



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2367 - ¿Sólo FOLICULITIS?

N. Martín Díaz^a, A.L. Hernández Olivares^a, A.B. Marín García^a, A. Vázquez Ballesta^b, O.J. Huerta de Mora^c, A.I. Ortega Requena^d, F.M. Lafuente Salanova^e, M. Córcoles Vergara^f y J.J. López Pérez^f

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

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años, de origen marroquí, con antecedentes de conjuntivitis y foliculitis de repetición en brazos y áreas de sudor que ha sido valorado por cirugía con diagnóstico de hidrosadenitis axilar tratada con amoxicilina clavulánico por vía oral y doxiciclina en varias ocasiones. Sin tratamiento crónico. Acude de nuevo a consulta aportando informe de anatomía patológica de un hospital de Marruecos con los resultados de la biopsia de un folículo con la siguiente conclusión: “aspecto histopatológico compatible con foliculitis, en el contexto de un cuadro de enfermedad de Behçet”.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Normocoloreada. Normohidratada. Normoperfundida. T^a: 36,7 °C, TA 127/86. ORL: cavidad bucal y faringe sin alteraciones, no presencia de úlceras ni cicatrices. AC: tonos puros y rítmicos, no se auscultan soplos ni extratonos. AR: murmullo vesicular conservado sin auscultar ruidos patológicos. Abdomen: al mismo nivel que tórax, blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, no se palpan masas ni megalías, ruidos intestinales normales. MMII: sin edemas ni signos de TVP ni insuficiencia venosa periférica. Piel: presencia de varias lesiones redondeadas de consistencia elástica, no dolorosas a la palpación sin aumento de temperatura ni enrojecidas.

Juicio clínico: Síndrome de Behçet.

Diagnóstico diferencial: Hidrosadenitis de repetición vs síndrome de Behçet.

Comentario final: El síndrome de Behçet es un trastorno multiorgánico cuya patogenia principal es una perivasculitis generalizada con infiltración de neutrófilos, edema endotelial y necrosis fibrinoide. Además se observa mayor número de linfocitos T CD4+ y autoanticuerpos circulantes. Sus principales manifestaciones clínicas son: úlceras aftosas, recurrentes, dolorosas y con base necrótica central que desaparecen tras una o dos semanas sin cicatriz residual. Frecuentemente su ubicación es la cavidad bucal aunque su aparición en el área genital es más específica; lesiones cutáneas diversas siendo las más frecuentes foliculitis, eritema nodoso y exantema acneiforme; lesiones oculares graves, paniculitis bilateral y cicatrizante que puede conducir a ceguera. La artritis no deformante o artralgias son frecuentes así como trombosis venosas superficiales y profundas. El diagnóstico es difícil ya que las lesiones no se suelen presentar a la vez y requiere de la intuición clínica del profesional. El tratamiento depende de la gravedad de las lesiones pudiéndose usar corticoides tópicos para las formas más leves o corticoides orales e inmunosupresores en las

más graves. En este caso, se decide remitir a la paciente a consultas de reumatología para la confirmación del diagnóstico, valoración e inicio de tratamiento. Además, se remite a Oftalmología para estudio y descartar posible patología ocular grave que pudiera conducir a ceguera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna. Vol 2. 18^a ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. Al-Araji A, Kidd DP. Neuro-Behçet's disease: Epidemiology, clinical characteristics, and management. *Lancet Neurol*. 2009;8:192.
3. Hatemi G, Silman A, Bang D, Bodaghi B, Chamberlain AM, Gul A, et al. EULAR recommendations for the management of Behçet disease. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:1656.