



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1540 - LAS ENFERMEDADES NO SIEMPRE VIENEN SOLAS

L. Sánchez Camacho<sup>a</sup>, E.M. Sánchez Cañete<sup>a</sup>, M.D. Spínola Muñoz<sup>b</sup>, M. Gutiérrez Soto<sup>c</sup>, S. Larrasa Soriano<sup>a</sup>, R. Medel Cortés<sup>d</sup>, I.M. Gómez Martín<sup>e</sup>, E. Navarrete Martínez<sup>f</sup> y M. Aldeanueva Escribano<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Occidente. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. Córdoba. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Córdoba.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 76 años HTA, glucemia basal alterada, hiperlipemia, hipotiroidismo tras tiroiditis atrófica y patología osteoarticular degenerativa. Antecedentes familiares: madre con DM tipo 2, cáncer de mama en hermana, hija intervenida de tiroidectomía total por Enfermedad de Graves y hermana con hipotiroidismo primario. En tratamiento con: lormetazepam, carvedilol, sertralina, pantoprazol, losartan y eutirox. Acude a consulta por dolor abdominal, fiebre y disuria pautándose tratamiento antibiótico con fosfomicina. Una semana después acude por persistencia de febrícula y aparición en piernas de lesiones, compatibles con eritema nodoso junto con astenia, pérdida de apetito y 7-8 kg de peso en los últimos 3 meses. Se deriva a Consultas Externas de Medicina interna y se administra tratamiento con cefuroxima.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aceptable estado general. Depresivo. Normohidratada y normocolorada. No adenopatías en cabeza y cuello. ACR normal. Abdomen doloroso en epigastrio, sin otros hallazgos. MMII: eritema nodoso en evolución, palpable, sonrosadas y algo dolorosas. No edemas ni signos de TVP. Analítica: PCR 113, B2 microglobulina 3.261, TSH 0,19, tirotoxina 1,39, marcadores tumorales normales. Urocultivo negativo. Serologías: *Yersinia*, CMV, VEB y *Brucella* negativas. Rx tórax normal. TAC toraco-abdomino-pélvico: hígado sin lesiones, divertículos en sigma, riñones normales. No adenopatías. Resto normal. EDA: sin hallazgos patológicos. Colonoscopias: áreas segmentarias de ulceración/inflamación. Considerar enfermedad de Crohn. Biopsia: patrón histológico inespecífico a correlacionar con la clínica.

**Juicio clínico:** Sospecha de enfermedad de Crohn.

**Diagnóstico diferencial:** Faringitis estreptocócica e idiopática son las causas más frecuentes. Otras relacionadas con síntomas gastrointestinales: enfermedad inflamatoria intestinal, Behçet, pancreatitis o enfermedad de Whipple.

**Comentario final:** Al igual que otras enfermedades de base inmunológica, la incidencia de la enfermedad de Crohn se relaciona con el desarrollo económico y sanitario de los países. En España,

se diagnostican unos 6-9 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año. La edad de presentación de la enfermedad de Crohn suele ser entre los 15 y 35 años de edad. Algunos estudios han encontrado un segundo pico de diagnóstico de la enfermedad alrededor de los 60 años.

### **Bibliografía**

1. Sota Busselo I, et al. Erythema nodosum: etiological changes in the last two decades. Elsevier, 2013.

**Palabras clave:** *Eritema nodoso. Enfermedad inflamatoria intestinal. Diagnóstico diferencial.*