



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/128 - ERITEMA NODOSO TRAS INFECCIÓN POST INFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA

M. Rivas de la Torre<sup>a</sup>, T. Vasco Roa<sup>b</sup> y R. Yera Cano<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén. <sup>b</sup>Médico de Familia. Área Sanitaria Jaén Norte/Noreste. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Úbeda. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 64 años, sin AP de interés, acude a consulta por la aparición insidiosa, 3-4 días previos, de lesiones eritematosas en superficie pretibial de ambas piernas, de forma simétrica y que han aumentado en número y tamaño cambiando alguna incluso de color de rojo a amarillento. También refiere a la anamnesis detallada infección de vías respiratorias altas la semana previa con tos, fiebre alta, artralgias y mialgias generalizadas junto con una adenopatía dolorosa submandibular derecha, por lo que acudió al Servicio de Urgencias donde se le prescribió Amoxicilina 500/8h e Ibuprofeno. Las lesiones dérmicas desde entonces han ido evolucionando. Niega ingesta de fármacos salvo los indicados.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se encuentra afebril, TA 120/90, FC 90 lpm, faringe levemente eritematosa sin exudados con petequias en resolución en paladar y ACR normal. Las lesiones presentan aspecto de nódulos cutáneos eritematosos levemente hipertróficos y dolorosos a la palpación, diámetro de 1-2 cm, en zona pretibial, sin observarse en otras localizaciones. Se solicitan exudado faríngeo; proteinograma, hemograma con VSG, bioquímica con pruebas de función hepática, renal y tiroides; FR, PCR, ANAs, ASLO y serología de VEB y CMV, con ASLO 1.318, Ig G + a VEB y cultivo faríngeo + a *S. pyogenes*, resto de valores dentro de la normalidad. Se solicitó Rx de tórax y Mantoux, ambos negativos. Se recomendó reposo con MMII elevados y analgésicos tipo AINEs y se derivó a Dermatología para biopsia de confirmación. Al revisarla a los 10 días las lesiones casi habían desaparecido, en algunas apreciamos collarite descamativo. Biopsia: paniculitis septal sin vasculitis.

**Juicio clínico:** Eritema nodoso.

**Diagnóstico diferencial:** Otras paniculitis (eritema indurado de Banzin, paniculitis pancreática, eritema nodoso leproso), picadura de insectos, traumatismos pretibiales, urticaria, erisipelas.

**Comentario final:** Por su pronóstico autolimitado y benigno, con evolución hacia la curación sin dejar secuelas, es importante su diagnóstico precoz desde Atención Primaria, así como la búsqueda mediante pruebas complementarias de su etiología, descartando su posible asociación con enfermedades graves o neoplasias.

### Bibliografía

1. Farreras P, Rozman C. Enfermedades Infecciosas. En: Farreras P, dir. Medicina Interna, 16<sup>a</sup> ed. Elsevier, 2008. p. 2253-9.

2. Rodrigo C, Del Castillo F, Garcia F et al. Infección de vías respiratorias superiores. En: J Aristegui, coord. SEIMC. p. 23-9.

**Palabras clave:** Eritema nodoso. Paniculitis. Infección estreptocócica.