010;6:62-71.

2. Perelló Alzamora MR, Usero Bárcena T, López Fernández E. Tratamiento de las infecciones de partes blandas. FMC, Formación médica continuada en atención primaria. 2013;20:406-9.

Palabras clave: *Erisipela. Eritema. Infecciones cutáneas. Celulitis.*