



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2815 - Síndrome febril y lesiones cutáneas

P. Cabanelas Pousa^a, N. Valiño Ferraces^b y P. Antelo Pais^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. Santiago de Compostela. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. Santiago de Compostela. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Santiago de Compostela.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años que acude por fiebre de hasta 38 °C hoy. No termometró temperatura en domicilio pero refiere síndrome distérmico desde ayer por la noche y sudoración profusa. Pérdida de peso de 5 Kg en 3 meses. Episodios de síndrome febril en varias ocasiones desde hace 2 meses que cedió espontáneamente acompañándose de lesiones cutáneas en tórax y cuello no pruriginosas. Artralgias y artritis a nivel de articulaciones IFD ambas manos hace 1 mes.

Exploración y pruebas complementarias: Sat 96%; FC 104 lpm; T^a 38,2 °C. COC, BEG, eupneico a aire ambiental. Piel y anejos: lesiones sugestivas de placas eritematoedematosas aisladas no infiltradas, no agrupadas de entre 5-10 mm sin descamación en cuello, EESS y tronco. Dos adenopatías submandibulares subcentimétricas rodaderas y de consistencia blanda. Linfadenopatía supraclavicular bilateral de unos 2 cm rodaderas e indoloras. ACP, abdomen y EEII: sin alteraciones. Rx: normal. A/S: Leucopenia discreta; VSG 53; PCR 1.963; ASLO 577; ferritina 578. Biopsia piel: lupus eritematoso subagudo (LES).

Juicio clínico: LES.

Diagnóstico diferencial: Parapsoriasis: a favor del diagnóstico las lesiones asintomáticas se pueden presentar en pequeñas o grandes placas. En contra ausencia de lesiones previas que orienten a un proceso crónico como constituye una parapsoriasis, ausencia de descamación de las lesiones, presencia de síndrome febril y carencia de signo de Auspitz. Pitiriasis rosada: a favor las lesiones son asintomáticas de color rosa asalmonado en EESS y tronco acompañado de astenia. En contra la evolución ya que suele autolimitarse en 3-4 semanas. Las lesiones no presentan descamación y no encontramos lesión de heraldo. Sífilis: a favor las lesiones dan lugar a gran variedad de formas clínicas. En contra el paciente no presenta lesiones en palmas y plantas siendo estas altamente sugestivas de la enfermedad. Síndrome de Sweet: cursa con la aparición brusca de múltiples placas eritematoedematosas, sensibles o dolorosas, de distribución bilateral pero asimétrica en un paciente con síndrome febril intermitente. En contra de su diagnóstico en la analítica realizada al paciente no encontramos leucocitosis ni neutrofilia y las lesiones no son dolorosas. Lupus eritematoso cutáneo: a favor de este diagnóstico se encuentra que en esta variedad de lupus subagudo existen pápulas o placas escamosas distribuidas en zonas fotoexpuestas y la

mayor parte de pacientes reúnen criterios de lupus sistémico. En contra que se presenta más en mujeres y forma anular de las lesiones.

Comentario final: En pacientes como el que presentamos debemos hacer una anamnesis exhaustiva en busca de síntomas como artralgias, astenia, exposición solar o relaciones sexuales del riesgo en los últimos meses. En la exploración deberemos indagar la posibilidad de nuevas lesiones en el resto de la superficie corporal y estar atentos a la búsqueda de adenopatías y lesiones típicas como la lesión de heraldo o placas descamativas que podría orientar el diagnóstico. Por último mencionar que el LES constituye una de las manifestaciones del lupus crónico de mayor controversia a la hora del diagnóstico siendo muy reveladora la biopsia en casos como el que mostramos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Curth HO. Skin lesions and internal carcinoma. En: Andrade R, Gumport SL, Popkin GL, Rees TD, eds. Cancer of the skin: biology-diagnosis-management. Filadelfia: Saunders; 1976. p. 1308-41.
2. Jabbour SA. Skin manifestations of hormone-secreting tumors. *Dermatol Ther.* 2010;23(6):643-50.
3. Zohra Zaidi SW. Lanigan Diseases of connective tissue in *Dermatology in Clinical Practice*, p. 211-31.