



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2537 - ¿Qué me pasa en la piel?

G. Lucía Ramos^a, R. Alonso Iglesias^b, Á.F. Viola Candela^c, C. Sánchez Peinador^c, M. Robles Torres^a, E. de Dios Rodríguez^d, J.I. Delgado Redondo^d, J.I. Berrocoso Sánchez^d, L. Vannay^e y C.M. Becerro Muñoz^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^bMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. ^eMédico Residente de 2^o año. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. ^fMédico Adjunto-Tutora de Residentes. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años, sin alergias medicamentosas, fumadora de 4 cigarrillos al día, en tratamiento con Tryptizol ocasional para migraña y diagnosticada de hernia discal L4-L5, colecistectomizada y con una hermana diagnosticada de lupus eritematoso familiar. Consulta por tiritona y fiebre de hasta 39 °C desde hace 48 horas. Desde hace 15 días, presenta tos seca, malestar general, hiporexia, artralgias y mialgias en hombros, rodillas y dedos de las manos. Junto a ello, refiere la aparición de múltiples lesiones dolorosas que han aparecido en las piernas y posteriormente en extremidades superiores.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente y orientada, normoperfundida e hidratada, hemodinámicamente estable. Pulsos temporales y carotídeos presentes, bilaterales y simétricos. Orofaringe hiperémica, sin exudados ni adenopatías. ACP: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias palpables y ruidos abdominales presentes. EEII: Lesiones eritematosas, nodulares, induradas y muy dolorosas a la palpación. No signos de TVP. Pulsos pedios presentes, bilaterales y simétricos. Ante estos hallazgos, derivamos a la paciente al Servicio de Urgencias para iniciar estudio y tratamiento. En la analítica urgente, solo destaca PCR 7,29 resultando hemograma, bioquímica y coagulación normales. Se realiza ECG que no revela datos patológicos y una radiografía de tórax en la que se evidencian adenopatías hiliares bilaterales y paratraqueales derechas, por lo que ante esos hallazgos la paciente ingresa en Medicina Interna. Durante el ingreso, se realiza analítica que incluye perfiles hepático, lipídico y metabolismo del hierro y hormonas tiroideas sin alteraciones, Mantoux negativo, serologías frente a VHC, VHB, VIH, VHA, VEB, CMV, Brucella, Borrelia burgdorferi, Legionella pneumophila, Coxiella spp., Chlamydia pneumoniae, Toxoplasma gondii, Mycoplasma pneumoniae negativas, hemocultivos y urocultivo negativos. Se biopsian las lesiones dérmicas con el resultado de paniculitis septal compatible con eritema nodoso. El estudio de las adenopatías hiliares mediante TAC toraco-abdominal, gammagrafía con galio 67 broncoscopia con toma de biopsia confirma linfadenitis granulomatosa no necrotizante y actividad de dichas adenopatías, todo compatible con el diagnóstico de sarcoidosis.

Juicio clínico: I. Eritema nodoso. II. Sarcoidosis.

Diagnóstico diferencial: I. Eritema nodoso: picadura de insectos, contusiones, celulitis. II. Sarcoidosis: tuberculosis pulmonar, neoplasias, vasculitis.

Comentario final: Es muy importante el diagnóstico de eritema nodoso porque es la manifestación de una enfermedad que provoca esta situación clínica, que en ocasiones se trata de un proceso importante que se debe tratar, como una tuberculosis o un proceso reumático. No siempre se puede llegar al diagnóstico etiológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castell E, Gómez A. Revisiones clínicas: Eritema nodoso. Medicina del posgraduado, 1982;4:135-9.
2. Hyland-McGuire P, Guly H. Erythema nodosum-diagnostic difficulties in the accident and emergency department. J Accid Emerg Med. 1996;13(3):211-2.
3. Bargout R, Kelly RF. Sarcoid heart disease: clinical course and treatment. Int J Cardiol. 2004;97(2):173-82.