



# Pierna hinchada y roja

O. Steichen, C. Bachmeyer

*Las causas de pierna hinchada y roja están presididas por la erisipela. Los signos locales o sistémicos de gravedad hacen sospechar una dermohipodermatitis necrosante, cuyo tratamiento constituye una urgencia médico-quirúrgica. Por otra parte, determinados elementos clínicos, entre ellos la falta de evolución rápidamente favorable con antibióticos, pueden orientar hacia otras causas menos comunes que la erisipela.*

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Erisipela; Dermohipodermatitis; Celulitis; Diagnóstico diferencial; Exploración física

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Enfoque clínico ante una pierna hinchada y roja</b>	1
■ <b>Erisipela</b>	1
Diagnóstico clínico	2
Formas clínicas	2
Pruebas complementarias	2
Tratamiento	2
Evolución	2
■ <b>Dermohipodermatitis bacteriana necrosante</b>	3
■ <b>Diagnóstico diferencial</b>	3
Lipodermatoesclerosis	3
Eccema	4
Trombosis venosa	4
Linfangitis	4
Hipodermatitis	4
Lesiones causadas por animales	4
Celulitis y fascitis por eosinófilos	5
Síndromes autoinflamatorios	5
Quemadura solar	5
Enfermedades osteoarticulares	5
■ <b>Conclusión</b>	5

## ■ Enfoque clínico ante una pierna hinchada y roja

La clínica es fundamental para llevar a cabo el diagnóstico de erisipela, identificar las dermohipodermatitis necrosantes que requieren un tratamiento específico urgente y no ignorar los demás posibles diagnósticos:

- antecedentes generales (factores de inmunodepresión y fragilidad) y locales (vasculares, reumatológicos y dermatológicos), muy particularmente antecedentes de pierna hinchada y roja;
- factores de exposición significativos (traumatismo, herida, picadura, mordedura, baño, etc.);
- fecha y modo de inicio (brusco, insidioso);
- pródromos, especialmente infecciosos;
- modalidades evolutivas, especificando el efecto de posibles tratamientos;
- localización (en particular, unilateral o bilateral);
- signos funcionales (dolor, prurito);
- lesiones dermatológicas elementales (eritema, púrpura, vesículas, ampollas, necrosis, pérdida de sustancia) y puerta de entrada potencial;
- signos de insuficiencia venosa, arterial o linfática; signos de artritis;
- adenopatías inguinales;
- signos sistémicos (fiebre, estado general, signos de mala tolerabilidad).

## ■ Introducción

La pierna hinchada y roja es un motivo de consulta frecuente en atención primaria y en las urgencias hospitalarias. La erisipela es la causa más frecuente de pierna hinchada y roja aguda, con una incidencia que se estima en 2/1.000 al año en adultos en los Estados Unidos; sin embargo, no hay que ignorar las demás posibles causas. Esta revisión detalla la sistemática que guía el diagnóstico etiológico de la pierna hinchada y roja, con vistas a un tratamiento apropiado.

## ■ Erisipela

El tratamiento de esta dermohipodermatitis aguda estreptocócica (grupos A, B, C y G) se detalla en las recomendaciones francesas establecidas en 2000 [1]. La erisipela es la primera causa de pierna hinchada y roja en la que hay que pensar, debido a su frecuencia y al tratamiento con antibióticos, que debe iniciarse rápidamente. Los signos de la gravedad deben buscarse de entrada. Sólo se consideran otros diagnósticos en caso de clínica atípica, en particular evolutiva.

## “ Para recordar

### Elementos de gravedad de una dermohipodermatitis infecciosa

Contexto de riesgo: hospitalización ± tratamiento intravenoso:

- inmunodepresión;
- comorbilidades susceptibles de descompensación;
- contexto social: dependencia, precariedad.

Signos sistémicos de mala tolerabilidad: hospitalización, tratamiento intravenoso ± reanimación:

- fiebre alta y mal tolerada (confusión);
- hipotensión, taquicardia, otras extremidades frías, livedo reticularis;
- taquipnea
- oliguria;
- confusión.

Signos locales de dermohipodermatitis necrosante: hospitalización, tratamiento intravenoso, reanimación, cirugía de urgencias:

- dolor espontáneo muy intenso;
- edema indurado
- extensión rápida de las lesiones;
- hipoestesia o anestesia;
- áreas de lividez;
- ampollas hemorrágicas;
- crepitación a la palpación;
- necrosis profundas (manchas ciánicas en « mapa geográfico »).



