

424/710 - SI NO SON HONGOS: CORTICOIDES

M. Hernández Larrea¹, L. González González², E. Sanz Rodríguez³ y S. Rodríguez Fernández⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud San Fermín. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 49 años, sin antecedentes de interés. Acude por lesiones eritematosas dolorosas en espalda y antebrazos, presentando desde hace 48 horas fiebre. La paciente consultó la semana previa por las lesiones en piel, pautando tratamiento antifúngico tópico con empeoramiento. No clínica a otro nivel.

Exploración y pruebas complementarias: T^o: 38,6 °C. FC: 101 lpm. TA: 128/89 mmHg. SatO₂ basal: 100%. Piel: 4 placas eritematovioláceas con vesículas, dolorosas a la palpación, mayor de 4 × 3 cm en espalda. Mismas lesiones en antebrazos. Analítica (tres días previos): destaca leucocitosis (18000/?l) con neutrofilia 82%. PCR 3,45 mg/dl. Tras exhaustiva anamnesis y exploración física descartando cuadro infeccioso concomitante, se decide comienzo de corticoterapia con prednisona (80 mg/24h). Citando a la paciente en 72h para control de sintomatología, presentando mejoría. Realizamos derivación preferente a Dermatología: cita en 8 días, realizándose biopsia (anatomía patológica: edema en dermis papilar. Dermatitis difusa con infiltrado de predominio neutrofílico); y nueva analítica con serologías y anticuerpos (ambas negativas), y VSG (76 mm/h).

Orientación diagnóstica: Síndrome de Sweet (SS).

Diagnóstico diferencial: Eritema nodoso, celulitis, erisipelas, eritema elevatum diutinum, eritema multiforme, vasculitis leucocitoclástica, pioderma gangrenoso, urticaria, infecciones fúngicas.

Comentario final: El SS (dermatosis neutrofílica febril aguda) es una enfermedad infrecuente (3 casos/100 habitantes/año) de etiología desconocida, caracterizada por comienzo brusco de fiebre, lesiones cutáneas, elevación RFA y buena respuesta a corticoterapia oral. El diagnóstico es posible desde la consulta al necesitar dos criterios mayores (aparición brusca de lesiones características; infiltración dérmica neutrofílica) y dos menores (pródromos de fiebre/proceso infeccioso; leucocitosis; artralgias, fiebre o neoplasia; respuesta corticoterapia; aumento VSG). Se encuadra dentro de las dermatosis neutrofílicas, pudiendo asociarse a enfermedades de órganos internos: neoplasias; enfermedades reumatólogicas; inflamatorias/infecciosas; o fármacos. Esta es la razón principal de realizar siempre pruebas complementarias (serologías, anticuerpos e incluso pruebas de imagen), y la importancia que tiene confirmar siempre mediante biopsia nuestra sospecha. Por todo ello es importante la sospecha por el médico de AP, al necesitarse un completo estudio, correcta y rápida derivación, con posterior seguimiento (30% de recidivas), que además podría realizar la biopsia en la misma consulta, siempre que disponga del material y se encuentra formado para su realización.

Bibliografía

1. Sweet's syndrome: vasculitis or not? Br J Dermatol. 2006;154:1099-101.

Palabras clave: Síndrome de Sweet. Fiebre. Enfermedades de la piel.