



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

## 212/687 - Nunca una ITU fue tan dulce

M. Martino Blanco<sup>a</sup>, M. Álvarez Calleja<sup>a</sup>, A. de Antonio Pérez<sup>b</sup>, M.Á. Álvarez García<sup>b</sup>, S. Yebra Delgado<sup>c</sup>, L. González Gómez<sup>c</sup>, J. Lecumberri Muñoz<sup>d</sup>, P. de la Fuente Laso<sup>d</sup>, A. Sánchez Calvo<sup>e</sup> y V. García Faza<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Coto. Gijón. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada. Gijón. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Contrueces. Gijón. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Natahoyo. Gijón.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 73 años sin antecedentes que consulta en Centro de Salud por fiebre y debilidad generalizada. Una semana después persisten los síntomas y presenta empeoramiento del estado general. Único síntoma miccional referido: poliaquiuria. Es derivada al Hospital de referencia para valoración urgente, que ante los hallazgos encontrados, decide ingreso a cargo de Medicina Interna para completar estudios e iniciar tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 105/49, FC 78 lpm, T<sup>a</sup> 39 °C. Saturación basal O<sub>2</sub>: 91%. Llama la atención la presencia de una dermatosis descrita como lesiones cutáneas eritematosas, induradas, y levemente dolorosas en extremidades superiores y tronco superior que la paciente no dio importancia durante la anamnesis. Resto de exploración física general normal, incluida neurológica. Destaca una proteína C reactiva de 132 mg/L y una procalcitonina de 1,36 ng/mL con datos de insuficiencia renal de probable origen prerrenal con orina patológica, resto de analítica normal; electrocardiograma y radiografías sin hallazgos patológicos.

**Juicio clínico:** Síndrome de Sweet.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de Sweet. Eritema exudativo multiforme. Toxicodermia.

**Comentario final:** Durante su ingreso se inicia antibioterapia dirigida a *E. coli* (urinocultivo positivo), con biopsia de lesiones compatible con síndrome de Sweet instaurándose tratamiento corticoideo intravenoso con mejoría súbita del cuadro clínico. Sabemos que el síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril es una enfermedad infrecuente y es por ello que queremos destacar la importancia de correlacionar las lesiones cutáneas con el contexto clínico del paciente, ya que infravalorarlas desde un inicio, supone un retraso en el diagnóstico y la resolución del cuadro clínico.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5<sup>a</sup> ed. España. Elsevier, 2015:891.
2. Burrall B. Síndrome de Sweet (dermatosis neutrofílica febril aguda) Dermatology Online Journal. 5(1):8.

3. Cohen PR. Neutrophilic Dermatoses A review of current treatment options. *Am J Clin Dermatol.* 2009;10(5):301-12.
4. Philip C, Herbert H, et al. Dermatosis neutrófila febril aguda (Síndrome de Sweet). *Fitzpatrick Dermatología general*, 7<sup>a</sup> ed. Panamericana 2009:289-95.

**Palabras clave:** *Dermatosis. Fiebre. Poliaquiuria. Sweet. Corticoide.*