



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

244/42 - ¡DOCTORA, ALGO ME DA ALERGIA! ¿POR QUÉ ME DUELE?

S. Díez Martínez^a, M. Arques Perez^b, M. de la Hoz Gutiérrez^c, A. Fernández Serna^d, C. Fortuny Henríquez^e y L. Gomez Ruiz^f

^aMédico de Familia. S.U.A.P. Alisal. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. S.U.A.P. Sardinero. Santander. Cantabria. ^cMédico de Familia. S.U.A.P. Santander. Cantabria. ^dMedico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^eMedico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Marina. Santander. Cantabria. ^fMedico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer.39 años. Acude por segunda ocasión servicio de urgencias de Atención Primaria (SUAP) por lesiones redondeadas, eritematosa que en una primera visita se relaciona con reacción alérgica que se trata con cetiricina sin mejoría. Durante la anamnesis la paciente refiere lesiones redondeadas de predominio en tobillos (pero también en extremidades superiores e inferiores), con artralgias erráticas, pero en ningún caso describe prurito.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: no hay ninguna alteración. Excepto lesión eritematosa nodular, dolorosa, adherida a planos profundos. Al tiempo que muestra lesiones residuales violáceas en ambas piernas y hombros. Ante la sospecha de eritema nodoso, se recomienda a la paciente acudir a su MAP. Y se pauta como tratamiento AINEs cada 8 horas. Desde consulta se realiza estudio, donde hemograma bioquímica, coagulación, estudio tiroideo, proteinograma, elemental y sedimento, Mantoux, radiología abdomen y tórax, ecografía abdomino-pélvica sin ninguna alteración. Únicamente se detectó una elevación inicial de ASLO que normalizó al mes.

Juicio clínico: Eritema nodoso.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial con contusiones, picaduras de insectos, y flebitis son fáciles de reconocer. El diagnóstico diferencial incluye también las enfermedades que pueden cursar con eritema nodoso infecciones por estreptococos, Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium leprae, Yersinia, Salmonella, Chlamydia pneumoniae, Neisseria gonorrhoeae, virus (CMV, VHB, VHC, EBV, VIH) u hongos-. Reacción medicamentosa secundaria a antibióticos (particularmente a la penicilina), sulfonamidas, pirazolonas. Enfermedades como la sarcoidosis (una de las causas más frecuentes), las enfermedades inflamatorias intestinales, el síndrome de Sweet (dermatitis con neutrofilia) o enfermedades sistémicas del tejido conectivo (lupus eritematoso generalizado, polimiositis/dermatomiositis, esclerodermia, vasculitis). Embarazo o consumo de anticonceptivos orales.

Comentario final: El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis con aparición de

nódulos cutáneos inflamatorios y dolorosos. Afecta a la superficie pretibial de las extremidades inferiores entre otros lugares. Más frecuente en mujeres entre los 15-30 años, en épocas de primavera y final del invierno De etiología múltiple. El cuadro clínico es típico por lo que el diagnóstico suele ser sindrómico. Para poder llevar a cabo el diagnóstico etiológico debemos realizar un estudio que descarte las causas más frecuentes: estudio analítico, radiografía de tórax, pruebas serológicas, cultivos, Mantoux, test embarazo. En caso de duda se puede recurrir a la biopsia. Dado el carácter autolimitado de la enfermedad, el tratamiento debe ser etiológico si se demuestra su origen. El tratamiento sintomático se basa en aines y corticoides en algún caso.

Bibliografía

1. Muñoz Ávila JA, García Criado EI, Berlango Jiménez A, Calderón de la Barca Gázquez JM, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo LM. Manejo del eritema nodoso en urgencias. *Semergen*. 1998;24(5):395-8.
2. García Porrúa C, González Gay MA, Vázquez Caruncho M, López Lázaro L, Lueiro M, Fernández ML, et al. Erythema nodosum. Etiologic and predictive factors in a defined population. *Arthritis and Rheumatism*. 2000;43:584-92.