P-204

ABSCESO ESCROTAL Y DIABETES DE DEBUT EN UN VARÓN CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA: ¿QUÉ ANTIDIABÉTICO ELEGIR?

Fiorella Lizeth Salvador Chuquipul[1], Leyla María Virhuez Agüero[2]

[1] *Centro de Salud de Nava*
[2] *Consultorio periférico Villabona*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 45 años con sobrepeso, tetralogía de Fallot corregida en la infancia, FEVI del 51% y flutter auricular, anticoagulado con rivaroxabán. Acude para renovar una receta y refiere de forma casual una tumoración escrotal. Presenta un absceso con salida de material purulento, sin signos de gravedad.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se drena el absceso. Gram: abundantes polimorfonucleares y cocobacilos grampositivos. Cultivo: *Prevotella bivia* y *Actinomyces turicensis* (sensible a penicilina y clindamicina, resistente a metronidazol). PCR múltiple de úlceras genitales y de infecciones de transmisión sexual (ITS): *Trichomonas vaginalis* positiva; *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Treponema pallidum*, herpes simple 1 y 2, varicela-zóster, citomegalovirus, *Haemophilus ducreyi* y linfogranuloma venéreo negativos. Analítica: HbA1c 7,7% (61 mmol/mol); colesterol total 161, HDL 39, LDL 93 y triglicéridos 170 mg/dL.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Absceso escrotal polimicrobiano, tricomoniasis, diabetes mellitus tipo 2 de debut y dislipemia aterogénica. Se trató con drenaje, amoxicilina-clavulánico empírico y clindamicina según antibiograma, y tinidazol para la tricomoniasis. Después se inició metformina 850 mg/24 h (máxima dosis tolerada), empagliflozina 10 mg y rosuvastatina 10 mg con ezetimiba 10 mg, informando sobre higiene genital y signos de alarma. Se estudió y trató a las parejas sexuales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gangrena de Fournier, epididimoorquitis, absceso perianal, hidradenitis o quiste sebáceo sobreinfectado y úlceras genitales de transmisión sexual (descartadas por PCR). En la diabetes: DM2 frente a LADA o diabetes secundaria.

CONCLUSIONES

1) Un motivo de consulta banal permitió diagnosticar una diabetes y una ITS. 2) Ante una ITS conviene ofrecer cribado completo, incluidos VIH, sífilis y hepatitis; en este caso no se solicitó inicialmente. 3) El cultivo fue clave por la resistencia de *Actinomyces* a metronidazol. 4) En un paciente cardiópata con infección genital reciente y mala tolerancia a metformina, elegir un iSGLT2 exige equilibrar el beneficio cardiovascular con el riesgo genitourinario y un seguimiento estrecho.

- Bersoff-Matcha SJ, Chamberlain C, Cao C, Kortepeter C, Chong WH, Pratt LA, et al. Fournier gangrene associated with sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors: a review of spontaneous postmarketing cases. Ann Intern Med. 2019;170(11):764-769.
- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014;59(2):e10-e52.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

CÓMO CITAR

Salvador Chuquipul FL, Virhuez Agüero LM. ABSCESO ESCROTAL Y DIABETES DE DEBUT EN UN VARÓN CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA: ¿QUÉ ANTIDIABÉTICO ELEGIR? Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):178.

doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4