



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1793 - ERISPELA EN EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA

G. Bermejo Alonso¹, P. Méndez Santamaría², J. Serrano García³ y M. Piro⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo. Valladolid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Portillo. Medina del Campo. Valladolid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Medina del Campo Urbano. Valladolid. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años, hipertensa, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mastectomizada y fractura de húmero reciente. En tratamiento con lisinopril, furosemida, acetazolamida, bromuro de tiotropio y formoterol/budesonida. Alérgica a la penicilina. Acude a urgencias por inflamación e hiperemia en ambas extremidades inferiores, de predominio derecho desde hace 4 días, acompañado de prurito, que asocia a la administración de diclofenaco tópico. La paciente no refiere dolor, fiebre, náuseas ni vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, hidratada y perfundida. Eupneica y colaboradora. Pulsos pedios preservados. Destaca la presencia en ambas extremidades inferiores de insuficiencia venosa crónica, se encuentran inflamadas, hipertérmicas, eritematosas y congestivas. Se solicita analítica, y radiografía de tórax, de tobillo y pie. Además, se realizó eco-Doppler venoso. Todos los resultados se encontraban dentro de la normalidad. Finalmente, el resultado del cultivo de secreciones de la extremidad confirmó que el agente causal era *Streptococcus pyogenes*.

Orientación diagnóstica: A la exploración del miembro, era prioritario descartar una trombosis venosa profunda, para lo que recurrimos a la exploración del signo de Hommans, que fue negativo. También se valoró mediante la Escala de Wells, donde obtuvo una puntuación baja.

Diagnóstico diferencial: Celulitis, erisipela, trombosis venosa profunda.

Comentario final: La erisipela presenta una incidencia entre 10-100 casos por 100.000 habitantes/año, siendo más frecuente en mujeres, especialmente en edades extremas de la vida y en pacientes que sufren ruptura de la barrera cutánea o linfedema (posmastectomía, brotes previos de erisipela), insuficiencia venosa, obesidad, diabetes mellitus, cirrosis o malnutrición. El diagnóstico suele ser clínico. Según las últimas guías, el primer tratamiento frente a *Streptococcus pyogenes* es una penicilina, pero debido a la alergia de la paciente a dicho grupo, se barajaron alternativas como la clindamicina o el levofloxacino, eligiéndose este último por la buena biodisponibilidad y llegada a tejidos periféricos. Se añaden al tratamiento ambulatorio, curas con ácido fusídico y vendaje compresivo, mientras que, para el dolor, metamizol.

Bibliografía

1. Kilburn SA, Featherstone P, Higgins B, Brindle R. Interventions for cellulitis and erysipelas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010:CD004299.
2. Maxwell-Scott H, Kandil H. Diagnosis and management of cellulitis and erysipelas. Br J Hosp Med (Lond). 2015;76:C114-7.

Palabras clave: Erisipela. Celulitis. Flemón.