



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2982 - NO PUEDO CON LAS PIERNAS

M. Varo Morilla<sup>a</sup>, M. Acha Pérez<sup>a</sup> e I. Estepa Crespo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 36 años, con AP de talasemia menor y asma, sin alergias medicamentosas ni tratamiento, que acude a consulta por la aparición hace una semana de lesiones nodulares dolorosas en la cara anterior de ambos MMII, sin traumatismo previo. En días previos presentó odinofagia y secreciones faríngeas purulentas, con fiebre de 40 °C y poliartalgias. Ante la sospecha de amigdalitis aguda recibió tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8h e Ibuprofeno durante 7 días. Las lesiones en MMII persisten y tras acudir en varias ocasiones a consulta y ante falta de mejoría tras tratamiento con AINEs y corticoides la paciente acude al servicio de Urgencias del Hospital.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, BHP, COC, eupneica en reposo. TA 115/75 mmHg, Tª 37,2 °C. ACP normal. Orofaringe hiperémica sin exudados. EEII: múltiples lesiones eritematosas sobrelevadas y calientes en ambas áreas pretibiales, dolorosas a la palpación. Resto SHS. Se solicita Hemograma, encontrándose anemia microcítica hipocroma, leucocitosis con desviación izquierda y 2% de cayados; Bioquímica: normal salvo PCR 12.59; Coagulación con hiperfibrinogenemia; orina normal; test gestación negativo; Rx tórax sin hallazgos patológicos. Ingresa en Medicina Interna y se solicita ASLO, cultivo de exudado faríngeo, serologías, pruebas reumáticas y autoinmunes, tuberculina y biopsia de las lesiones cutáneas.

**Orientación diagnóstica:** Eritema nodoso secundario a amigdalitis por estreptococo betahemolítico tipo A.

**Diagnóstico diferencial:** Paniculitis infecciosas e inflamatorias como vasculitis, eritema indurado de Bazin o lupus.

**Comentario final:** El eritema nodoso suele ser un proceso autolimitado y predominante en mujeres entre los 15 y 30 años. Se trata de una paniculitis septal caracterizada por la aparición aguda de nódulos cutáneos inflamatorios y dolorosos en la superficie pretibial de las extremidades inferiores, asociado a artalgias en la mayoría de los casos, que no dejan cicatriz ni atrofia cutánea. Parece relacionarse con una reacción de hipersensibilidad tardía tras infecciones, enfermedades reumatológicas, inflamatorias, autoinmunes, fármacos, embarazo y tumores malignos. El tratamiento es principalmente etiológico y el sintomático consiste en reposo, AINEs, corticoides o yoduro potásico.

### Bibliografía

1. Louro A, et al. Guía clínica de Eritema nodoso. Fisterra.com. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/eritema-nodoso/> [Accessed 19 Jun. 2018].

2. Muñoz J, et al. Manejo del eritema nodoso en Urgencias. Disponible en: <http://www.behcet.es/documents/EnfBehcet/Sintomas/EritemaNodosoTratamiento.pdf> [Accessed 14 Jun. 2018].

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