



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1158 - ¿faringitis o tuberculosis?

A.B. Marín García^a, A.L. Hernández Olivares^a, N. Martín Díaz^a, A. Vázquez Ballesta^b, J.J. López Pérez^c, O.J. Huerta de Mora^d, C. Hernández Martínez^e, J. Alcántara Nicolás^f, P. Abellán García^c y A.I. Ortega Requena^g

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Santomera. Murcia. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Murcia-Infante. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia. ^gMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 30 años, procedente de Marruecos. Sin antecedentes personales de interés. Actualmente en tratamiento con monurol por ITU. Acude al Centro de Salud por lesiones dolorosas, eritematosas, nodulares e induradas a la palpación en piernas y brazo izquierdo acompañadas de fiebre de hasta 38,5 °C sin otros síntomas acompañantes, dónde se deriva a dermatología con sospecha de eritema nodoso de origen incierto para ampliar estudio diagnóstico terapéutico. Se pide radiografía de tórax y Mantoux para descartar posible tuberculosis. Se instaura tratamiento con naproxeno y dacortin 30 mg en pauta descendente. 15 días antes consultó en urgencias por fiebre y odinofagia intensa. A la exploración presentaba amígdalas hipertróficas, hiperémicas y exudado bilateral en placas. Fue tratada con AINES y amoxicilina.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. ORL normal tras resolución de faringitis. ACP: rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni visceromegalias, no doloroso a la palpación. MMII: sin edemas, destacan las lesiones ya descritas. T^a: 38 °C. TA: 125/70. Rx tórax: calcificaciones hiliares bilaterales, sin infiltrados ni masas, senos costofrénicos libres. Mantoux: 7 mm. Analítica general: perfil hepático, lipídico y renal normales. PCR y FR normal. Hb 13,7. Leucocitos 12.700 con discreta neutrofilia. TSH 1,6. VSG 9. Plaquetas 201.000. Proteinograma: elevación de la gammaglobulina de un 23%. Orina: nitritos +, resto normal. Biopsia punch de piel: paniculitis septal tipo eritema nodoso.

Juicio clínico: Eritema nodoso postestreptocócico.

Diagnóstico diferencial: Entre las múltiples causas de eritema nodoso en nuestra paciente son dos las causas más probables: EN postestreptocócico VS EN por tuberculosis.

Comentario final: El eritema nodoso se manifiesta por múltiples nódulos o placas inflamatorios rojizos de 1-10 cm, de aparición brusca, múltiples y simétricos, irregulares, que se localizan en la cara anterior de las piernas. Las lesiones evolucionan de modo similar a un hematoma, desde rojo a violáceo, se resuelven espontáneamente en 3-6 semanas aunque suelen recaer, no se ulceran ni dejan cicatriz ni atrofia. Es la paniculitis más frecuente. Puede acompañarse de fiebre, malestar general, astenia, cefalea, edema en

miembros inferiores y artralгии que pueden persistir más allá de los nódulos. El EN parece relacionarse con una reacción por hipersensibilidad tardía que puede ser desencadenada por una gran variedad de procesos entre los que se encuentran infecciones, sarcoidosis, enfermedades reumatológicas, enfermedades inflamatorias del intestino, medicamentos, trastornos autoinmunes, embarazo y tumores malignos. En este caso las dos causas más probables, dadas las circunstancias de la paciente, eran la tuberculosis y la secundaria a la infección faríngea por estreptococo. Descartada la tuberculosis por el Mantoux negativo y la radiografía de tórax normal, el diagnóstico fue orientado hacia la causa postestreptocócica (causa más frecuente de EN). Aquí se pone de manifiesto la importancia de los antecedentes y las circunstancias del paciente para orientar un diagnóstico clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna. 18ª ed. México: McGraw Hill, 2012.
2. Ferrandiz C. Dermatología clínica. 4ª ed. Elsevier España, 2014.
3. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/eritema-nodoso/>