



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4294 - ABORDAJE DEL DOLOR INGUINAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Ochoa Chamorro^a, I. Alba Gago^b, B. Callejo Cano^a, P. Fernández Crespo^c, S. Ochoa Rubio^d y M. Ulecia Langa^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Marazuela. Madrid. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario San Juan de la Cruz. Madrid. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Madrid. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años sin antecedentes de interés. Acude a consulta refiriendo dolor inguinal y fiebre de hasta 39 °C de tres días de evolución. No sintomatología miccional ni otra sintomatología. Refiere que acudió a su mutua por la misma clínica. En la exploración el paciente presenta buen estado general. TA 120/80 mmHg, FC 100 lpm, Tº 38 °C. AC normal, AP sin alteraciones. Abdomen normal, PPR negativa. Zona eritematosa y caliente en tercio superior de muslo, sin otros datos patológicos. Tira de orina negativa. Ante la sospecha de celulitis se pauta amoxicilina-clavulánico y vigilancia. Ante persistencia de sintomatología inicial con aumento del dolor inguinal con irradiación a muslo derecho se decide derivar a urgencias hospitalarias. Refiere haberse inyectado cocaína en la zona inguinal dos días previos.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destaca zona eritematosa, caliente e indurada en muslo interno. No crepita a la palpación. Escroto eritematoso sin dolor testicular. Pulsos distales presentes y simétricos. Signos de hipoperfusión a nivel distal en pie derecho. TA 113/66 mmHg, FC 117 lpm, Tº 39,4 °C. El paciente ingresa con sospecha de fascitis necrotizante. Se le realiza estudio con TAC donde se objetiva inflamación y burbujas de gas en paquete vascular femoral derecho. Se inicia tratamiento antibiótico empírico y se realiza desbridamiento quirúrgico.

Juicio clínico: Fascitis necrotizante en paciente usuario de drogas por vía parenteral (UDVP).

Diagnóstico diferencial: Celulitis, artritis séptica, hernia inguinal complicada, fascitis necrotizante.

Comentario final: La fascitis necrotizante (FN) es una infección rápidamente progresiva de la piel y tejidos blandos con alta morbimortalidad. Uno de los principales factores de riesgo se encuentra UDVP. El diagnóstico es principalmente clínico. Debido a su creciente incidencia y morbimortalidad es importante sospecharla precozmente para poder iniciar cuanto antes las medidas terapéuticas adecuadas. Nuestro paciente recibió altas dosis de antibiótico intravenoso y requirió varios desbridamientos quirúrgicos. En el hemocultivo se aisló Staphylococcus epidermidis oxacilin-sensible. Actualmente sigue ingresado en el hospital sin claro control de la infección sistémica.

Bibliografía

1. Parra Caballero P, Pérez Esteban S, Patiño Ruiz ME, Castañeda Sanz S, García Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. Semin Fund Esp Reumatol. 2012;13:41-8.

Palabras clave: Fascitis necrotizante. Infección cutánea. Fiebre.