



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1955 - Cuidado con las lesiones cutáneas

C. Sánchez Pérez^a, M.J. Conesa Espejo^a, M. García Aroca^b, C.G. Zambrano Clavier^c, C. Celada Roldán^d, K.P. Baldeón Cuenca^e, A. Martínez Más^f, L. Muñoz Alonso^g, I.M. Martínez Ardil^h y M. Rodríguez Alonsoⁱ

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Besaya. Torrelavega. Cantabria. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. ^gMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. ^hMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barrio de Peral. Cartagena. Murcia. ⁱMédico Residente de 2^o Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 que acude a nuestra consulta de atención primaria porque desde hace diez días presenta cefalea, astenia y debilidad además los tres días previos a la consulta comienza con fiebre temperatura máxima de 38.5grados y se observa lesiones cutáneas ampollosas en tronco, extremidades y cara que evolucionan hacia lesiones costrosas. Como antecedentes el paciente presenta talasemia menor y enfermedad de Crohn ileocólico corticodependiente en tratamiento con mercaptopurina 2 comprimido al día e infliximab cada 8 semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Examen físico: consciente y orientado. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible no doloroso. Hepatoesplenomegalia de un través. Neurológicamente sin focalidad ni signos meníngeos. Presenta lesiones ampollosas aisladas y diseminadas en tronco y antebrazos que se inician como una lesión eritematosas que evoluciona hacia ampolla y luego lesión costrosa. Analítica: Bioquímica sin alteraciones significativas. PCR 0.5. Hemograma: hematíes $4,3 \times 10^{12}/l$, hemoglobina 9,4 g/dl, hematocrito 29,2%, volumen corpuscular medio 67,1 fl, hemoglobina corpuscular media 23,6 pg/cel, ancho distribución eritrocitaria 19,9%, leucocitos $4.810 \times 10^9/L$ (neutrófilos 42,3%, linfocitos 43%, monocitos 13,9%). Plaquetas 337.000. Coagulación sin alteraciones. Radiografía tórax: sin alteraciones significativas. Serología: IgM citomegalovirus positivo e IgG negativo. Baja avidéz que indica infección reciente por citomegalovirus. Resto negativo.

Juicio clínico: Infección aguda por citomegalovirus en paciente con enfermedad de Crohn en tratamiento con infliximab.

Diagnóstico diferencial: Infección por virus herpes simple, dermatitis herpetiforme, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome de la escaldadura estafilocócica.

Comentario final: El citomegalovirus es un herpesvirus beta. Este no se propaga fácilmente por

contacto fortuito, sino que requiere de una exposición íntima repetida o prolongada para su transmisión. Una vez infectado el individuo probablemente sea portador del virus toda la vida y los síndromes de reactivación del citomegalovirus aparecen con frecuencia si se produce un deterioro de la inmunidad. El citomegalovirus parece ser el patógeno vírico más importante y el que con mayor frecuencia complica en los pacientes inmunodeprimidos. La infección por CMV puede adoptar clínicamente el aspecto de la mononucleosis infecciosa, retinitis, gastroenteritis, neumonía, hepatitis, encefalopatía, endocrinopatías. Las manifestaciones dermatológicas de la infección por CMV son diagnosticadas con poca frecuencia. Las manifestaciones cutáneas son polimorfas: pápulas, nódulos, placas verrucosas, vesículas, púrpura y ulceraciones. Si bien la localización es variable, existe un predominio por la región genitoperineal. El diagnóstico es el aislamiento del virus o la detección de antígenos o DNA a partir de muestras clínicas adecuadas. El tratamiento de la infección por CMV se basa en el ganciclovir y el fosfonoformato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Facui, Braunwald, Kasper, Huaser, Longo, Jameson. Loscalzo. Harrison. Principios de Medicina Interan. 17ª edición. Volumen I. Capítulo 174. p. 1109-13.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica del Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª edición.
3. Cliniguía. Actualización diagnóstico y terapéutica, 8ª edición, 2013.