



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



242/3096 - LA PIEL BAJO SOSPECHA

L. Delgado Fernández^a, I. Aguilar López^b, L. Rojas Feixas^c, E. Rodríguez Guerrero^d, A. Blanco Mora^e y C. Bellido Moyano^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Enfermedad actual: varón 64 años que acude a consulta de atención primaria por edemas en MMII con dolor a la movilización. Aumento de disnea habitual de 6 meses de evolución. Valorado por CIA CV que desestimó origen arterial del proceso. Derivado a urgencias para valoración y se decide ingreso en planta. Antecedentes de interés: no AMC. Estenosis esofágica péptica. Hepatopatía crónica. Obesidad. Cardiopatía isquémica con disfunción sistólica. Arteriopatía periférica bilateral intervenida. Síndrome ansioso-depresivo. Exfumador. Enolismo. Tratamiento habitual: lansoprazol, espironolactona, simvastatina/ezetimiba, candesartán, ivabradina, cilostazol, AAS, clopidogrel, furosemida.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. COC. ACR: rítmicos a buena frecuencia. Hipoventilación bibasal. Abdomen: hiperpigmentación cutánea hemiabdomen derecho. MMII: edemas, empastamiento bilateral, pulsos conservados. No adenopatías. Bioquímica: creatinina 2,61, urea 66, iones normales. Hemograma: Hb 8,5, Hcto 26,7, VCM 106, plaquetas normales, serie blanca normal. Coagulación: normal. Estudio de autoinmunidad normal. GSA: PO2 65, pH 7,305, bicarbonato 18. EFR: alteración restrictiva muy grave con PBD negativa. Eco abdomen: normal. TAC tórax: ligero enfisema centroacinar y paraseptal, más evidente a nivel apical. Calcificación extensa de CD. Ligero derrame pleural bilateral. EDA. Cuerpo extraño esofágico tercio distal. Estenosis esofágica péptica distal no franqueable. Colonoscopia: hemorroides internas, diverticulosis colónica. AP: mucosa de intestino grueso con ligero edemas subepitelial. Cambios inflamatorios crónicos inespecíficos con eosinofilia. HT: compatible con esclerodermia-esclerosis sistémica.

Juicio clínico: Síndrome esclerodermiforme, secundario probablemente a fármacos.

Diagnóstico diferencial: ES asociada a neoplasia, amiloidosis primaria, escleromixedema, fascitis eosinofílica, morfea generalizada, porfiria cutánea tarde.

Comentario final: Desde el punto de vista de Atención Primaria es importante realizar una buena exploración física y un adecuado diagnóstico diferencial del cuadro clínico que presenta el paciente, sin olvidar los antecedentes personales y el tratamiento.

Bibliografía

1. Tu H, Eisen J, Fitzpatrick A. Dermatología en medicina general, 5ª ed.

Palabras clave: Esclerosis. Edema.