



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1532 - LA EXPLORACIÓN FÍSICA, UN EJERCICIO OBLIGATORIO

R. López Sánchez<sup>a</sup>, A. Azagra Calero<sup>b</sup>, S. Pini<sup>c</sup>, J. Parra Jordán<sup>b</sup>, A. Grasun<sup>d</sup> y E. Grasun<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>d</sup>FEA Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de familia. Sistema Cántabro de Salud. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 57 años con AP: HTA (IECAS), obesidad mórbida, SAHOS (CPAP nocturna), hipotiroidismo (levotiroxina 150 µg), PTI corticodependiente (prednisona 30 mg), hemorroides internas. Acude a nuestra consulta refiriendo dolor en región anal desde hace 5 días, hoy se intensifica e irradia hacia región vulvar, relacionándolo con un esfuerzo al realizar deposición. No sangrados con deposición ni palpa hemorroide.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, sudoración profusa, taquipnea, palidez mucocutánea. TA 70/35, FC 110 lpm, SatO<sub>2</sub> 94%, T<sup>a</sup> 35,6 °C. ACP: taquicárdica, rítmico, no soplos, hipoventilación general. Región urogenital: placa indurada eritematosa, hipertérmica muy dolorosa en región interna de glútea derecha, se extiende hacia periné y labio mayor derecho, sin punto de supuración. Tacto rectal: no productos patológicos, no identifico hemorroide externa/interna, se palpa abombamiento de pared en lado derecho. Ante cuadro de hipoTA y sospecha de cuadro de sepsis 2º a celulitis se coge vía ev y administran 500 ml SSF rápido y 2 g ceftriaxona ev, avisamos a UVI móvil para traslado urgente al Hospital de referencia. Analítica: 34.600 leucos, procalcitonina 7,86 ng/mL, PCR 14,4 mg/dL, lactato basal 25,2 ml/dL. TAC: colección interesfinteriana posterior derecha, isquiaoanal derecha irradiado hacia región isquiopubiana ipsilateral. Tras valorar extensión y estado general de la paciente se decide desbridamiento quirúrgico inmediato, y 5 sesiones de cámara hiperbárica poscirugía. Cultivo: Streptococcus viridans.

**Juicio clínico:** Shock séptico secundario a absceso isquiorrectal complicado con gangrena perineal. Gangrena de Fournier.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Celulitis no complicada. 2. Hemorroide.

**Comentario final:** Fascitis necrotizante, es una infección rápidamente progresiva de la piel y tejidos blandos, que suele asociarse a severa toxicidad sistémica y alta mortalidad. Cuando se localiza en región perineal se denomina gangrena de Fournier. Distinguimos: tipo I o polimicrobiana y tipo II o estreptocócica. Entre los factores de riesgo destacan: DM, obesidad, inmunosupresión, glucocorticoides, cirugía local reciente y arteriopatía periférica. Diagnóstico fundamentalmente clínico y su pronóstico depende del diagnóstico precoz y tratamiento inmediato agresivo (desbridamiento quirúrgico, antibiotioterapia y cámara hiperbárica). Es importante recordar que el MAP tiene que estar alerta siempre y explorar al paciente aunque el motivo de consulta aparentemente sea patología banal. Una buena anamnesis y exploración salva vidas como ocurrió en este caso.

## Bibliografía

1. Parra Caballero P. Actualización en fascitis necrotizante. Elsevier. 2012;13(2).

**Palabras clave:** Fascitis necrosante. Fournier.