



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

## 423/67 - POSIBLES DIAGNÓSTICOS PARA UNA LESIÓN LOCALIZADA EN LA MANO: ¿ALGO MÁS QUE CELULITIS?

B. Oter López<sup>1</sup>, L. Hernández Iglesias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora, <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parada del Molino. Zamora.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 60 años con antecedentes de HTA, DL, DM y síndrome coronario agudo con elevación del ST. Fue derivado desde consulta de urgencias de atención primaria por posible picadura de insecto con edema de mano derecha e inflamación del tercer dedo, que desde primera valoración se había abierto y había supurado. No presentaba fiebre ni dificultad respiratoria. En primaria se habían prescrito corticoides (Urbasón 40 mg) sin mejoría, y se pautaron antihistamínicos. Al acudir una segunda vez a urgencias de atención primaria se pautó amoxicilina-clavulánico (2 días de tratamiento en el momento de la valoración).

**Exploración y pruebas complementarias:** Se apreció lesión costrosa en dorso falange proximal en tercer dedo de mano derecha. Zona caliente, inflamada, empastada y dolorosa, con eritema perilesional que se ha extendido a toda la mano, tumefacción que fué en aumento a lo largo de la semana. No se palparon adenopatías axilares ni claviculares. Pulsos distales presentes. No fiebre ni dificultad respiratoria. TA 148/89. En urgencias se solicitó una analítica (leucocitos 17,24, glucosa 124 mg/dL, creatinina 1,30 mg/dL, PCR 7,4), 2 hemocultivos que son negativos y una radiografía de la mano derecha (que indicó aumento de partes blandas en la falange proximal del tercer dedo, sin lesiones articulares u óseas). Se realizó interconsulta a medicina Interna y se aumentó la dosis de antibiótico ya pautado a 2 gramos/12 h, se indica prednisona a dosis bajas (paciente diabético) de 10 mg cada 24 horas.

**Juicio clínico:** Absceso local en tercer dedo mano derecha, reacción inflamatoria de vecindad.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial debe ser con procesos infecciosos locales (como celulitis), enfermedades dermatológicas específicas (como puede ser la psoriasis, procesos autoinmunes) y algunas enfermedades reumatólicas (crisis artríticas por depósito de microcristales o enfermedad inflamatoria específica como la artritis reumatoide). Debemos tener cuidado con un posible diagnóstico de trombosis de las venas profundas (si se sospecha, descartar con eco doppler). Según las recomendaciones CREST, cuando hay edema tenso, necrosis de la piel, crepitaciones, parestesias, con leucocitosis mayor de  $14 \times 10^9/l$ , debemos descartar una fascitis necrotizante. En este caso se justifica la RM si el paciente está hemodinámicamente estable.

**Comentario final:** Los estudios de imagen son útiles cuando se sospecha un absceso subyacente asociado con la celulitis o fascitis necrosante o cuando el diagnóstico de celulitis es incierto. Nuestro paciente tuvo que ingresar a cargo de cirugía general el 5/11/18 por persistencia de celulitis perilesional y supuración. Bajo

anestesia con mepivacaína 1% se realiza incisión y drenaje del absceso, lavado con SSF. Se pauta tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 500 mg 1 comprimido cada 12 horas y Dalacin 300 mg 1 comprimido cada 8 horas.

## Bibliografía

Phoenix G, Das S, Joshi M. Diagnóstico y tratamiento de la celulitis. IntraMed [Internet]. Intramed.net. 2012 [acceso 31 January 2019]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=77094>