



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/571 - Pescadero con impétigo ampolloso complicado

F.J. Benítez Gutiérrez<sup>a</sup>, M. Monsalvo Hernando<sup>b</sup> y C. Guijo Roldán<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rodríguez Arias. San Fernando. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 22 años sin antecedentes de interés que acude a su médico de familia refiriendo cervicalgia desde hace 48 horas junto a eritema y edema en la región cervical acompañado de fiebre de hasta 39 °C. Presenta una lesión ulcerosa en región nasogeniana desde dos semanas antes de empezar con este cuadro. Posteriormente aparecieron lesiones similares en brazo izquierdo, laterocervical izquierda y en zona esternal. De inicio fueron lesiones vesiculosas quedando con costras amarillentas. No lo relaciona con picaduras de insectos, no contacto con otros animales. Niega hábitos tóxicos, no alergias medicamentosas y no hace tratamiento. Su pareja también presenta tres lesiones similares. Trabaja como pescadero.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, normocoloreado. Cuello: adenopatías dolorosas elásticas y móviles laterocervical izquierda. Cavidad oral sin alteraciones patológicas ACP sin alteraciones. Lesiones tipo pápulas excoriadas de distribución folicular y costra serohemática adherida y algunas costras melicéricas, de unos 2 cm de diámetro aproximadamente de localización en muñecas, brazo y filtro nasal. No lesiones en piernas, mucosas ni genitales. No adenopatías axilares ni inguinales. No petequias. Neurología sin focalidad, no meningismo. Resto sin hallazgos. Tª 38,5 °C. TA 104/72mmHg. FC 95 lpm. Saturación basal O2 97%. Se derivó a Urgencias del Hospital de referencia para continuar estudio con pruebas complementarias. Analítica: hemograma: Hb 15,4, leucocitos 15.720 (PMN 80,3%), plaquetas 176.000. Bioquímica: PCR 150,5. Coagulación: INR 1,15, fibrinógeno 730 mg/dl. Radiografía de tórax sin alteraciones patológicas. Ecografía cuello: zona cervical izquierda se aprecia presencia de adenopatías intraparotídeas, yugulares y en cadenas posteriores, de hasta 1 cm de diámetro transversal. No alteración del parénquima parotídeo izquierdo. A nivel de la induración referida se aprecia pequeña vena superficial trombosada. En el lado contralateral no se aprecian hallazgos patológicos. Grandes vasos sin alteraciones. Se decide ingreso hospitalario para estudio y tratamiento antibiótico iv y clexane 60/12h, se toman cultivos de las costras y extraen hemocultivos que resultaron negativos. Estudios analíticos normalizados a la semana, evolución favorable y serología de virus hepatotropos y VIH negativos. Estudio ecográfico abdominal posterior y TAC cérvico-torácico sin alteraciones. Alta con curación sin secuelas ni mantener anticoagulación, seguimiento por su médico de familia.

**Juicio clínico:** Impetigo ampolloso con bacteriemia y trombosis vena superficial cervical izquierda.

**Diagnóstico diferencial:** Erisipela, Erisipelide, Infección por *Mycobacterium marinum*, esporotricosis.

**Comentario final:** En nuestro caso la presentación del cuadro con fiebre alta, cervicalgia y lesiones en distintas localizaciones nos hizo sospechar acerca de una celulitis sin descartar alguna afectación profesional o infección generalizada sin obviar el inicio de una sepsis. Pero la evolución favorable apunta a impétigo y en definitiva infección cutánea resuelta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bañuls J, Ramón R. Erisipela, celulitis y linfangitis. *Monogr Dermatol.* 1999;12:39-44.
2. Epstein ME, Amodio-Groton M, Sadick NS. Antimicrobial agents for the dermatologist. I. b-Lactam antibiotics and related compounds. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:149-65.
3. Califano L, Cannavo SP, Malara G. Verrucous nodule of the finger. *Int J Dermatol.* 1994;33:720-2.