



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2030 - ¡QUÉ MALA PATA TENGO, DOCTOR...!

P.S. Pérez Martín<sup>a</sup>, C. Herrero Montes<sup>b</sup>, M.R. Martín Hernández<sup>c</sup>, M.M. Mateo Díaz<sup>b</sup>, E. Aguilar Huerta<sup>b</sup>, P. Suñer Díaz<sup>b</sup> y J. de Venanzi Vicentini<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alameda. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 45 años. AP: no HTA, no DM, no DL. Alergia a azatioprina hiperuricemia, trombopenia, hemoptisis de repetición, adenopatía hiliares calcificadas. Mantoux negativo, sospecha de LES/vasculitis. Tratamiento: ácido acetilsalicílico (sd. antifosfolípido) y amitriptilina. Acude a consulta por molestias en pierna izquierda desde hace 24 horas sin traumatismo previo, zona tibial con edema, calor, rubor y dolor, impresiona de celulitis se pauta: dexketoprofeno y amoxi-clavulánico, a los 5 días mejoría de pierna izquierda pero comienza con edema y signos de Celso en pierna contralateral.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 37,2 °C. TA: 128/81 mmHg. FC: 91 lpm. SatO<sub>2</sub>: 99%. MMII izquierdo: edema empastado desde pie a tercio medio de pierna con fóvea, no eritema, elevación de temperatura sin puerta de entrada. MMII derecho: edema sin fóvea desde dorso de pie a tercio medio, aumento de temperatura, rubor, dolor en zona de maléolo externo. Intenso dolor a la presión y al movimiento articular pasivo, no puerta de entrada. Anemia microcítica, no leucocitosis, D-dímero aumentado, FG alterado, PCR 65. Afebril en planta, mejoría con AINEs, no dolor. La lesión se vuelve eritematosa/violácea en pierna derecha. Eco-Doppler: no TVP. AI dilatada. Biopsia de lesión compatible con cuadro secundario a fármacos.

**Juicio clínico:** Artritis inflamatoria/LES. Dada la ausencia de leucocitosis en un paciente con febrícula, la discreta elevación de RFA y la falta de mejoría con antibioterapia se descarta celulitis. Mejoría con AINEs en paciente con sospecha de LUPUS asociado a ANCA se decide como diagnóstico artritis inflamatoria.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de LÖFGREN, vasculitis por hipersensibilidad, eritema nodoso, celulitis, granulomatosis con poliangeítis.

**Comentario final:** Un cuadro que a priori parecía una celulitis, resultado ser una enfermedad reumática no infecciosa, lo que recalca la importancia que tienen los antecedentes personales a la hora del diagnóstico y la necesidad de pruebas complementarias que nos orienten.

## Bibliografía

1. Pérez G, Facal J. Sarcoidosis aguda: Variante de Síndrome de Löfgren sin eritema nodoso.

- Arch Med Int. 2014;36(2).
2. Ferrandiz C. Dermatología Clínica.
  3. Mono-poliartritis. Fistera, 2016.
  4. Gómez del Pulgar A, Sánchez Gazán Y, Rodríguez Alonso JJ. Monoartritis aguda. FMC. 2015;22:502-9.

**Palabras clave:** *Artritis. Lupus. Eritema nodoso.*