



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1497 - ¿ALERGIA, SÍNDROME DE SWEET? LA PIEL, ESE MUNDO TAN PECULIAR

J.I. García García^a, J. Prieto Nave^b, M.J. Díaz Mora^c, J.C. Gómez Adrián^d, M. Ferrer Esteve^e, L. Fernández Salinas^e, H. Rodríguez^f, Á.H. Góngora Tirado^g, E.C. Castillo Espinoza^h y M. Porta Tormoⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud Almassora. Castellón. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^fMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^gMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^hMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ⁱMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 61 años que acude a nuestras consultas por cuadro de cefalea de varios días de evolución que había consultado en el servicio de urgencias hospitalarias sin mejoría. El paciente refiere cefalea y fiebre asociada de hasta 38° de predominio vespertino y asocia también lesiones anulares papuloeritematosas y endurecidas de predominio en manos pero han aparecido también en piernas y tórax. Asocia polialtralgias generalizadas. Como antecedentes: HTA tratada con enalapril + hidroclorotiazida y amlodipino, y herniorrafia. El paciente considera que el inicio de este cuadro apareció coincidiendo con un aumento de dosis habitual de amlodipino de 5 a 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, C y O, NH y NC. T^a timpánica 38 °C. TA 131/78 mmHg. FC 80 lpm. ACP, neurológica y abdomen: anodina. Se objetivan lesiones papuloeritematosas anulares endurecidas, no pruriginosas, con leve descamación y distribuidas de forma generalizada por todo el cuerpo. No se palpan adenopatías a ningún nivel. Analíticamente destaca neutrofilia del 73,7%, fibrinógeno de 528 y PCR de 252, resto normal. ECG: Sin alteraciones. Rx tórax: sin hallazgos patológicos.

Juicio clínico: Posible reacción adversa a amlodipino.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Sweet, conectivopatía, eritema nodoso.

Comentario final: Nuestro paciente fue remitido nuevamente desde nuestra consulta a urgencias objetivándose elevación de la PCR y quedando el paciente ingresado para estudio. Se instauró tratamiento con prednisona, retirando el tratamiento con amlodipino dado el relato del paciente. Se

realiza biopsia de las lesiones con resultado de normalidad, así como la autoinmunidad y las serologías. El paciente mejoró clínicamente, remitiendo las lesiones, por lo que fue dado de alta retirando el amlodipino. Este es un caso de amplias posibilidades en el diagnóstico diferencial, la sospecha inicial quedó descartada tras la biopsia pero las características de las lesiones y la clínica del paciente nos hacían plantearnos la posibilidad de sd. de Sweet (aparición de placas o nódulos en múltiples localizaciones asociados a fiebre, malestar y neutrofilia, y una clínica en piel de características muy similares a las del paciente) pero acabó diagnosticándose una reacción alérgica a medicación, de incidencia entre un 0.1-1%. Dado que se instauró el tratamiento para brote de sd. de Sweet y se retiró el amlodipino quedamos a la espera de si se producirán recidivas, a pesar de la nula sintomatología al alta, dado que en el sd. de Sweet son bastante frecuentes y pueden requerir de reintroducción de tratamiento esteroideo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Peralto JL, Domínguez D, Carrillo R. Síndrome de Sweet. Harrison principios de Medicina Interna. 18ª ed.
2. Ginarte M, Toribio J. Sweet's síndrome. Medicina Clínica.