

gastrohepático y mesocolon<sup>6</sup>. Mucho menos frecuentes son aquellas situaciones en las que una perforación duodenal conlleva a la aparición de un absceso hepático, siendo estas en la mayoría de los casos secundarias a perforación por cuerpo extraño (habitualmente por espinas de pescado)<sup>7</sup>.

Sin embargo, ante la presencia de un absceso hepático (colecciones solitarias o múltiples de material purulento en parénquima hepático), debemos pensar en primer lugar que su origen probablemente sea infeccioso (amebiano, bacteriano o mixto), ya que es la causa más habitual de aparición de este tipo de lesiones. Es importante tener en cuenta que la sintomatología que producen dichas lesiones suele preceder en días o semanas al diagnóstico, siendo la ultrasonografía hepática el estudio diagnóstico no invasivo de elección<sup>8,9</sup>.

Por tanto, todo lo anteriormente descrito hace de este acontecimiento clínico un caso de interés, tanto por el variado diagnóstico diferencial que ofrece, como por su excepcionalidad.

No menos importante es destacar la importancia de 2 herramientas altamente valiosas y potentes para el médico de familia en la práctica clínica habitual: la longitudinalidad (que nos ayuda a través de la valoración continuada del paciente a alcanzar finalmente un diagnóstico certero) y la disponibilidad de ecografía en nuestra consulta (que nos permite agilizar tanto el diagnóstico de presunción como el tratamiento adecuado en nuestros pacientes).

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Agradecimientos

A mi tutor, el Dr. Juan Carlos Aguirre Rodríguez, por su infinita paciencia, ayuda y colaboración en la elaboración de este caso clínico.

## Bibliografía

1. Torrent Goñi S, Subirats Bayego E. Dolor abdominal agudo. Manual de exploración física basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia. Semfyc; 2012.
2. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *AM Fam Physician*. 2008;77:971-8.
3. Feldman M, Friedman LS. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
4. Vila Santos J, Olivares Pizarro S. Dolor abdominal agudo. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7.ª ed. 2012.
5. Barenys de Lacha M, Chahri Vizcarro N. Epidemiología y factores predisponentes de la úlcera gastroduodenal. *Gastroenterol Hepatol Contin*. 2008;7:257-62.
6. Ferrer I, Pérez JM, Herrería JM. Complicaciones posibles. En: (eds.), Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre úlcera péptica. Granada: Universidad de Granada; 2004. p. 9-10.
7. Jimenez-Fuertes M, Moreno-Posadas A, Ruíz-Tovar Polo J, Durán-Poveda M. Liver abscess secondary to duodenal perforation by fishbone: Report of a case. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108:42.
8. Torre Delgadillo A. Abscesos hepáticos. *Gastroenterol Hepatol Contin*. 2006;5:201-7.
9. Segura Grau A, Valero López I, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. Ecografía hepática: lesiones focales y enfermedades difusas. *Semergen*. 2016;42:307-14.

A. Hidalgo Rodríguez<sup>a,\*</sup>, C.A. Fignani Molina<sup>b</sup>, M. Mené Llorente<sup>a</sup>, J.C. Aguirre Rodríguez<sup>a</sup> e I. Alfonso Zamora<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Casería de Montijo, Granada, España

<sup>b</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de la Chana, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [abrahamhgo@gmail.com](mailto:abrahamhgo@gmail.com) (A. Hidalgo Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.12.002>  
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Lesión inflamatoria en el mentón



### Inflammatory injury on the chin

Presentamos el caso de un varón 57 años, de profesión ganadero y sin antecedentes de interés, que fue remitido a urgencias hospitalarias por su médico de atención primaria por una lesión inflamatoria en el mentón. Refería la aparición de una lesión eritematoedematosa rápidamente

progresiva, exudativa y dolorosa que posteriormente se volvió negruzca (fig. 1). Además, refería que sus animales (vacas) también presentaban dichas lesiones. Fue tratado con varios antibióticos tópicos y orales, sin mejoría. Se planteó el diagnóstico diferencial con el carbunco, pero rehistoriando y reexplorando al paciente se observó otra lesión blanquecina eritematoescamosa en la región cervical (fig. 2) que orientó el diagnóstico.

La presencia de una lesión de aspecto necrótico en un paciente en contacto con ganado nos plantea el diagnóstico diferencial con el carbunco. El carbunco o ántrax es una



**Figura 1** Lesión eritematoedematosa rápidamente progresiva, exudativa y dolorosa que posteriormente se volvió negruzca.

infección aguda producida por la colonización de las esporas del *Bacillus anthracis*. Hay 3 formas clínicas: cutánea, pulmonar e intestinal. La forma cutánea representa el 95% de los casos. Aparece una lesión semejante a una picadura de insecto con prurito y escozor<sup>1</sup>; posteriormente, surge una pápula de color rojo y centro negro, en la que se desarrolla una vesícula con líquido seroso que, tras su desecación, se convierte en una escara negra, no dolorosa<sup>2</sup>. Se trata de una enfermedad de declaración obligatoria que puede llegar a ser mortal<sup>1</sup>. En nuestro caso, el hecho de que la lesión fuese dolorosa y la presencia de otra lesión eritematoescamosa (fig. 2) descartó el diagnóstico.

