



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/58 - FIEBRE Y LESIONES CUTÁNEAS

J. Villar Ramos<sup>a</sup>, M. Montes Pérez<sup>b</sup>, P. López Tens<sup>c</sup>, A. Blanco García<sup>d</sup>, M. Guerra Hernández<sup>e</sup> y D. Fernández Torre<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Maliaño. Cantabria.

<sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud Camargo Costa.

Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa.

Maliaño. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 23 años consumidos de hachís, cocaína, 10 cigarrillos/día. Acude por presentar desde hace año y medio fiebre de predominio vespertino, astenia, sudoración, aftas orales autolimitadas y aparición de lesiones nodulares eritematosas en espalda y muslo izquierdo y acompañándose de 5-6 episodios de dolor y enrojecimiento en ojo izquierdo catalogados de conjuntivitis. Tras accidente de tráfico presentó tumefacción y eritema con aumento de temperatura en rodilla derecha que aparece y desaparece con toma de AINES realizándose RMN que evidenció únicamente derrame. Su pareja presentó hace 6 meses herpes genital que posteriormente también él desarrolló, con resolución espontánea.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 110/45, FC 55 lpm, Tª 36 °C, SatO2 98%. Pequeñas adenopatías superclaviculares y axilares. Aftas orales recurrentes. OFT: uveítis posterior y anterior OI. Boca séptica con enfermedad periodontal. Pseudofoliculitis en tórax y cara posterior del muslo izquierdo (lesiones residuales y agudas). Dermografismo muy positivo. Escroto: secuelas de úlceras y dos nuevas agudas. Rodilla: derrame articular rodilla derecho con signos inflamatorios. Analítica: leucocitos 11.100 (FN), VSG 60, GGT 106, FA 165, TSH 0,92 PCR 15,1. ECA 66,9, Beta 2 microglobulinas 1,79. Resto normal incluido E+S. Urocultivo, coprocultivo: negativo. Serología: toxoplasmosis, Coxiella burnetii, VIH, HBsAg y antiVHC, negativa. CMV, Eps/Barr, M. pneumoniae: IgG positivo e IgM negativo. Cultivo frotis cutáneo de nódulo: estafilococo coagulasa negativo. Líquido sinovial: 15,7050 luc. (35% MNC, 65% PMN). Gram y cultivo: negativos. EBUS con biopsia transbronquial de parénquima alveolar: patrón de hemorragia alveolar difusa con capilaritis y eosinofilia (podrían encuadrarse en un cuadro de vasculitis de vaso pequeño) Gram y Ziehl: negativo. Lavado broncoalveolar: No malignidad. Cultivos Actinomyces, hongos, Nocardia, Legionella: negativo. PAAF ganglio linfático mediastínico: negativo para células malignas. Ganglio reactivo Mantoux: negativo. Test de patergia: positivo. HLA B-27, HLA B-5 y B51: negativos. TAC: adenopatía de 1,5 cm en hilio pulmonar derecho e izquierdo. En LSD áreas en vidrio deslustrado. RNM rodilla derecha: derrame articular significativo.

**Juicio clínico:** Síndrome de Behçet.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad de Kawasaki. Vasculitis por hipersensibilidad (Schonlein-Henoch, PTI, PTT). PAM.

**Comentario final:** Es una vasculitis multisistémica crónica y recidivante que afecta más a varones entorno a los 30 años. El Ag HLA-B5 es 3-4 veces más frecuente. Su diagnóstico es clínico siendo necesario la presencia de ulceración oral (dolorosa que curan sin dejar cicatriz) recurrente además de 2 de los siguientes criterios: ulceración genital (dolorosas + cicatriz), lesiones oculares (bilaterales-uveitis), lesiones cutáneas (nódulos acneiformes, foliculitis, eritema nodoso) y prueba de Patergia. Se asocian además artralgias, artritis (rodillas, tobillos, codos) y tromboflebitis (más superficiales con raro compromiso arterial) y manifestaciones neurológicas (meningitis aséptica recidivante, pseudotumor cerebrii) pero no son criterios diagnósticos.

### **Bibliografía**

1. Wechsler B, Du-Boutin LTH, Amoura Z. Enfermedad de Behçet.
2. Vaillant L, Samimi M, Parent D. Aftas, aftosis, enfermedad de Behçet.
3. Sáenz A, Ausejo M, Shea B, Wells G, Welch V, Tugwell P. Pharmacotherapy for Behçet's syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2000;CD001084.
4. Alpsy E, Durusoy C, Yilmaz E, et al. Interferon alfa-2a in the treatment of Behçet disease: a randomized placebo-controlled and double-blind study. Arch Dermatol. 2002;138:467-71.