



242/635 - CUIDADO CON LAS LESIONES ERITEMATOSAS

M. Ventura Ventura^a, T. Guerrero Ruiz^a y A. Román Serrano^b

^aMédico SCCU. Complejo Hospitalario de Granada. ^bMédico de Familia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años con cuadro febril sin foco. Acude a Urgencias dos días después de comenzar el cuadro. Dada la normalidad de las pruebas complementarias y el buen estado del paciente, se decide alta domiciliaria y control por su médico de familia, que le solicita serologías y lo deriva a Consultas de Enfermedades Infecciosas. El paciente vuelve a acudir dos días después a Urgencias derivado por su médico de familia por empeoramiento del estado general, fiebre y dolor en hemitórax izquierdo. Ingresa Medicina Interna. Sufre un empeoramiento progresivo de la lesión cutánea en hemitórax izquierdo, haciéndose más extensa y dolorosa, llegando a situación de sepsis grave, trasladándose a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En la UCI, se interconsulta con Cirugía para valoración de la lesión decidiéndose limpieza mediante incisiones torácicas. En quirófano, el paciente presenta marcada inestabilidad hemodinámica y disfunción multiorgánica. Se aísla en muestra quirúrgica *Streptococcus pyogenes*. Se comienza a tratar según antibiograma, saliendo de la UCI tras varias semanas de ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Taquipnea leve y taquicardia. Diaforético. Se palpa conglomerado adenopático cervical derecho doloroso. En hemitórax izquierdo a nivel de cuarto arco costal se aprecia pequeña mácula eritematosa tremendamente dolorosa a la palpación, sin edema periférico ni crepitación. Auscultación sin hallazgos patológicos. Abdomen anodino. Resto de exploración normal. Radiografía de tórax: no se aprecian condensaciones ni signos de derrame pleural. Hemograma: neutrofilia sin otras alteraciones. Bioquímica: creatinina 2,06. Elevación de proteína C reactiva y procalcitonina. Coagulopatía con hiperlactatemia.

Juicio clínico: Shock séptico secundario a miositis por *Streptococcus pyogenes*.

Diagnóstico diferencial: Fiebre botonosa, enfermedad de Lyme, sífilis, VIH, síndrome del shock tóxico.

Comentario final: *Streptococcus pyogenes* puede causar: fascitis necrotizante y miositis. Se asocian en casi una tercera parte de las ocasiones a un shock tóxico con mortalidad superior al 80%. Destaca que inicialmente la lesión cutánea tenga una apariencia casi normal, pero un dolor tan desproporcionado, la fiebre y afectación del estado general, deben hacernos plantear como diagnóstico diferencial una miositis.

Bibliografía

1. Guirao X, Ciscar A, Rosón N, Badía JM. Peritonitis primaria y síndrome del shock tóxico estreptocócico. Casos Clínicos Cirugía General. 2012;4:2-7.

Palabras clave: Miositis. Streptococcus pyogenes. Shock tóxico.