



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4599 - LA OTRA CARA DE LA FARINGOAMIGDALITIS

D. Simarro Díaz^a y S. López Santos^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años que acude a urgencias por inflamación y dolor en miembros inferiores sin fiebre. Antecedente de infección amigdalar hace 3 semanas que tras ser tratada con Augmentine e ibuprofeno recurrió y tras otra pauta de azitromicina aparece la inflamación en extremidades. En urgencias le pautaron corticoides por posible reacción alérgica, sin mejoría. Consulta a su MAP que le pautó cloxacilina pensando en una celulitis.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril y hemodinámicamente estable. Nódulos rojo brillante en ambos miembros inferiores, más extendido en el derecho con aumento de la temperatura y dolorosos a la palpación, sugestivos de eritema nodoso. Radiografía tórax, hemograma, bioquímica y elemental de orina normales. Ag estreptococo negativo. Derivada a reumatología le realizan: Punch de lesión nodular con mínimos cambios congestivos e inmunofluorescencia negativa. Analítica: VSG 57 y PCR 10. Serologías negativas. ANA negativo. C3 y C4 normales. Quantiferon negativo. ECA negativo. Espirometría en límites normales. Tras tratamiento con vimovo y reposo relativo con extremidades elevadas la paciente tuvo una recuperación total en 3 semanas.

Orientación diagnóstica: El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis caracterizada por la presencia de lesiones nodulares infiltrativas en la piel y el tejido celular subcutáneo. Tiene más importancia como reacción de hipersensibilidad a antígenos de una enfermedad subyacente que como enfermedad dermatológica. Es plurifactorial, asociado a un amplio espectro de enfermedades, aunque en un 35-50% de las veces no se llega a conocer la causa.

Diagnóstico diferencial: Celulitis. Eritema indurado de Bazin. Tromboflebitis superficial.

Comentario final: Como médicos de atención primaria también debemos saber hacer un buen diagnóstico diferencial de patologías dermatológicas, sabiendo que no siempre se limitan a este órgano si no que pueden ser la manifestación de enfermedades a otros niveles.

Bibliografía

1. Yi SW, Kim EH, Kang HY, et al. Erythema Nodosum: Clinicopathologic correlations and Their Use in Differential Diagnosis. Yonsei Med J. 2007;48:601-8.

2. Roddy E, Jones AC. Reactive arthritis associated with genital tract group A streptococcal infection. *J Infect.* 2002;45:208-11.
3. Mert A, Ozaras R, Tabak F, et al. Erythema nodosum: an experience of 10 years. *Scand J Infect Dis.* 2004;36:424-7.

Palabras clave: Infección amigdalas. Eritema nodoso. Paniculitis.