



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



O-050 - DOCTOR, SE ME ESCURREN LAS COSAS

R. Espinosa López^a, C. Soria Garzón^a, A. Castillo Carsi^d, E. Ferre Rubio^b, L. Sánchez Cabanes^c y C. Moreno Ribelles^a

^aCS Burjassot II. ^bCS Paterna. ^cCS Moncada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 49 años que acude a consulta por tumefacción, hormigueo, dolor más intenso por la noche y torpeza agarrando objetos en su mano izquierda, asociando pérdida de peso significativa en los últimos meses. Como antecedentes, es hipotiroidea en tratamiento y empleada del hogar. Se trata con AINEs y en una EMG se detecta neuropatía por atrapamiento del nervio mediano, remitiéndola a traumatología para tratamiento de síndrome del túnel carpiano. Tras intervención quirúrgica, consulta en repetidas ocasiones por persistencia de la clínica, mal aspecto de la cicatriz, fibrosis, mayor agarrotamiento en ambas manos e incluso limitación de la movilidad en MMII. Se deriva a Neurología, que recomienda ingreso para estudio por sospecha de cuadro esclerodermiforme.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. ACP normal. Edemas pétreos en partes distales de extremidades. Rigidez articular y contractura en dedos de las manos. Adenopatías laterocervicales bilaterales dolorosas. En analítica, hemograma normal con eosinofilia; bioquímica, coagulación, anticuerpos... normales, a excepción de reactantes de fase aguda discretamente elevados. Proteinograma normal, sin bandas monoclonales. Serología normal. Pruebas de imagen sin hallazgos significativos. Nueva EMG: proceso miopático generalizado. Finalmente, biopsia cutánea compatible con fascitis eosinofílica. Biopsia muscular: miositis con patología perimisial.

Juicio diagnóstico: Fascitis eosinofílica con perimiositis.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente, la clínica puede comenzar como síndrome del túnel carpiano. Se debe establecer ante otras enfermedades con manifestaciones clínicas similares (induración cutánea, debilidad muscular o la presencia de eosinofilia periférica). En la esclerodermia sistémica se observa fenómeno de Raynaud y la capilaroscopia suele ser anormal; la fascitis eosinofílica cursa sin fenómeno de Raynaud y con capilaroscopia normal. Debe diferenciarse también de la polimiositis, del síndrome hipereosinofílico y de la vasculitis de Churg-Strauss. También se debería plantear con aquellas enfermedades que presentan edemas generalizados, como cardiopatías, hepatopatía crónica difusa, nefropatías, hipoalbuminemia, hipotiroidismo, determinados fármacos o idiopáticos.

Comentario final: La fascitis eosinofílica es una entidad con etiología desconocida que comienza con edemas e induración de la piel, con más frecuencia entre 30 y 60 años. Los corticoides son los fármacos más empleados para su tratamiento, generalmente con buena respuesta, aunque también

son utilizados con frecuencia inmunosupresores, como en el caso de esta paciente, sin responder a ningún tratamiento actualmente. El curso es favorable en muchos casos, aunque se ha descrito peor pronóstico si existe afectación hematológica, extracutánea o cutánea extensa. Debemos señalar que, en nuestros centros de salud, los edemas son un motivo de consulta frecuente. Por ello, es fundamental su estudio y diferenciación para asegurar la detección de este tipo de síndromes. También es importante la buena coordinación hospitalaria para llevar a cabo su diagnóstico, abordaje y seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera E, Moreno A, Requena L, Rodríguez-Peralto JL, eds. Dermatopatología: correlación clínico-patológica, Signamet, Barcelona, 2007.