

## 347/1992 - DOCTORA, TENGO LAS PIERNAS COMO UN DÁLMATA DE MANCHAS ROJAS

A. García Rubio<sup>a</sup>, C. Temiño Frade<sup>b</sup>, A. Diéguez Blanco<sup>c</sup> y C. Puerta Castellano<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de Media Legua. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 24 años sin antecedentes personales de interés. Acude por aparición de lesiones enrojecidas y dolorosas en piernas de una semana de evolución. Niega viajes al extranjero, toma de medicaciones, ni cuadro infeccioso previos. Afebril.

**Exploración y pruebas complementarias:** 15/06/2018: 5-6 placas redondeadas eritematosas discretamente sobreelevadas de 2-3 cm de diámetro en región pretibial de ambos miembros inferiores, en las que se palpan nódulos subcutáneos. Auscultación cardiopulmonar normal: Faringe sin alteraciones. No se palpan adenopatías. Se pautan antiinflamatorios y se solicita analítica. 19/06/18: analítica sanguínea: coagulación en límites normales. Serologías negativas. Reactantes de fase aguda negativos. Se realiza interconsulta a urgencia de dermatología que confirma diagnóstico de eritema nodoso. 28/6/2018: MMII: sin lesiones ni cicatriz. Asintomático.

**Orientación diagnóstica:** Eritema nodoso de causa idiopática.

**Diagnóstico diferencial:** Paniculitis infecciosas. Lipoescleromatosis de insuficiencia venosa crónica. Vasculitis. Eritema indurado de Bazin. Lupus eritematoso sistémico. Paniculitis medicamentosa. Esclerodermia. Paniculitis de Weber-Christian.

**Comentario final:** El eritema nodoso es la paniculitis más frecuente, que se caracteriza por ser dolorosa y no asociar vasculitis. La historia clínica y anamnesis tiene que ser detallada. La causa más frecuente es idiopática, causa atribuible al caso clínico presente. Entre las causas conocidas, la más frecuente es el estreptococo betahemolítico (se aconseja exploración faríngea, sobre todo si existe odinofagia). Habría que descartar causa medicamentosa (anticonceptivos orales, antibióticos...), y causas víricas (para ello solicitar serologías de VIH, hepatitis B y C; también la puede causar herpes virus o Epstein Barr). Solamente si existen síntomas respiratorios o síndrome constitucional, solicitar radiografía de tórax (está asociado a tuberculosis, sarcoidosis y linfomas). Se asocia a otras enfermedades sistémicas como la enfermedad de Crohn y el síndrome de Behcet. El tratamiento está dirigido al alivio de síntomas con antiinflamatorios y en caso de que exista, al tratamiento de la enfermedad de base. Excepcionalmente se requieren corticoides. Su curso suele ser autolimitado, resolviéndose en 3-4 semanas sin cicatriz.

### Bibliografía

1. Llop Vilatella M, et al. Diagnostic protocol of erythema nodosum. Elsevier J. 2017;12(27):1596-8.
2. Blake T, Manahan M, Rodin K. Erythema nodosum - a review of an uncommon panniculitis. Dermatol Online J. 2014;20(4):2237.
3. García Porrúa C, González-Gay MA, et al. Erythema nodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. Arthritis Rheum. 2000;43(3):584-92.

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