**Figura 1.** Erisipela que complica una insuficiencia venosa crónica con una placa roja, caliente y dolorosa en una pierna esclerosa.

## Diagnóstico clínico

La erisipela de la pierna afecta habitualmente a adultos mayores de 40 años, con un pico de frecuencia alrededor de los 60 años. Su aparición se ve favorecida por la existencia de una puerta de entrada cutánea (intertrigo o fisura interdigitoplantar, preferentemente en el tercer y cuarto espacios interdigitales, herida traumática, lesiones por rascado, úlceras), estasis venosa o linfática, inmunodepresión u obesidad [2].

La fiebre es alta y se inicia bruscamente, a menudo antes de la aparición de signos inflamatorios locales. En las 48 horas siguientes, se forma la placa cutánea unilateral, edematosa pero circunscrita, eritematosa, dolorosa de forma espontánea y a la palpación (Fig. 1). No existe rodete periférico, a diferencia de la erisipela de la cara. Pueden asociarse lesiones ampollosas o purpúricas limitadas, sin un significado desfavorable.

La exploración regional identifica una posible puerta de entrada, linfangitis y/o adenopatía inguinal homolateral.

## Formas clínicas



La placa inflamatoria es el elemento clave en el diagnóstico de erisipela; su evolución es favorable con antibióticos. El eritema puede ser difícil de discernir en la piel negra, pero el calor y el dolor están siempre presentes.

Algunas erisipelas debutan de forma subaguda, con signos sistémicos poco acentuados. La puerta de entrada falta en el 40% de los casos, y la linfangitis y la adenopatía satélite, en más del 50% de los casos.

En un paciente diabético que sufre trastornos tróficos, la infección es subaguda, poco febril, poco dolorosa o indolora si existe neuropatía asociada, los signos inflamatorios locales son poco acentuados y la respuesta terapéutica es más lenta [3]. La antibioterapia debe cubrir, al menos, el estafilococo dorado además del estreptococo, con dosis y duración que dependen de la presencia o ausencia de osteítis asociada.

Hay que sospechar gérmenes atípicos en el caso de un contexto o un factor de exposición específicos: inmunodepresión, mordeduras o arañazos, baño en agua turbia, etc.

## Pruebas complementarias

Ante una forma típica y en ausencia de elementos de gravedad, no son necesarias pruebas complementarias. Los hemocultivos son positivos en menos del 5% de los casos [4]. Si existe inmunodepresión, factor de exposición específico o placa inflamatoria amplia (especialmente en el muslo), tienen un mejor rendimiento y pueden evidenciar un germen atípico.

En caso de contexto de riesgo o de duda diagnóstica, la leucocitosis y la elevación de la proteína C-reactiva (CRP) corroboran el diagnóstico; su disminución con el tratamiento es un marcador de evolución favorable.

Si existen signos de gravedad, están indicadas las exploraciones necesarias para la evaluación y la vigilancia de los fallos orgánicos.

## Tratamiento

### Antibióticos

El tratamiento se basa en la antibioterapia antiestreptocócica durante un período de 10-15 días, de acuerdo con las recomendaciones francesas [1], aunque los períodos de 5-10 días parecen ser suficientes si la respuesta clínica inicial es buena [5, 6]. La amoxicilina (1 g/24 h tres veces) puede administrarse por vía oral o intravenosa. La hospitalización y el tratamiento intravenoso están indicados en caso de contexto de riesgo, mala tolerabilidad, signos locales de gravedad de o evolución desfavorable. En el tratamiento ambulatorio por vía oral, es necesaria una nueva evaluación a las 48 horas para verificar la correcta evolución. La pristinamicina (1 g/24 h tres veces) puede ser útil como alternativa oral si existe intolerancia o alergia a la penicilina.

### Otras medidas

La pierna se eleva para limitar la estasis. Se propone sistemáticamente un tratamiento analgésico. El tratamiento preventivo con heparina se discute en caso de factores de riesgo tromboembólico asociados.

La prevención de las recidivas se basa en el tratamiento de los factores favorecedores: puerta de entrada, insuficiencia venosa o linfática, inmunodepresión.

## Evolución

La evolución es generalmente favorable con los antibióticos. La fiebre es lo que primero desaparece, en menos de 72 horas. Resulta útil marcar con rotulador los límites de la placa inflamatoria en el momento del diagnóstico y consignar la fecha, para seguir su evolución. Puede existir una fase de extensión limitada en las primeras 24 horas (que también debe marcarse y fecharse),

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757790>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757790>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)