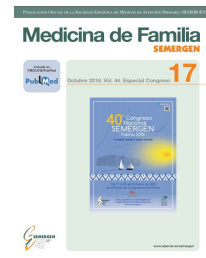




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/258 - A PROPÓSITO DE UN CASO: MÁS OÍR, VER Y TOCAR, MENOS ERRAR

S. Berdasco Suárez^a, M. Carrizo Boto^a, D. Carbajal Pérez^b y G. del Río González^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pravia. Avilés.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años. No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Enfermedad de Crohn ileocólica, a tratamiento con azatioprina. Acude a consulta por fiebre de 48 horas sin mejoría con paracetamol, además poliartralgias y lesiones dolorosas en miembros inferiores desde hace 1 semana. Teniendo en cuenta lo referido por el paciente, sin olvidar el antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal y sumando el hallazgo en la exploración de lesiones sugestivas de nódulos subcutáneos se sospecha la presencia de un eritema nodoso. Dado el mal estado general se decide enviar al paciente al servicio de Urgencias del hospital de área.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura: 39,5 °C. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Miembros inferiores: múltiples nódulos eritematosos violáceos, profundos, dolorosos, el mayor en raíz de muslo izquierdo (8 cm). Analítica: proteína C reactiva 16,03 mg/dl, albúmina 3,33 g/dl, procalcitonina 1,55 ng/ml, leucocitos 13.800 (neutrofilia), velocidad sedimentación 1 hora 92 mm. Tomografía computarizada abdominal con contraste: íleon terminal engrosado, estenosis prácticamente total de su luz, infiltración de grasa mesentérica a ese nivel, múltiples adenopatías en raíz de meso y fosa iliaca derecha. Anatomía patológica: en tejido adiposo subcutáneo se observa proceso antiinflamatorio de distribución septal. Extenso infiltrado linfocitario y proliferación fibroblástica. Paniculitis septal compatible con eritema nodoso.

Orientación diagnóstica: Eritema nodoso en contexto de enfermedad de Crohn.

Diagnóstico diferencial: Eritema indurado de Bazin, tromboflebitis superficial, celulitis, vasculitis.

Comentario final: Nuestra sospecha diagnóstica se confirmó con los estudios realizados durante el ingreso del paciente (biopsia- punch de lesiones compatible con eritema nodoso). Se retiró azatioprina sustituyéndose por infliximab y se administró prednisona con buena evolución manteniendo al alta el fármaco biológico y pauta descendente de corticoide. En visitas posteriores a nuestra consulta se comprobó la evolución de las lesiones con recuperación completa al mes. En casos como el expuesto, ante patologías cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico, adquiere especial importancia la realización de una correcta anamnesis y exploración, imprescindibles en atención primaria ya que en muchas ocasiones son las únicas herramientas disponibles para los profesionales en ámbito extrahospitalario.

Bibliografía

1. Kroshinsky D. Erythema nodosum. UpToDate.

Palabras clave: Crohn. Fiebre. Nódulos.