



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/163 - ¡OJO CON LOS ANTICONCEPTIVOS!

M. Rodríguez Ordóñez^a, M. Rojas Martínez^b, Y. Sow Lanzas^c, M. Luna Valero^d y L. Garrido Almazán^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Miraflores. Málaga. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Carranque Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 23 años sin alergias medicamentosas conocidas. Atopia. Asma bronquial. Hidrartrosis rodilla repetición. En estudio por reumatología por ANA positivo. Apendicectomizada. Tratamiento habitual: etinilestradiol/levonogestrel. Acude a consulta de atención primaria por presentar desde hace unos 4-5 días lesiones dérmicas en ambos miembros inferiores dolorosas, no presenta lesiones en otros lugares, no pruriginosas, no fiebre, no refiere toma de medicación nueva, ni la asocia con ningún alimento.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Colaboradora y orientada. TA: 122/55 mmHg. FC: 74 lpm. Eupneica en reposo. Afebril. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalías, no dolor a la palpación, ruidos hidroaéreos conservados. Puñopercusión bilateral: negativa. Miembros inferiores: nódulos hiperémicos de varios tamaños, indurados y dolorosos en ambos miembros inferiores. Análisis sanguíneo: Hb: 13,90. Leucocitos 6,20 (neutrófilos: 2,64), plaquetas 310, coagulación sin alteraciones, glucosa: 68, creatinina 0,63, GPT: 24, GGT: 28, bilirrubina total: 0,66, colesterol total: 216, PCR: 23,70, FR: 10. Se aconsejó a la paciente suspender la toma anticonceptivos orales y se pautó una tanda de antiinflamatorios cada 12 horas, acudiendo en 2 semanas a la consulta a revisión. En dicha cita la paciente, solo presentaba una lesión nodular hiperémica en gemelo derecho, mostrando pigmentación residual en el resto de lesiones. Por lo que tras esta notable mejoría de la clínica se derivó a la paciente a consulta de reumatología para completar estudio.

Juicio clínico: Eritema nodoso por toma de anticonceptivos orales.

Diagnóstico diferencial: Infecciones: por estreptococo betahemolítico, tuberculosis, enterobacterias, enfermedades inflamatorias: sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades tejido conectivo, neoplasias, toma de fármacos: anticonceptivos orales, antibióticos: penicilinas, entre otros.

Comentario final: El eritema nodoso es la variedad clínico-patológica más frecuente de paniculitis aguda. Es una reacción de hipersensibilidad celular retardada, desencadenada por estímulos antigenicos muy diversos. Se considera una lesión benigna desde el punto de vista dermatológico, ya que evoluciona en varias semanas hacia la curación, sin ulcerarse, ni dejar cicatriz o atrofia, y la recurrencia es infrecuente. Su principal localización es en regiones pretibiales de forma simétrica y bilateral, aunque puede afectar otras zonas. La edad de aparición más frecuente es entre los 15 y 30 años, y predomina en mujeres en las estaciones de primavera y final de invierno. Dado que tiene un pronóstico autolimitado y benigno, con evolución a la

curación sin dejar ningún tipo de secuelas, es importante el diagnóstico precoz realizado en Atención Primaria. Desde Atención Primaria, nuestra labor no solo comprende el diagnóstico, sino la búsqueda, mediante el uso de las pruebas complementarias necesarias, de la etiología del eritema nodoso ya que aunque en muchos casos es idiopático, puede ser el primer signo de una enfermedad sistémica y, por lo tanto, un diagnóstico correcto permite establecer un tratamiento etiológico específico.

Bibliografía

1. Sota I, Onate E, Pérez-Yarza EG, López F, Ruiz A, Albisu Y. Eritema nodoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:403-7.
2. Bellón Rueda AB, Arranz Martínez E, Hermosa Hernán JC. A propósito de un caso de eritema nodoso en la consulta de Atención Primaria. *Semergen*. 1999;25(2):105-7.