



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1540 - LAS ENFERMEDADES NO SIEMPRE VIENEN SOLAS

L. Sánchez Camacho^a, E.M. Sánchez Cañete^a, M.D. Spínola Muñoz^b, M. Gutiérrez Soto^c, S. Larrasa Soriano^a, R. Medel Cortés^d, I.M. Gómez Martín^e, E. Navarrete Martínez^f y M. Aldeanueva Escribano^g

^aMédico de Familia; ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. ^bMédico Residente. Centro de Salud Occidente. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. Córdoba. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 76 años HTA, glucemia basal alterada, hiperlipemia, hipotiroidismo tras tiroiditis atrófica y patología osteoarticular degenerativa. Antecedentes familiares: madre con DM tipo 2, cáncer de mama en hermana, hija intervenida de tiroidectomía total por Enfermedad de Graves y hermana con hipotiroidismo primario. En tratamiento con: lormetazepam, carvedilol, sertralina, pantoprazol, losartan y eutirox. Acude a consulta por dolor abdominal, fiebre y disuria pautándose tratamiento antibiótico con fosfomicina. Una semana después acude por persistencia de febrícula y aparición en piernas de lesiones, compatibles con eritema nodoso junto con astenia, pérdida de apetito y 7-8 kg de peso en los últimos 3 meses. Se deriva a Consultas Externas de Medicina interna y se administra tratamiento con cefuroxima.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Depresivo. Normohidratada y normocolorada. No adenopatías en cabeza y cuello. ACR normal. Abdomen doloroso en epigastrio, sin otros hallazgos. MMII: eritema nodoso en evolución, palpable, sonrosadas y algo dolorosas. No edemas ni signos de TVP. Analítica: PCR 113, B2 microglobulina 3.261, TSH 0,19, tirotoxina 1,39, marcadores tumorales normales. Urocultivo negativo. Serologías: *Yersinia*, CMV, VEB y *Brucella* negativas. Rx tórax normal. TAC toraco-abdomino-pélvico: hígado sin lesiones, divertículos en sigma, riñones normales. No adenopatías. Resto normal. EDA: sin hallazgos patológicos. Colonoscopias: áreas segmentarias de ulceración/inflamación. Considerar enfermedad de Crohn. Biopsia: patrón histológico inespecífico a correlacionar con la clínica.

Juicio clínico: Sospecha de enfermedad de Crohn.

Diagnóstico diferencial: Faringitis estreptocócica e idiopática son las causas más frecuentes. Otras relacionadas con síntomas gastrointestinales: enfermedad inflamatoria intestinal, Behçet, pancreatitis o enfermedad de Whipple.

Comentario final: Al igual que otras enfermedades de base inmunológica, la incidencia de la enfermedad de Crohn se relaciona con el desarrollo económico y sanitario de los países. En España,

se diagnostican unos 6-9 casos nuevos por cada 100.000 habitantes/año. La edad de presentación de la enfermedad de Crohn suele ser entre los 15 y 35 años de edad. Algunos estudios han encontrado un segundo pico de diagnóstico de la enfermedad alrededor de los 60 años.

Bibliografía

1. Sota Busselo I, et al. Erythema nodosum: etiological changes in the last two decades. Elsevier, 2013.

Palabras clave: *Eritema nodoso. Enfermedad inflamatoria intestinal. Diagnóstico diferencial.*