



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/159 - PANICULITIS POR ESTASIS VENOSO. LA CELULITIS QUE NO LO ES

Á. Arévalo Pardal<sup>a</sup>, T. Morán Caballero<sup>b</sup>, R. Álvarez Paniagua<sup>a</sup>, M. Jaime Azuara<sup>a</sup> y T. Martínez Campos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 64 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con los antecedentes médicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia, obesidad y fibrilación auricular paroxística, insuficiencia venosa crónica. Intervenciones quirúrgicas: cataratas, hidrocele derecho. Tratamiento farmacológico: acenocumarol, amlodipino, irbesartán, hidroclorotiazida y metformina. Introducción reciente (hace 2 semanas) de otro antidiabético oral (dapagliflozina). Acude a nuestra consulta por aparición, hace semana y media aproximadamente, de una erupción cutánea, pruriginosa y a veces dolorosa, en extremidad inferior derecha, por debajo de las rodillas. Dicha lesión ha ido avanzando extendiéndose, desde hace 3 días, a la otra extremidad. No fiebre, pérdida de peso ni otros síntomas generales; no sintomatología de índole respiratoria, cardiovascular, digestiva ni urológica.

**Exploración y pruebas complementarias:** A nivel de extremidades inferiores presenta placas eritematosa, induradas, con cierto grado de calor y prurito local, a veces doloroso. En la extremidad inferior derecha se extiende por casi toda la circunferencia de la pierna hasta el tobillo, con bordes activos, y alguna erosión por rascado en la parte anterior. En la extremidad inferior izquierda es más localizada, a nivel aquileo, y con las mismas características descritas. Ambas extremidades están bien perfundidas y no edematosas. No adenomegalias. Resto de exploración física sin hallazgos. Analítica sanguínea con VSG y PCR: normales. Se remite a dermatología, quien confirma diagnóstico de lipodermatoesclerosis, recomendando hidroxio urea tópica, elevación de extremidades y medias de compresión.

**Juicio clínico:** Lipodermatoesclerosis en extremidades inferiores.

**Diagnóstico diferencial:** Erisipela o celulitis según grado de profundidad de afectación. Eritema nodoso, morfea, escleromixedema.

**Comentario final:** La lipodermatoesclerosis o paniculitis por estasis venoso constituye el grado C4 del sistema de clasificación completo para trastornos venosos crónicos (CEAP). Suele asociarse a personas obesas, con insuficiencia venosa, e historia de microtraumatismos repetidos. El diagnóstico es clínico, (anamnesis detallada y exploración física), para descartar etiología infecciosa. La biopsia cutánea no se recomienda salvo casos excepcionales. El tratamiento principal consiste en medias de compresión y venotónicos. Algunos casos responden a estanozolol, otros a la combinación pentoxifilina e hidroxiclороquina y otros a corticoides.

## **Bibliografía**

1. Choonhakarn C, Chaowattanapanit S, Julanon N. Lipodermatosclerosis: a clinicopathologic correlation. *Int J Dermatol.* 2016;55(3):303-8.
2. Morton LM, Phillips TJ. Venous eczema and lipodermatosclerosis. *Semin Cutan Med Surg.* 2013;32(3):169-76.