

## Varón con tumefacción en 2º dedo y febrícula

Dra. Beatriz Ubeira Bao<sup>1</sup>, Dr. José Benito Martínez Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MIR Medicina de Familia. CS Concepción Arenal. Santiago

<sup>2</sup>Médico de Familia. PAC Santiago de Compostela

Cad Aten Primaria  
Año 2013  
Volume 19  
Páx. 133-133

### CASO CLÍNICO

Varón, 66 años, sin antecedentes de interés. Trabaja en el campo. Acude por dolor en dedo índice de mano izquierda de 24 horas de evolución que se ha intensificado tras haber trabajado con una desbrozadora. Lo atribuye a una pequeña herida punzante en cara palmar del 2º dedo, pero desconoce si es reciente. En la exploración física destaca febrícula. El dedo se encuentra en ligera flexión, uniformemente tumefacto y caliente, con una placa eritematosa dolorosa a la palpación en cara palmar de las dos primeras falanges, extendiéndose el dolor a la palma siguiendo el eje del segundo dedo. La extensión pasiva era tremendamente dolorosa (imagen 1).



FIGURA 1

### PREGUNTAS

CON LOS DATOS DE LOS QUE DISPONE, ¿QUÉ LE SUGIERE EL CUADRO?

1. Celulitis
2. Artritis de la articulación interfalángica proximal
3. Tenosinovitis bacteriana de los flexores
4. Erisipela
5. Esporotricosis

¿CUÁL SERÍA EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO?

1. Tratamiento antibiótico tópico
2. Tratamiento antibiótico oral
3. Únicamente tratamiento antibiótico intravenoso
4. Tratamiento antibiótico intravenoso y si no mejoría en 12-24 horas drenaje quirúrgico

principalmente a hombres en su tercera o cuarta década de vida, los efectos del tratamiento sobre todo en la fertilidad pueden requerir de ayuda psicológica.

(Respuesta correcta a pregunta 1: opción a)

(Respuesta correcta a pregunta 2: opción c)

(Respuesta correcta a pregunta 3: opción c)

(Respuesta correcta a pregunta 4: opción b)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albers P, Albrescht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedermark G, Fizazi K et al. Guía clínica sobre el cáncer de testículo de la EAU: actualización de 2011. *Actas Urol Esp.* 2012; 36(3): 127-145.
2. Navarro Expósito F, Carballido Rodríguez JA, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer de testículo. *Medicine.* 2009; 10(27):1807-16.
3. Sola Galarza I, Martínez Ballesteros C, Carballido Rodríguez J. Protocolo diagnóstico de las masas testiculares. *Medicine.* 2007; 9(83):5376-5378.
4. Jalón Monzón A, García Rodríguez J, Rodríguez Faba JM, Fernández Gómez JM, Alonso Viña LM. *Jano.* 2004; 66:174-177.
5. Valero Rosique M. Masas escrotales. *Jano.* 2003; 65: 788-790.

## RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO VARÓN CON TUMEFACCIÓN EN 2º DEDO Y FEBRÍCULA

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Teniendo en cuenta la pequeña herida punzante como una posible puerta de entrada de gérmenes, y el aspecto de la piel, podríamos pensar en una celulitis o erisipela, pero hay dos hechos que no encajan con una infección limitada a la piel. El primero es que, a la palpación, el dolor es igual de intenso más allá del área eritematosa, siguiendo centrípetamente el eje del dedo en dirección proximal y, el segundo, que la extensión pasiva del dedo causa un intenso dolor al paciente.

Por otra parte, las heridas punzantes pueden penetrar en las articulaciones interfalángicas causando artritis, sean reactivas por cuerpo extraño o de origen infeccioso. La inflamación articular causa hinchazón en forma de huso pero no tumefacción uniforme de todo el dedo. Por otra parte, el dolor, se desencadena por la palpación de esa articulación y la movilización pasiva y activa.

En relación a su exposición laboral, podríamos barajar la posibilidad de una Esporotricosis. La causan heridas punzantes con astillas ó espinas contaminadas por el hongo *Sporothrix Schenckii*. Los trabajadores del campo son los más expuestos. Hay dos formas de presentación: como placa en el lugar de la inoculación que puede evolucionar a nódulo que se ulcera, ó linfagítica en la que aparecen nódulos y placas eritematosas siguiendo el trayecto del vaso linfático que drena. No se corresponde con nuestro caso.

### DIAGNÓSTICO: TENOSINOVITIS BACTERIANA DE LOS FLEXORES DE LA MANO

Se trata de un diagnóstico clínico, basándose en los cuatro signos cardinales descritos por Kanavel:

1. Hinchazón uniforme del dedo afecto.
2. En reposo, postura de flexión antiálgica.
3. Dolor a la presión sobre el trayecto de la vaina tendinosa.
4. Intenso dolor a la extensión pasiva.

