



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2927 - DOCTOR, DOCTOR, ME DUELE LA MANO

L. Carralero Moya¹, C. Martínez Miguel¹, H. Fernández-Galiano Poyo¹ y S. Mora Azabal²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.²Hospital Universitario Puerta Hierro. Majadahonda. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años con antecedentes de rinitis alérgica. Natural de Honduras, lleva varios años en España, sin viajes recientes al extranjero. Acude por dolor e inflamación de la mano derecha de menos de 24 horas de evolución sin traumatismo ni picadura. Refiere cuadro de fiebre (T^o 38,5 °C) hace 72 horas con tiritona, artromialgias generalizadas, vómitos y diarrea con mejoría tras tratamiento sintomático. No presenta cefalea, ni rinorrea, ni otalgia, ni odinofagia, ni tos, ni disnea, ni dolor torácico ni síndrome miccional. Refiere bartolinitis hace dos semanas que precisó antibioterapia ya finalizada.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, afebril, hipotensión y taquicardia. Se evidencia tumefacción, eritema, aumento de temperatura local y dolor en dorso de mano derecha. No se observa puerta de entrada. No petequias. No rigidez nucal.

Orientación diagnóstica: La paciente presenta celulitis del dorso de la mano e impresiona de afectación de planos profundos. El cuadro clínico aparece en el contexto de gastroenteritis aguda (GEA) por lo que podía tratarse de una artritis reactiva a infección gastrointestinal. Dado su diagnóstico reciente de bartolinitis, otra opción sería una artritis secundaria a infección genitourinaria. Ante los hallazgos clínicos se deriva a Urgencias para realización de pruebas complementarias.

Diagnóstico diferencial: Celulitis. Artritis séptica. Artritis reactivas asociadas a infección gastrointestinal (Salmonella, Shigella y Yersinia) o genitourinaria (Chlamydia, Ureaplasma urealiticum). Artritis enteropática asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final: En Urgencias se realiza analítica con intensa leucocitosis con desviación izquierda, fracaso renal agudo, plaquetopenia y coagulopatía. Se inicia antibioterapia con juicio diagnóstico de sepsis de origen no filiado por posible GEA. La paciente ingresa en Medicina Interna, se realiza lavado quirúrgico del dorso de la mano y se obtienen resultados de líquido sinovial y hemocultivos positivos para Neisseria meningitidis B-lactamasa negativa, con diagnóstico definitivo de tenosinovitis extensora de la mano derecha en el contexto de sepsis meningocócica. Este caso nos hace reflexionar sobre la importancia de no dejar pasar desapercibidas las artritis ya que puede haber un proceso subyacente que ponga en riesgo la vida del paciente.

Bibliografía

1. Suresh E. Problem based review: The patient with acute monoarthritis. Acute Med. 2013;12(2):111-6.

Palabras clave: Fiebre. Sepsis. Artritis.