



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3250 - IMPORTANCIA DEL LUGAR DE LOS HECHOS

K. Baldeón Cuenca^a, N. San Miguel Martín^b, M. García Aroca^c, B. Coll Bas^d, P. Bermúdez Martí^e y J. Bustamante Odriozola^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^dMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 67 años sin alergias conocidas, como antecedentes presenta obesidad, hipertensión arterial de más de 10 años de evolución, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, AIT hemisférico izquierdo hace 15 años, miocardiopatía hipertensiva, ACXFA paroxística, anticoagulada con NACO. IQ: legrado por aborto, lipoma mama izquierda, pterigium izquierdo, histerectomía y doble anexectomía, siguiendo tratamiento estrogénico posteriormente durante unos años. Acude a nuestra consulta de Centro de Salud tras 24 horas de evolución de dolor en pie derecho y aumento de perímetro de dicha extremidad asociando asocia fiebre con tiritona y cuadro de náuseas/vómitos ya resuelto.

Exploración y pruebas complementarias: EEII: lesión eritematosa circular de unos 4x4 cm de diámetro supramaleolar externa derecha, no sobreelevada, equimosis, dolorosa a la palpación, con edema con fóvea hasta 1/3 inferior de la pierna derecha. Extremidad inferior izquierda sin datos de interés. Hematimetría: leucocitos $20,3 \times 10^3/\mu\text{L}$, hematíes $5,36 \times 10^6/\mu\text{L}$, hemoglobina 15,7 g/dL, hematocrito 47,4%, VCM 88 fL, HCM 29,4 pg, CHCM 33,2 g/dL, ADE 14,3%, plaquetas $131 \times 10^3/\mu\text{L}$, VPM 9,4 fL, cayados% 2,0%, segmentados% 87,0%, linfocitos% 10,0%, monocitos% 1,0%, eosinófilos% 0,0% basófilos% 0,0% Hemocultivos negativos. Serologías: B. burgdorferi IgM (QLIA) positivo; B. burgdorferi IgM (W. blot)) pendiente.

Juicio clínico: Celulitis EID.

Diagnóstico diferencial: Erisipela. Ántrax o carbunco cutáneo. Pioderma gangrenoso. Lipoidosis diabética. Fascitis necrotizante. Tromboembolismo. Insuficiencia venosa crónica. Linfedema. Rotura fibrilar.

Comentario final: Rehistoriando a la paciente comenta viaje a Las Médulas (León) el día previo a aparición de lesión y edema en extremidad a con posible exposición a garrapatas. No recuerda percepción de lesiones tipo picaduras o roce. Se decide ingreso en medicina interna para iniciar tratamiento endovenoso con amoxicilina-clavulánico. Tras hallazgos en serologías se vigila asociación de artralgias u otros síntomas compatibles con enfermedad de Lyme a la espera de

completar estudios por técnica electrotransferencia (Western-Blot).

Bibliografía

1. Steere AC. Lyme disease (Lyme borreliosis) due to *Borrelia burgdorferi*. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015.

Palabras clave: Fiebre. Edema extremidades.