

## 424/1719 - MI PIERNA PARECE UN CORCHO

M. Moreno Velarde<sup>1</sup>, L. Sánchez Romero<sup>2</sup>, M. García Muñoz<sup>3</sup> y J. Molina Moreno<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portada Alta. Málaga, <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, <sup>3</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Coín. Málaga, <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 47 años con antecedentes de enolismo crónico que acude a consulta por dolor en muslo derecho junto a sensación de “acorcharamiento” de dos días de evolución. El dolor se irradia a región inguinal y empeora con los movimientos. Niega traumatismo previo pero refiere trabajar en la construcción y cargar materiales pesados. No fiebre ni otra sintomatología por aparatos. Niega picadura de insectos recientes, contacto con animales o viajes exóticos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente y orientado. Exploración cardiopulmonar y abdominal anodina. Lesiones papulosas con excoriación y placas blanquecinas a nivel inguinal. Miembro inferior derecho con discreto aumento de diámetro respecto a contralateral, con crepitación a la palpación desde tobillo derecho hasta pala iliaca ipsilateral. Laceración de 10 mm en cara externa rodilla derecha sin signos de infección. Se solicita radiografía de miembros inferiores donde se objetiva gas distribuido entre planos musculares. Ante estos hallazgos se deriva a Urgencias, donde se realiza analítica que muestra leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada y un TAC con enfisema subcutáneo extendido por todo el miembro inferior derecho y burbujas de gas por pared abdominal anterior de región hipogástrica, pelvis y retroperitoneo. Además, se identifican dos cuerpos extraños densidad metal en tercio medio región interna muslo derecho a nivel del tejido celular subcutáneo. Se inicia antibioterapia y se ingresa en Medicina Interna, tras desestimar necesidad de intervención quirúrgica urgente.

**Orientación diagnóstica:** Enfisema subcutáneo en miembro inferior derecho de probable origen no infeccioso (entrada de aire por mecanismo valvular en herida punzante).

**Diagnóstico diferencial:** Enfisema subcutáneo en miembro inferior derecho en relación con fascitis necrotizante vs perforación de víscera hueca vs entrada de aire por mecanismo valvular en herida punzante.

**Comentario final:** La presencia de enfisema subcutáneo nos obliga a descartar patología grave, entre la que se encuentra la fascitis necrotizante. Al tratarse de una infección y necrosis rápidamente progresiva del tejido celular subcutáneo debemos detectar los signos de alarma, evitando un retraso diagnóstico y terapéutico que condicionarán su pronóstico.

### Bibliografía

1. Pérez-Jacoiste Asín MA, Teigell Muñoz FJ. Infección de piel y partes blandas. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7<sup>a</sup> ed. pp. 535-40.

**Palabras clave:** Crepitación. Enfisema subcutáneo.