



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

## 482/1114 - NO SE PUEDE VIVIR CON ESTAS PIERNAS Y ESTOS PICORES

J. Ocón Hijano<sup>1</sup>, F. Rubio Carballo<sup>2</sup>, E. Fernández-Arroyo Naranjo<sup>3</sup> e I. Ocete Segura<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almuñécar. Almuñécar. Granada. <sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Salobreña. Salobreña. Granada. <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Motril. Granada. <sup>4</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Motril. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 74 años, antecedentes personales: HTA, obesidad, asma intrínseca, FA, hipertensión pulmonar, doble lesión mitral, insuficiencia vascular de miembros inferiores. Medicación: losartán 100 mg/hidroclorotiazida 25 mg, furosemida 80 mg, acenocumarol. Vida restringida al domicilio desde hace tres por disnea multifactorial. Úlcera maleolar en pierna derecha de larga evolución sin mejoría definitiva pese a seguimiento de Enfermería y tratamiento antibiótico repetido. Sufre durante meses dolor muy intenso en piernas, la derecha principalmente. También aparición de lesiones en piel con prurito generalizado sin respuesta a hidroxizina, dexclorfeniramina, loratadina y montelukast (este último como tratamiento de asma). Existe aumento de tos constante y edemas, con clínica sugerente de insuficiencia cardiaca.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: miembros inferiores con cambios tróficos más evidentes en el derecho, eritema y empastamiento de esa pierna, múltiples ampollas de rotura al roce dejando abundante exudado amarillento. Edemas hasta rodillas, fóvea ++/+++. Placas eccematosas y lesiones de rascado en todo el cuerpo. Tonos cardíacos arrítmicos con soplo sistólico multifocal. Auscultación pulmonar: MVC con crepitantes en tercios inferiores. Analítica (AP): urea 134, creatinina 1,7, filtrado glomerular 29, proteína C reactiva 68, NT-proBNP: 1.790. Analítica al alta de ingreso hospitalario: urea 111, creatinina 1,01, filtrado glomerular 53,28, PCR 15. Cultivo del exudado de herida (AP): *Proteus mirabilis* multirresistente; ídem (al ingreso): *Pseudomonas* sensible a carbapenem.

**Orientación diagnóstica:** Celulitis de miembro inferior derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia renal crónica reagudizada, prurito urémico, insuficiencia cardiaca descompensada, fibrilación auricular paroxística.

**Comentario final:** La condición de persona inmovilizada ha contribuido en la aparición de numerosas complicaciones, partiendo de la sobreinfección de la pierna con vascularización comprometida, originando una descompensación de insuficiencia cardiaca y aparición de enfermedad renal crónica con prurito asociado. El control estrecho desde AP con las herramientas disponibles proporciona los cuidados necesarios para una persona compleja e inmovilizada.

### Bibliografía

1. Rodríguez García JL, Aguilera Saldaña M, Arévalo Serrano J, Azaña Defez JM, Baalsa Barro JA, Bérbel García A, et al. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Marbán, 2015.
2. Díaz Revilla A, Gorroñogoitia Iturbe A, Núñez Vázquez A, Louro González A, Castiñeira Pérez C, Costa Rivas C, et.al. Guía Fisterra de Atención Primaria en la red. Elsevier. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/>

**Palabras clave:** Celulitis. Prurito. Enfermedad renal crónica.