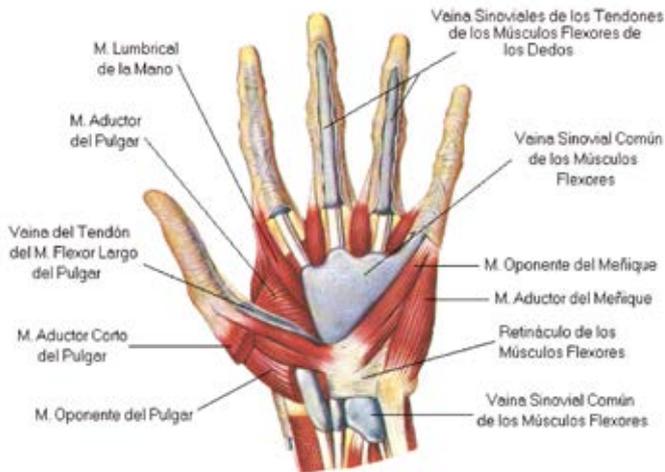
También puede haber fiebre y adenopatías axilares.

Los tendones flexores de la mano están distribuidos en diferentes vainas sinoviales. Las vainas del 2º, 3º y 4º dedo se extienden desde la falange distal hasta el pliegue palmar distal sobre la cabeza de los metacarpianos y, generalmente, no se comunican entre sí. La vaina sinovial engloba un espacio cerrado, está pobremente vascularizada y es rica en sinovia. Su interior es un espacio ideal para la proliferación bacteriana si se introduce un inóculo. El aumento mantenido de la presión en el interior de la vaina conducirá a la necrosis del tendón y a una cicatriz retráctil del dedo que lo convierte en un estorbo para la función de la mano.

Los gérmenes más frecuentemente implicados son *S. aureus*, *Streptococo* y anaerobios. Debemos sospechar *N. gonorrhoeae* o *C. albicans* en pacientes con conductas sexuales de riesgo o inmunodeprimidos.

Si actuamos precozmente, el cuadro se puede resolver con antibioterapia intravenosa (Cefalosporinas de 1ª generación, Penicilina G; Ceftriaxona ó Quinolonas en caso de sospechar *N. gonorrhoeae*). Si la evolución en 12-24 horas no es favorable, será subsidiario de

intervención quirúrgica para lavado y drenaje. En pacientes inmunodeprimidos ó diabéticos, considerar cirugía como primera opción terapéutica.



En relación al caso que presentamos, una vez evaluado en nuestra consulta, fue derivado al servicio de Urgencias con sospecha de teno-

sinovitis bacteriana de los flexores de la mano para la realización de pruebas complementarias y valoración por Traumatología.

En la analítica presentaba una discreta leucocitosis con elevación de VSG. Se iniciaron analgesia y antibioterapia intravenosa con Amoxicilina-clavulánico. Tras seis días de ingreso, fue dado de alta y continuó el tratamiento vía oral en domicilio con buena evolución. Gracias al diagnóstico precoz, no fue necesario realizar cirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hausman MR, Lissner SP Hand infections. *Orthop Clin North Am* 1992; 23:171-85.
2. Nathan R, Taras JS. Common infections in the hand. In: Hunter JM, Mackin E, Callahan AD, eds. *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy*. 1995.
3. Rotes Querol J. Exploración del aparato locomotor. En: Pascual E, Rodríguez Valverde V, Carbonell J, Gómez Reino JJ. *Tratado de Reumatología* (1ª ed.). ARAN ediciones. 1998.177-208.
4. Brown DM, Young VL. Hand infections. *South Med J*. 1993; 86:56-66.

## RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO MUJER DE 35 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL Y FEBRÍCULA

### DIAGNÓSTICO

Sospechamos malformación de la vía biliar debido a la historia clínica de episodios autolimitados y recurrentes de dolor abdominal, la ausencia de litiasis en la ecografía y la normalidad de los resultados analíticos. Solicitamos tomografía computarizada abdominal donde se aprecia dilatación de la vía biliar sin determinarse su origen. Se remite a la paciente a las consultas externas de Cirugía General para completar estudio.

Con ecoendoscopia alta se comprueba dilatación de la vía biliar extrahepática. Tras realizar colangiopancreatografía resonancia se diagnostica de quiste de colédoco.

### EXPLICACIÓN FINAL

El quiste de colédoco se define como la dilatación intrahepática y/o extrahepática del árbol biliar. Es una enfermedad congénita, diagnosticada en la infancia (60% en la primera década de la vida). Su incidencia oscila, según las series, entre 1/13.000 y 1/ 250.000. La prevalencia es mayor en los países asiáticos, especialmente en Japón. La

relación mujer/hombre es variable según los estudios, va desde 3:1 a 8:1 pero siempre es más frecuente en la mujer. Su identificación y tratamiento es importante porque los pacientes con esta enfermedad tienen mayor riesgo de desarrollar colangiocarcinoma.

Existen varias teorías acerca de su etiopatogenia en la que se implican distintos factores.

Según la clasificación de Todani existen cinco tipos:

- Tipo I: quiste extrahepático solitario.
- Tipo II: divertículo extrahepático supraduodenal.
- Tipo III o Coledococoele: quiste intraduodenal.
- Tipo IV: quiste intrahepático y quiste extrahepático.
- Tipo V o Enfermedad de Caroli: múltiples quistes intrahepáticos.

Estos dos últimos son en los que se ha visto mayor riesgo de desarrollar colangiocarcinoma.

Clínicamente, la tríada clásica consiste en dolor en hipocondrio derecho, ictericia y masa palpable a ese nivel. En el caso de los adultos, el