La infección por dermatofitos es una enfermedad infrecuente en adultos. Recientes observaciones evidencian que se está produciendo un aumento en su frecuencia, probablemente debido al síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, al creciente número de pacientes inmunodeprimidos tras terapias citotóxicas, al mayor uso de fármacos inmunosupresores y al incremento de la población anciana, en la que se da un mayor número de enfermedades neoplásicas<sup>3</sup>. Por tanto, dado el aumento en la frecuencia con la que se ve esta enfermedad en la consulta diaria debe ser muy bien conocida por el médico de atención primaria, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento<sup>4,5</sup>.

La presentación clásica de la infección por tiña es una lesión escamosa central rodeada de un borde elevado de color rojizo. Pueden aparecer una o varias lesiones. Las presentaciones de las infecciones de tiña van desde una descamación leve y eritema a la inflamación severa con sobreinfección bacteriana.

Las infecciones por dermatofitos se clasifican según la parte del cuerpo afecta. La tiña de la barba o *tinea barbae* afecta a las zonas hirsutas de la cara y cuello, por lo que es exclusiva de varones adultos. La incidencia actual de esta infección es rara y se relaciona con el contacto con animales. Existen formas superficiales que recuerdan a las tiñas de piel lampiña, pero la imagen característica de esta variedad es su forma profunda o inflamatoria, consistente en un conglomerado de pústulas foliculares y posterior formación de papulonódulos dermohipodérmicos. La placa presenta



**Figura 2** Lesión blanquecina eritematoescamosa en la región cervical.

exudación purulenta por los folículos (sicosis tricofítica) y se puede observar como los pelos del interior de la placa se desprenden sin resistencia ni dolor. En casos muy severos puede acompañarse de síntomas generales (fiebre, mal estado general)<sup>6</sup>. En nuestro caso, la lesión original (fig. 1) estaba sobreinfectada y presentaba un aspecto negruzco por la aplicación de un remedio casero por parte del paciente.

Ante cualquier lesión cutánea en la que exista la sospecha diagnóstica de tiña podemos hacer el diagnóstico de manera rápida y sencilla con una visión en fresco del raspado del borde activo de la lesión. Si se observan estructuras fúngicas, el diagnóstico queda confirmado. Es conveniente también solicitar un cultivo en medio de Saboraud para establecer el diagnóstico etiológico<sup>7</sup>.

Algunas enfermedades eritematodescamativas frecuentes pueden plantear el diagnóstico diferencial con una tiña, como el eczema numular, la psoriasis, la dermatitis seborreica, la pitiriasis rosada, el liquen plano y la sífilis secundaria. En la mayoría de estas entidades las lesiones no presentan aclaración central y suelen ser de distribución más simétrica. Todas ellas pueden excluirse fácilmente, realizando un examen en fresco y cultivo para hongos<sup>7</sup>.

El tratamiento de elección son los antifúngicos. En el tratamiento de la tiña de la barba, la terapia oral es preferible a la terapia tópica debido a que los folículos pilosos involucrados no responden bien a esta<sup>6</sup>. Los agentes utilizados para tratar la tiña de la cabeza también se utilizan para tratar la tiña de la barba.

Lo interesante de este caso es el diagnóstico diferencial de una lesión inflamatoria en un paciente en contacto con ganado y el espectro de gravedad del mismo: desde

una dermatofitosis hasta una enfermedad de declaración obligatoria y potencialmente mortal como es el carbunco. Además, muestra una afección como son las dermatosis, cada vez más frecuentes en la consulta de atención primaria, por lo que es importante reconocerlas para diagnosticarlas y tratarlas.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

### Bibliografía

1. Cañada JL, García JR. Carbunco. *Semergen*. 2002;28:42-3.
2. Emet M, Tortum F, Karagoz S, Calbay A. Cutaneous anthrax. *J Emerg Med*. 2016;52:240-1, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.08.043>
3. López Villaescusa MT, de Manueles Marcos F, Rodríguez Vázquez M, Vera Berón F. Tinea corporis enmascarada por micosis fungoide, un reto diagnóstico. *Piel (Barc)*. 2015;30:133-43.
4. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hardinsky MK, et al. Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: Tinea corporis, tinea cruris, tinea faciei, tinea manuum, and tinea pedis. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34 Pt 1:282-6.
5. Blank F, Mann SJ, Peak PA. Distribution of dermatophytes according to age, ethnic group and sex. *Sabouraudia*. 1974;12:352-61.
6. Noble SL, Forbes RC, Stamm PL. Diagnosis and management of common tinea infections. *Am Fam Physician*. 1998;58:163-74, 177-8.
7. Campos Muñoz L, Quesada Cortés A, Arranz Sánchez DM, Díaz Díaz RM. Tinea corporis extensa en paciente inmunocompetente. *Semergen*. 2006;32:304-6.

R. Fernández Regueiro<sup>a,\*</sup>, M. González Sabín<sup>b</sup>,  
M. Corominas Sánchez<sup>c</sup> y M. Estrada Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias

<sup>c</sup> Servicio de Urgencias, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rfernandezregueiro@yahoo.es](mailto:rfernandezregueiro@yahoo.es)  
(R. Fernández Regueiro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2017.01.007>  
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.