Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):28

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1802 - Puede ser una celulitis... o no

A. Portela Martín

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa- Parque Alameda. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 79 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de HTA, dislipemia, cardiopatía hipertensiva, colon irritable, sarcoma uterino intervenido quirúrgicamente, nódulo suprarrenal izquierdo no funcionante, FA permanente anticoagulada, ictus isquémico cardiembólico hace 6 meses con afasia motora y hemiplejia derecha residuales. Es llevada a centro de salud por familiares por inflamación de la extremidad inferior derecha con dolor, que progresivamente ha ido empeorando, desde hace 6 días. El día anterior a la visita ha tenido fiebre de hasta 38 ^{o}C. No refiere traumatismo previo, ni solución de continuidad en la piel, no comienzo brusco. Se deriva a Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Desorientada, lenguaje repetitivo (afasia motora residual. Abdomen con cicatriz longiudinal y dolor a la palpación en hipogastrio, sin defensa. Edema con fóvea en pierna derecha con signos de flogosis desde ingle hasta dedos. No se observan signos de enfermedad arterial ni venosa. No soluciones de continuidad. Analítica de sangre: 7.600 leucocitos/µL (80,6% de neutrófilos), hemoglobina 7,6 g/dl, INR 8,83, PCR 78, resto de bioquímica sin alteraciones. Analítica de orina: leucocitos+++, hematíes+, nitritos+. Hemocultivos: negativos. Ecografía de partes blandas: engrosamiento del tejido celular subcutáneo y aumento de ecogenicidad difuso en relación con edema. A nivel del muslo, se visualizan varias imágenes de colección predominantemente anecogénicas, de morfología fusiforme, las más significativas a nivel intramuscular, en línea media de aproximadamente 12 mm de espesor máximo, y en localización profunda a nivel más

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

distal de 22 mm de espesor, existiendo en esta un nivel ecogénico que sugiere la posibilidad de corresponder con nivel liquido-sangre en relación con hematoma. A nivel medial, en localización profunda, se visualiza otra colección de aproximadamente 2 cm de espesor máximo. La arteria y vena femoral común se encuentran permeables.

Juicio clínico: Hematoma de partes blandas, descompensación del INR e infección tracto urinario.

Diagnóstico diferencial: 1) Celulitis extremidad inferior derecha. 2) Trombosis venosa profunda.

Comentario final: Ante una inflamación en la pierna, lo primero en lo que se piensa es en celulitis, sobre todo si hay fiebre. Sin embargo, cuando no hay puerta de entrada y la inflamación es desproporcionada, hay que sospechar otras causas. En esta situación, se objetivó descompensación del INR y disminución brusca de la hemoglobina, por lo que previa realización de la ecografía, la sospecha clínica fue de hematoma. La fiebre fue un factor de confusión y una patología añadida no relacionada, pese a la posible conexión clínica que se podría haber establecido coherentemente.

Bibliografía

1. Fauci AS, et al. Harrison Principios de Medicina Interna, 17ª ed. México DF: Mc-GrawHill Interamericana, 2009.

Palabras clave: Celulitis. Hematoma.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.