



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1406 - DOCTOR, LAS MANCHAS QUE ME HAN SALIDO CRECEN, PERO SEGURO QUE NO ES NADA. MORFEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. de Castro Peral<sup>1</sup>, A. Bastida Sánchez<sup>1</sup>, A. Menéndez López<sup>2</sup> y Á. Martínez Hernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pedro del Pinatar. San Pedro del Pinatar.

Murcia. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. San Javier. Murcia.

<sup>3</sup>Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. San Javier. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 71 años, obesa, dislipémica, diagnosticada de tiroiditis de Hashimoto y apnea del sueño. Desde hace seis meses presenta dos lesiones cutáneas: en abdomen y rodilla izquierda, a las que no ha dado importancia, pero en la última semana se ha observado una nueva en cuero cabelludo. No recuerda traumatismo previo, ni proceso vírico o bacteriano.

**Exploración y pruebas complementarias:** Placa en abdomen de bordes irregulares, endurecida, eritematosa y con centro blanquecino. Lesión rodilla izquierda, de consistencia dura, violácea que distorsiona la anatomía, con afectación de tejidos subyacentes, formando placas en muslo y rodilla que limita la movilidad. Se evidencia asimetría entre miembros. Mancha en zona occipital, violácea con zona de alopecia. Ante el diagnóstico de sospecha de morfea solicitamos hemograma, función renal y hepática, enzimas musculares, proteinograma y orina para descartar esclerosis sistémica. IgG e IgM, ANOEs, Ac anticentrómero, anti-Scl70 para buscar asociación con autoinmunidad. VHB, VHC, VIH, serología de *Borrelia*, Mantoux para descartar causa infecciosa, con resultados negativos. Derivamos a Dermatología para confirmación por biopsia (biopsia lesión abdominal: piel con fibrosis dérmica difusa, con discreto infiltrado inflamatorio alrededor de vasos y desaparición de anejos; de forma local se reconocen conductos de glándulas sudoríparas aisladas y atrapadas entre colágeno) y a Reumatología para descartar lupus eritematoso sistémico u otra patología asociada y completar estudio.

**Orientación diagnóstica:** Morfea. Fue tratada con corticoides tópicos y sistémicos, alternado con tacrolimus. Preciso fisioterapia sin recuperar movilidad de la rodilla, por lo que se pautó metotrexate con buena evolución.

**Diagnóstico diferencial:** Esclerodermia en placas, psoriasis en placas, vasculitis leucocitoclástica.

**Comentario final:** Cualquier patología de la piel por muy banal que parezca, necesita una anamnesis y exploración física completa. No se trata de "observar y tratar", sino de hacer un buen diagnóstico diferencial. La piel suele ser indicadora de enfermedades sistémicas subyacentes. Desde Atención Primaria es nuestra obligación no trivializar ninguna "dolencia" y orientar su diagnóstico y tratamiento.

## **Bibliografía**

1. Rodríguez-Salgado P, García-Romero MT. Morfea: Revisión práctica de su diagnóstico, clasificación y tratamiento. Gaceta Médica de Mexico. 2019;155(5):522-31.

**Palabras clave:** Morfea. Esclerodermia.