



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2030 - ¡Qué mala pata tengo, doctor...!

P.S. Pérez Martín^a, C. Herrero Montes^b, M.R. Martín Hernández^c, M.M. Mateo Díaz^b, E. Aguilar Huerta^b, P. Suñer Díaz^b y J. de Venanzi Vicentini^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Alameda. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 45 años. AP: no HTA, no DM, no DL. Alergia a azatioprina hiperuricemia, trombopenia, hemoptisis de repetición, adenopatía hiliares calcificadas. Mantoux negativo, sospecha de LES/vasculitis. Tratamiento: ácido acetilsalicílico (sd. antifosfolípido) y amitriptilina. Acude a consulta por molestias en pierna izquierda desde hace 24 horas sin traumatismo previo, zona tibial con edema, calor, rubor y dolor, impresiona de celulitis se pauta: dexketoprofeno y amoxi-clavulánico, a los 5 días mejoría de pierna izquierda pero comienza con edema y signos de Celso en pierna contralateral.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37,2 °C. TA: 128/81 mmHg. FC: 91 lpm. SatO₂: 99%. MMII izquierdo: edema empastado desde pie a tercio medio de pierna con fóvea, no eritema, elevación de temperatura sin puerta de entrada. MMII derecho: edema sin fóvea desde dorso de pie a tercio medio, aumento de temperatura, rubor, dolor en zona de maléolo externo. Intenso dolor a la presión y al movimiento articular pasivo, no puerta de entrada. Anemia microcítica, no leucocitosis, D-dímero aumentado, FG alterado, PCR 65. Afebril en planta, mejoría con AINEs, no dolor. La lesión se vuelve eritematosa/violácea en pierna derecha. Eco-Doppler: no TVP. AI dilatada. Biopsia de lesión compatible con cuadro secundario a fármacos.

Juicio clínico: Artritis inflamatoria/LES. Dada la ausencia de leucocitosis en un paciente con febrícula, la discreta elevación de RFA y la falta de mejoría con antibioterapia se descarta celulitis. Mejoría con AINEs en paciente con sospecha de LUPUS asociado a ANCA se decide como diagnóstico artritis inflamatoria.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de LÖFGREN, vasculitis por hipersensibilidad, eritema nodoso, celulitis, granulomatosis con poliangiitis.

Comentario final: Un cuadro que a priori parecía una celulitis, resulto ser una enfermedad reumática no infecciosa, lo que recalca la importancia que tienen los antecedentes personales a la hora del diagnóstico y la necesidad de pruebas complementarias que nos orienten.

Bibliografía

1. Pérez G, Facal J. Sarcoidosis aguda: Variante de Síndrome de Löfgren sin eritema nodoso. Arch Med Int. 2014;36(2).
2. Ferrandiz C. Dermatología Clínica.
3. Mono-poliartritis. Fistera, 2016.

4. Gómez del Pulgar A, Sánchez Gazán Y, Rodríguez Alonso JJ. Monoartritis aguda. FMC. 2015;22:502-9.

Palabras clave: Artritis. Lupus. Eritema nodoso.