



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2040 - LESIONES EN PIERNAS SUGERENTES DE ESTUDIO

L. Jiménez Fernández<sup>a</sup>, R. Martínez Cabello<sup>b</sup> y M. González Armayones<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna. Centro de Salud Herrera. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna. Centro de Salud Estepa. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 6 años. Natural de Marruecos. Sin antecedentes personales de interés. No presenta alergias medicamentosas conocidas. No toma tratamiento actualmente. Vacunado correctamente. Vive con sus padres y cuatro hermanos. Motivo de consulta: Acude al centro de salud por presentar lesiones eritematosas redondeadas, calientes, dolorosas en ambas piernas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente. Orientado. Colaborador. Bien hidratado y perfundido. No presenta petequias. No signos meníngeos. Presenta lesiones eritematosas nodulares infiltrativas en región pretibial de ambas piernas compatible con eritema nodoso. Exploración orofaríngea: faringe sin hiperemia ni exudado. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No palpo masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Analítica sistémica: Hemograma: Hb 12,9 g/dl, 8.400 leucocitos con fórmula normal, 300.000 plaquetas. VSG 26 mm/1ª hora. PCR 35 ng/L. Estudio de coagulación sin alteraciones. Perfil renal, hepático e iones normales. Análisis de orina: normal. Radiografía posteroanterior de tórax: sin imágenes de condensación ni derrame. Cultivo faríngeo negativo. Anticuerpos antiestreptolisina O negativos. Mantoux: positivo. Se deriva a Hospital de referencia para completar estudio: Jugos gástricos 3 muestras consecutivas: Tinción de gram: negativa. Cultivo Lowenstein: pendiente. La familia refiere tener que viajar a Marruecos, por lo que se pauta profilaxis secundaria con rifampicina 300 mg/isoniazida 150 mg/24h durante 3 meses hasta el resultado del cultivo y su vuelta a España.

**Juicio clínico:** Eritema nodoso secundario a infección tuberculosa latente.

**Diagnóstico diferencial:** Eritema nodoso primario o idiopático, secundario a enfermedades subyacentes: sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Behçet; infecciones bacterianas: tuberculosis, infecciones estreptocócicas, gastroenteritis por Yersinia, Salmonella, Shigella, Campylobacter, brucelosis; infecciones fúngicas; víricas: mononucleosis infecciosa, citomegalovirus, herpes simple, hepatitis; fármacos: penicilina, sulfamidas, anticonceptivos orales; enfermedades hematológicas: linfomas, leucemia...

**Comentario final:** El eritema nodoso supone la manifestación de varias enfermedades que pueden estar asociadas, por lo que su diagnóstico es fundamental en atención primaria. El reposo, la elevación de miembros y los antiinflamatorios suelen ser suficientes.

### Bibliografía

1. Mert A, Kumbasar H, Ozaras R, Erten S, Tasli L, Tabak F, et al. Erythema nodosum: an evaluation of 100 cases. Clin Exp Rheumatol. 2007;24;563-70.

**Palabras clave:** Eritema nodoso. Diagnóstico diferencial. Tratamiento.