



262/40 - IMPORTANCIA DE LA LOCALIZACIÓN Y LA MORFOLOGÍA DE LESIONES CUTÁNEAS EN UNA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

N. Moya Quesada^a, M. Molina Gracia^b, A. Serrano Camacho^c y C. Aguilera Montaño^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Retamar. Hospital de Alta Resolución de El Toyo. Almería. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vega de Acá. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años sin AP de interés que acude por segunda vez a consulta por presentar en el momento actual lesiones cutáneas de 3 semanas de evolución. En la primera visita las lesiones estaban localizadas simétricamente en ambos MMII, fue tratada con antifúngicos tópicos sin mejoría objetivable. Actualmente las lesiones se localizan también en tronco. En la indagación de posibles factores predisponentes de las lesiones, la paciente únicamente refiere haber sido tratada con amoxicilina-clavulánico debido a un cuadro amigdalitis por estreptococo hacía unas 5 semanas. Historia de consultas frecuentes por artralgias durante estos dos últimos años.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente se encuentra consciente, orientada, bien perfundida e hidratada. ACR rítmica sin soplos con MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Exploración abdominal anodina. A la exploración de MMII se aprecian unas lesiones eritematodescamativas simétricas en forma de placas de aspecto psoriásico. En tronco las lesiones presentan un predominio en tercio superior de la espalda, las cuales presentaban aspecto anular siendo confluyentes y de coloración rojo-violáceo. En la zona periférica de dichas lesiones se apreciaba un collarite descamativo. Se deriva a la paciente a los servicios de Dermatología y Reumatología. Se solicita analítica con hemograma completo, bioquímica, perfil hepático, coagulación, autoanticuerpos y complemento, así como análisis de orina, Mantoux, serología VHB y VHC, ECG y Rx tórax.

Juicio clínico: Lupus cutáneo anular.

Diagnóstico diferencial: Toxicodermia por amoxi-clavulánico, psoriasis, eritema polimorfo, sarcoidosis (lupus pernio), lupus vulgar, leishmaniasis, sarcoidosis...

Comentario final: La paciente finalmente, gracias a la biopsia realizada en el servicio de Dermatología, fue diagnosticada de lupus eritematoso cutáneo subagudo en su variante anular y psoriasiforme. El lupus eritematoso es una enfermedad inflamatoria de origen autoinmunitario y carácter crónico. Esta variante se da con mayor frecuencia en mujeres caucásicas en torno a la tercera década de la vida, las lesiones que aparecen suelen ser bastante extensas pero no provocan atrofia cutánea ni cicatrices residuales, aparecen en zonas fotoexpuestas Desde atención primaria es

sumamente importante el control de estos pacientes, pues al tratarse de una enfermedad crónica, es frecuente la aparición de nuevos brotes, de nuevas manifestaciones sistémicas, así como reacciones adversas o intolerancia a los tratamientos.

Bibliografía

1. Beyan E, Beyan C, Turan M. Hematological presentation in systemic lupus erythematosus and its relationship with disease activity. *Hematology*. 2007;12:257-61.
2. Breuer GS, Baer A, Dahan D, Neshher G. Lupus-associated pancreatitis. *Autoimmun Rev*. 2006;5:314-8.
3. Errichetti E, Stinco G. The practical usefulness of dermoscopy in general dermatology. *G Ital Dermatol Venereol*. 2015;150:533-46.