



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

482/790 - MÁS ALLÁ DE LA PIEL

C. Morales Manso¹, A. Arcos Atienzar², J. Torres Consuegra³ y B. Jiménez Gómez del Pulgar⁴

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 1. Ciudad Real.²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Aldea del Rey. Aldea del Rey. Ciudad Real.³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Poblete. Poblete. Ciudad Real.⁴Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real 3. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por aumento progresivo del perímetro de los tobillos de dos meses de evolución. Refiere que desde hace una semana presenta lesiones nodulares y eritematosas en miembros inferiores. No fiebre, artralgias, no tos. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física se evidencian a nivel pretibial bilateral nódulos eritematosos, calientes, no dolorosos. El resto sin alteraciones. Solicitamos como pruebas complementarias una analítica en la que destacan: leucocitos 15 miles/?L, fibrinógeno 900 mg/dl y PCR de 10,68 mg/dl; y una radiografía de tórax, en la que se observan adenopatías hiliares bilaterales. Dados los hallazgos y la sospecha diagnóstica, se deriva a medicina interna del hospital para completar estudio. Allí se le realiza un TAC de tórax en el que se objetivan adenopatías hiliares bilaterales y pseudonódulos bibasales en parénquima pulmonar. En la biopsia de las lesiones nodulares se objetivó paniculitis septal compatible con eritema nodoso.

Orientación diagnóstica: Eritema nodoso.

Diagnóstico diferencial: Eritema indurado de Bazin, tromboflebitis, celulitis, vasculitis cutáneas.

Comentario final: El eritema nodoso es la paniculitis más frecuente, caracterizada por nódulos dolorosos, eritematosos, que aparecen de forma subaguda, bilateral y simétrica en la zona pretibial. Generalmente se acompaña de fiebre, artralgias y mal estado general. Es idiopático en la mayoría de los casos, aunque puede ser secundario a una infección estreptocócica, fármacos, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias o tuberculosis. El diagnóstico es clínico y se realiza biopsia si presentación atípica o en zonas endémicas de tuberculosis. Es necesario realizar una exploración sistémica, por ello se debe solicitar una analítica, radiografía de tórax, Mantoux y títulos de antiestreptolisina O. Al tratarse de una enfermedad autolimitada que desaparece en 2-8 semanas el tratamiento es sintomático y se basa en realizar reposo relativo, antiinflamatorios no esteroideos, y corticoides sistémicos, que constituyen la segunda línea de tratamiento.

Bibliografía

1. Kroshinsky D. Erythema nodosum. UpToDate, 2020. Disponible en: <https://www-upToDate-com.sescam.a17.csinet.es/contents/erythema-nodosum>. Consultado el 20 de Agosto de 2020.
2. Louro A, Casariego E. Guía eritema nodoso. Fisterra. 2016. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/eritema-nodoso/>

Palabras clave: Eritema nodoso. Adenopatías.