



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1610 - CELULITIS EN PACIENTE JOVEN

J. Ramírez Bollero<sup>a</sup>, M. Vílchez Jaíme<sup>b</sup>, I. Galindo Román<sup>c</sup> y J. Mostazo Torres<sup>d</sup>

<sup>a</sup>FEA Medicina de Interna. Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato. Córdoba. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tarifa. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>d</sup>Especialista Aparato Digestivo. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 24 años sin alergias conocidas. Desde hace unos 2 años alteración del hábito intestinal que estaba catalogado de colon irritable. Acude a Urgencias por presentar desde hace unos 20 días eritema y edema de zona interna de tobillo izquierdo, se trató con amoxicilina + clavulánico con empeoramiento progresivo, por lo que se cursó ingreso para estudio y tratamiento iv.

**Exploración y pruebas complementarias:** En analítica destaca Hb 7,8 (VCM 77), leu 27.700 (Nabs 25.200), PCR 202, creat 1,10. Aumentando el edema y apareciendo una lesión ampollosa con contenido purulento evolucionando a úlcera con fondo necrótico. RMN sin afectación ósea, patología limitada a tejido celular subcutáneo, 8 cultivos negativos. Desbridamiento quirúrgico con colocación de VAC sin mejoría. AS: 7,1hb, se transfundió. Calprotectina en 329. Sigue con 4 deposiciones diarias sin productos patológicos. Ileocolonoscopia: pequeñas úlceras y mucosa de aspecto inflamatorio a nivel de íleon distal y ciego. Biopsias. Iniciamos corticoides: mejoría inicial de la lesión del pie. AP tobillo: pioderma gangrenoso. AP ileal: enfermedad de Crohn.

**Juicio clínico:** Enfermedad de Crohn que debuta con pioderma en tobillo.

**Diagnóstico diferencial:** Celulitis infecciosa. Trombosis venosa. Celulitis traumática.

**Comentario final:** El PG es una dermatosis neutrofílica de causa desconocida que se manifiesta como úlceras cutáneas dolorosas. Aproximadamente el 50% de los pacientes tiene alguna enfermedad sistémica de base, siendo las más frecuentes la EII, los trastornos mieloproliferativos y diferentes formas de artropatía (tanto la espondiloartritis como la artritis reumatoide). En ocasiones, esta dermatosis puede preceder, seguir o aparecer al mismo tiempo que la enfermedad con la que están asociadas. En algunos pacientes que presentan EII el control de la enfermedad intestinal desemboca en el control también del PG, esto no ocurre en todos los pacientes, en muchos casos para conseguir control del PG es necesario el uso de biológicos.

### Bibliografía

1. Ko JS, Uberti G, Napekoski K, Patil DT, Billings SD. Cutaneous manifestations in inflammatory bowel disease: a single institutional study of non-neoplastic biopsies over 13 years. J Cutan Pathol. 2016;43(11):946-55.
2. Carlesimo M, Abruzzese C, Narcisi A, Margagnoni G, Zerboni G, Purchiaroni F, Pagnini C, et al. Cutaneous manifestations and gastrointestinal disorders: Report of two emblematic cases. Clin Ter.

2015;166(4):e269-72.

**Palabras clave:** Enfermedad de Crohn. Pioderma. Celulitis.