



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/643 - DIAGNÓSTICO DE LOS NÓDULOS RECURRENTES

L. Rodríguez González^a, M. Gómez Llata^a, M. Martínez Pérez^a, M. Sánchez Soberón^a, E. Quintela Obregón^b y M. Gómez del Río^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. Nefróloga. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 40 años, astenia desde hace 5 semanas, refiere haber tenido lesiones en piel de dorso y planta del pie derecho y antebrazos, dolorosas, eritematosas que desaparecen en días, no tiene en este momento. Toma anticonceptivos.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales, afebril, no adenopatías, faringe normal, no presenta lesiones cutáneas ni signos de artritis, auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. Analítica general con TSH y orina normal, VSG 30, PCR 2,5. Coagulación normal. ASLO 235. Factor reumatoide, ANA y proteinograma normales. Mantoux negativo. Rx tórax abdomen normal. Acude de nuevo con lesiones en tobillo y planta pie derecho y antebrazos, rojovioláceas sobreelevadas, dolorosas, además de astenia. Presenta brotes similares cada 4-6 semanas. Sospechamos eritema nodoso y derivamos para completar estudio. Inmunología y resto pruebas normal. Eco abdominopélvica: normal.

Juicio clínico: Eritema nodoso recurrente.

Diagnóstico diferencial: Paniculitis infecciosas, lipodermatoesclerosis de la insuficiencia venosa, lupus, panarteritis nodosa, eritema indurado, picaduras, urticaria.

Comentario final: Es la paniculitis más frecuente y tiene etiología múltiple. Se debe a una reacción de hipersensibilidad retardada. El diagnóstico es clínico. Cursa con la aparición de nódulos inflamatorios en cara anterior de las piernas que curan sin cicatriz. Nuestra paciente no tenía pretibiales y eran recurrentes, la clínica acompañante era únicamente astenia. Las causas más frecuentes son la idiopática (hasta el 50% según los estudios), infección estreptocócica, sarcoidosis, tuberculosis, fármacos (anticonceptivos), enfermedad inflamatoria intestinal. Las pruebas complementarias hechas tanto en primaria como en especializada dan como idiopática la etiología y descartan causas que requieran tratamiento específico. No se realizó biopsia que es de utilidad si hay dudas en el diagnóstico. Tuvo brotes cada 4-6 semanas durante 7 meses. Se trató con antiinflamatorios no esteroideos y reposo relativo.

Bibliografía

1. Paniculitis y otros trastornos de la grasa subcutánea. En: Rozman C..Medicina Interna, 12^a ed.

- Vol 1. Barcelona. Doyma. 1992:1025-7.
2. Kroshisky D. Erythema nodosum. Uptodate. 2016.
 3. Louro González A, Casariego Vales E, Castiñeira Pérez C. Eritema nodoso. Guías Fisterra. Disponible: <http://fisterra.scsalud.csinet.es/guias-clinicas/eritema-nodoso>.
 4. Penon Portmann M. El diagnóstico diferencial del eritema nodoso. RMCC. 2014;LXXI(611):609-13.

Palabras clave: Nodoso. Recurrente. Astenia.