



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2186 - ¡Mi pierna está como la de un elefante!

F.M. Aceituno Villalba^a, C. Bolarín Angosto^b, A. Sánchez Martínez^c, I.M. Escudero Muñoz^c, A. Balsalobre Matencio^b, C. Castillo Ramos^d, M.L. Aceituno Villalba^e, J. Aceituno Arenas^f, A.C. Menéndez López^g y S. Rivera Peñaranda^g

^aMédico de Familia. Centro de Salud Santiago de la Ribera. Murcia. ^bMédico Residente. Centro de Salud de Torre Pacheco Este. Murcia. ^cMédico Residente; ^hMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Sud. Barcelona. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Vélez Rubio. Almería. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Chirivel. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 47 años, alicantino. Antecedentes de HTA, BCRIHH. Refiere lesión eritematosa en muslo derecho, pruriginosa, no dolorosa, desde hace 4 días, tras picadura de insecto. Febrícula y malestar general. No disnea ni otra sintomatología. Niega contacto con animales y viajes recientes.

Exploración y pruebas complementarias: REG. ACP, EN y abdomen: normal. MID: lesión eritematosa en cara interna de tercio proximal y medio de muslo derecho, 20 × 40 cm de diámetro, bordes indefinidos. Se extiende a cara posterior, aumento de temperatura local. Sobre esa base, lesión de 2 cm indurada, negruzca, aspecto necrótico, dolorosa a palpación, rodeada de halo proximal eritematoso y otro distal hipopigmentado. Bioquímica: creatinina 1,2, PCR 24,9, CKNAK 98, perfil hepático normal. Hemograma: leucocitos 28.560, neutrófilos 15.754, hemoglobina 14,2, VSG 30. Coagulación y orina normal. Hemocultivos negativos.

Juicio clínico: Celulitis MID por probable picadura de araña.

Diagnóstico diferencial: Erisipela, fiebre botonosa mediterránea.

Comentario final: La celulitis es una infección cutánea y subcutánea, de límites indefinidos, con etiología variada, siendo más frecuente por *S. aureus* y *S. pyogenes*. Es causa importante de morbilidad y según la gravedad, requiere hospitalización. En nuestro caso, se inició antibioterapia con betalactámico, estable a betalactamasas de *S. aureus*, AINES, corticoides y antihistamínicos iv, con buena respuesta clínica, indicando continuidad ambulatoria con tratamiento antibiótico.

Bibliografía

1. Koutkia P, Mylonakis E, Boyce J. Cellulitis: evaluation of possible predisposing factors in hospitalized patients. Diagn Microbiol Infect Dis. 1999;34:325-7.
2. Woo PC, Lum PN, Wong SS, Cheng VC, Yuen KY. Cellulitis complicating lymphoedema. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2000;19:294-7.

Palabras clave: Celulitis. Infección de partes blandas.