Semergen. 2019;45(Espec Congr 17):19

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

469/24 - TENGO FIEBRE Y ME DUELE LA AXILA

N. Gallo Salazar[1], A. Mateo Acuña[2], E. Quiroz Flores[1], D. González Armas[3], M. Artero Carrillo[4], F. Espinoza Cuba[3], A. Delgado Yáñez[5], L. González Freire[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria.[2]Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria.[3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Laredo. Cantabria.[4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria.[5] Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Habana. Vitoria-Gasteiz. Álava.

Resumen

Descripción del caso: Paciente natural de Madrid de 42 años, adoptado. Fumador de 11 paq/año y consumo habitual de cannabis y en ocasiones drogas de diseño. IQ: amigdalectomía, hernia lumbar hace 10 años. No tratamiento habitual. No alergias. Antecedentes familiares: Su madre biológica tiene una enfermedad crónica hematológica, no sabe especificar. Hijo con trombopenia autoinmune. Paciente acude por fiebre de hasta 39 º C de 3 días de evolución y mal estado general, refiere dolor a nivel de axila izquierda que en las últimas horas asocia a aumento de temperatura, edema, eritema, niega traumatismo en la zona. Niega otra clínica infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 36,8 ºC. TA 96/51. FC 90. Sat O2: 96%. Normocoloreado, normoperfundido, normoventilado. A nivel axilar izquierdo: Dolor con limitación funcional, se observa edema con eritema desde región clavicular izquierda y desde pared lateral hasta pala iliaca izquierda. AC: rítmico, no soplos AP: Hipofonesis basal resto murmullo vesicular conservado Abdomen: Normal excepto por hepatomegalia leve no dolorosa. EEII: No edemas. Leucocitos 17.000; 90,9% neutrófilos 3,5% linfocitos. Plaquetas 101.000. Coagulación: TP 58%; INR 1,47. PCR 30,10. Procalcitonina 3,85 ng/ml. TAC toracoabdominal: hallazgos compatibles con celulitis y miositis/fascitis en hemicuerpo izquierdo desde axila hasta cresta ilíaca, no colecciones.

Juicio clínico: Sepsis secundaria a infección de partes blandas. Celulitis pectoral con aislamiento de S. pyogenes. Miositis pectoral izquierda.

Diagnóstico diferencial: Empiema. Linfadenitis. Síndrome del estrecho torácico. Tumores: mama, óseos, metástasis.

Comentario final: El paciente recibió antibioterapia empírica con meropenem 1 g/8 horas y linezolid 6 ?g/12 horas. Dada la baja prevalencia de la miositis en estos lugares es difícil el diagnóstico clínico, requiriendo en casi todas las ocasiones pruebas de imagen para confirmar el diagnóstico y ver la extensión de la afectación. Es una entidad grave, sin tratamiento antibiótico y en 2-3 días los pacientes fallecen por shock séptico, dada la facilidad de los gérmenes de llegar a la sangre, y por eso es importante comenzar antibioterapia empírica hasta llegar al diagnóstico. Las entidades que más frecuentemente se ven implicadas en estas localizaciones son S. aureus seguido de S. pyogenes. Es importante tras el cuadro realizar un estudio inmunológico ya que

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

son casos más frecuentes en paciente inmunodeprimidos.

Bibliografía

Fraser RG, Pare JAP, Pare PD, Fraser RS, Genereaux GP. Diseases of the diaphragm and chest wall. In Diagnosis of the Chest, 3rd ed. Philadelphia, Pa, 1991; p. 2921-73. Gorwitz RJ. A review of community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus skin and soft tissue infections. Pediatr Infect Dis J. 2008;27:1-7.

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