



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2247 - Eritema Nodoso: La punta del iceberg

B. Escalera González^a, L. Oncins Antúñez^a, V.K. Vélez Cedeño^a, R. Olivares Alviso^a, C. Fernandes Suárez^a, C. Farrás Sellés^b, M.A. Navarro Echeverría^c, L. Llorca Samsó^c, I. Bobadilla Machín^c y M.Á. Queiroz Amaral^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bEnfermera; ^cMédico de Familia. ABS Les Borges Blanques. Lleida.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 45 años. Antecedentes: fumadora, hipotiroidismo subclínico y lumbalgias de repetición. Que acude a la consulta de Atención Primaria por presentar desde hace 1 mes dos lesiones dolorosas y eritematosas, en área pretibial derecha e izquierda. No refirió ninguna otra sintomatología y presentaba buen estado general. Como único dato de interés nos explica una faringitis que fue tratada con amoxicilina 2 semanas antes y reinterrogando recuerda a los 20 años de edad PPD+, habiendo realizado tratamiento profiláctico correctamente. Consta hace 5 años serología para VIH negativa. A las 4 semanas acude a la consulta para resultado de las pruebas complementarias y consultar por aparición de dos nuevas lesiones; las primeras se autolimitaron.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se palpan dos lesiones redondeadas, de consistencia blanda, eritematosas, dolorosas y no pruriginosas, de forma simétrica en ambas extremidades inferiores. Solicitamos análisis: hemograma, bioquímica, ASLO y PCR, con resultados normales. PPD: positivo (15 mm). La radiografía de tórax fue también normal. Y pedimos en orina BK y Ziehl Nielsen, el BK resultó negativo y a las 6 semanas se obtuvo un resultado positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Juicio clínico: Las lesiones son sugerentes de eritema nodoso. En un principio se sospechó posible origen por estreptococo, pero al recibir los resultados del cultivo en Ziehl Nielsen, se orientó el caso como secundario a una infección tuberculosa, por lo que se derivó a Medicina Interna para completar el estudio de tuberculosis extrapulmonar.

Diagnóstico diferencial: Como causas desencadenantes más frecuentes del eritema nodoso, son las infecciosas (*Streptococcus* grupo A y *Mycobacterium* spp.) y los fármacos (antibióticos, anticonceptivos orales).

Comentario final: La trascendencia del diagnóstico en Atención Primaria, no es el poder tratar las lesiones, generalmente autolimitadas, sino considerarlo como signo de una enfermedad sistémica subyacente.

Bibliografía

1. Schwartz RA, Nervi. Erythema nodosum a sign of systemic disease. Am Fam Physician. 2007;75:695-700.
2. Ochoa-Guzmán AT, et al. Eritema nodoso. Hipócrates Rev Med.
3. Barrón H, et al. Diagnóstico molecular de *Mycobacterium tuberculosis* en biopsias pleurales. An Fac Med Lima. 2006;67.

Palabras clave: Erythema nodosum. Tuberculosis. Mycobacterium tuberculosis. Paniculitis.