



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2690 - Cuando la infección avanza

M. Cánovas Argudo

Centro de Salud Buenos Aires. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 66 años alérgica a Amoxicilina, con antecedentes de episodio de tromboembolismo pulmonar posgestacional hace años y artrosis de columna, sin factores de riesgo cardiovascular ni otros antecedentes de interés. Acude por empeoramiento de una celulitis de mano izquierda diagnosticada hace 2 días en el centro de salud. Refiere que sufrió un corte en el quinto dedo de la mano izquierda con un cuchillo mientras limpiaba pollo en su casa. Había tenido un pico febril de 39 °C y en su primera consulta le pautaron cloxacilina 500 mg cada 6 horas y antiinflamatorios.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril con buen estado general, importante edema de mano izquierda, eritema, impotencia funcional y sobre la cara anterior del antebrazo un eritema longitudinal siguiendo el recorrido linfático. Alrededor de la herida no se aprecia induración ni abscesificación fluctuante. Analítica: Leu 236.000, fibrinógeno 876, PCR 29,7. Glu 131, Cr 1,12, FG 49, Na 135, K 4. Resto normal. Test rápido de Streptococo pyogenes positivo.

Juicio clínico: Celulitis y tenosinovitis por *S. pyogenes*.

Diagnóstico diferencial: debe realizarse en primer lugar con infecciones no necrotizantes como la celulitis: una infección profunda de la piel que se extiende al tejido celular subcutáneo y suele extenderse también por el sistema linfático produciendo linfangitis; está producido por los SBGA, *S. aureus* (también SAMR) y *S. pyogenes*. El tratamiento es antibiótico vía oral en los casos más leves y puede administrarse intravenoso si hay enfermedad de base asociada o contacto con agua u origen mordedura animal. No llega a precisar desbridamiento quirúrgico. Otro diagnóstico diferencial sería con otras infecciones necrotizantes, por agente etiológico: celulitis por no clostridios (sober todo pacientes diabéticos), gangrena gaseosa (producida por *Clostridium perfringens*, es bastante infrecuente pero muy peligrosa, produce fiebre, gran dolor y precisa intervención quirúrgica urgente con antibioterapia intravenosa) y miositis por anaerobios no clostridios (a los 3 o 4 días de un traumatismo, producen un característico olor pútrido). En cuanto a la linfangitis, una inflamación de los vasos linfáticos, normalmente en tejidos subcutáneos, se da cuando la infección no se contiene localmente y da lugar a manifestaciones sistémicas. Son típicas las líneas eritematosas de un diámetro entre milímetros y algún centímetro, que van desde el origen de la infección hacia los nódulos linfáticos regionales. Suele concomitar un edema de la extremidad implicada. El diagnóstico diferencial se realizaría con la tromboflebitis (superficial cuando la vena es palpable, o profunda sobre todo en extremidades inferiores con signo de Homans positivo).

Comentario final: Es frecuente que los pacientes con infección necrotizante de los tejidos blandos acudan en primer lugar a su médico de familia. Es fundamental para el pronóstico un diagnóstico rápido y un

tratamiento inmediato, por ello es imprescindible conocer esta entidad y sospecharla ante la presencia de ciertos signos y síntomas, que suelen ser imprecisos en los primeros estadios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Headley AJ. Necrotizing soft tissue infections: a primary care review. *Am Fam Physician*. 2003;68:323-8.
2. Buttaravoli P, Leffler SM. Erysipelas, Cellulitis, Lymphangitis. *Minor Emergencies*, Chapter 166, 666-70.
3. Pasternack MS. Lymphadenitis and Lymphangitis *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 97,1226-37.