Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2644

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1793 - ERISIPELA EN EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA

G. Bermejo Alonso[1], P. Méndez Santamaría[2], J. Serrano García[3] y M. Piro[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo. Valladolid. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portillo. Medina del Campo. Valladolid. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo Urbano. Valladolid. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años, hipertensa, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mastectomizada y fractura de húmero reciente. En tratamiento con lisinopril, furosemida, acetazolamida, bromuro de tiotropio y formoterol/budesonida. Alérgica a la penicilina. Acude a urgencias por inflamación e hiperemia en ambas extremidades inferiores, de predominio derecho desde hace 4 días, acompañado de prurito, que asocia a la administración de diclofenaco tópico. La paciente no refiere dolor, fiebre, náuseas ni vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, hidratada y perfundida. Eupneica y colaboradora. Pulsos pedios preservados. Destaca la presencia en ambas extremidades inferiores de insuficiencia venosa crónica, se encuentran inflamadas, hipertérmicas, eritematosas y congestivas. Se solicita analítica, y radiografía de tórax, de tobillo y pie. Además, se realizó eco-Doppler venoso. Todos los resultados se encontraban dentro de la normalidad. Finalmente, el resultado del cultivo de secreciones de la extremidad confirmó que el agente causal era Streptococcus pyogenes.

Orientación diagnóstica: A la exploración del miembro, era prioritario descartar una trombosis venosa profunda, para lo que recurrimos a la exploración del signo de Hommans, que fue negativo. También se valoró mediante la Escala de Wells, donde obtuvo una puntuación baja.

Diagnóstico diferencial: Celulitis, erisipela, trombosis venosa profunda.

Comentario final: La erisipela presenta una incidencia entre 10-100 casos por 100.000 habitantes/año, siendo más frecuente en mujeres, especialmente en edades extremas de la vida y en pacientes que sufren ruptura de la barrera cutánea o linfedema (posmastectomía, brotes previos de erisipela), insuficiencia venosa, obesidad, diabetes mellitus, cirrosis o malnutrición. El diagnóstico suele ser clínico. Según las últimas guías, el primer tratamiento frente a Streptococcus pyogenes es una penicilina, pero debido a la alergia de la paciente a dicho grupo, se barajaron alternativas como la clindamicina o el levofloxacino, eligiéndose este último por la buena biodisponibilidad y llegada a tejidos periféricos. Se añaden al tratamiento ambulatorio, curas con ácido fusídico y vendaje compresivo, mientras que, para el dolor, metamizol.

Bibliografía

1. Kilburn SA, Featherstone P, Higgins B, Brindle R. Interventions for cellulitis and erysipelas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010:CD004299.
2. Maxwell-Scott H, Kandil H. Diagnosis and management of cellulitis and erysipelas. Br J Hosp Med (Lond). 2015;76:C114-7.

Palabras clave: Erisipela. Celulitis. Flemón.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.