



FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

Actualización de la enfermedad de Behçet. A propósito de 2 casos en atención primaria

R. García-Palenzuela^{a,*}, J. Graña Gil^b, M. Varela Arias^a y M. Tovar Bobo^a

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Culleredo, A Coruña, España

^b Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

Recibido el 24 de mayo de 2011; aceptado el 19 de julio de 2011

Disponible en Internet el 11 de diciembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Behçet;
Aftas orogenitales;
Patergia;
Eritema nudoso;
Neuro-Behçet

KEYWORDS

Behçet's disease;
Orogenital ulcers;
Pathergy;
Erythema nodosum;
Neuro-Behçet

Resumen La enfermedad de Behçet es una enfermedad inflamatoria multisistémica crónica que evoluciona por brotes. Es más común en Asia y en los países de la cuenca mediterránea oriental (Ruta de la Seda). En España la prevalencia es de 5 a 10 casos por 100.000 habitantes. Es una enfermedad de difícil diagnóstico por las numerosas y variadas manifestaciones clínicas y porque no se dispone de pruebas de laboratorio patognómicas. El retraso en el diagnóstico, frecuente en países de baja prevalencia como España, aumenta la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con enfermedad de Behçet.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Update of Behçet disease. A presentation of 2 cases in Primary Care

Abstract Behçet's disease is an inflammatory multisystemic chronic disease that progresses by outbreaks. It is more common in Asia and countries in the eastern Mediterranean basin (Silk Route). In Spain the prevalence is between 5 and 10 cases per 100,000 inhabitants. It is a difficult disease to diagnose because of the multiple and varied clinical manifestations, and because there are not pathognomonic laboratory tests available. The delay in the diagnosis, which is frequent in countries of low prevalence like Spain, increases the morbidity and the mortality of patients with Behçet's disease.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

El primero de los casos (caso A) corresponde a una paciente de 45 años con antecedentes de intervención por varices

en los miembros inferiores en el año 2003 y de aftas orales recidivantes.

Acude a la consulta por lesiones nodulares eritematosas, calientes y dolorosas en la cara posterior de la pierna izquierda (fig. 1) y en la cara anterior de la pierna derecha. La paciente no refiere un proceso faríngeo previo ni toma anticonceptivos orales ni otros fármacos.

El diagnóstico inicial es de eritema nudoso (paniculitis) por lo que se solicita un análisis con ASLO, Mantoux y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosagp@mundo-r.com
(R. García-Palenzuela).



Figura 1 Eritema nudoso. Eritema nudoso en la cara posterior de la pierna izquierda de la paciente del caso A.

radiografía de tórax teniendo en cuenta que las causas más frecuentes de la paniculitis son la infección por estreptococo beta hemolítico y la tuberculosis. Se prescribe indometacina 25 mg 1/8 h, y omeprazol 20 mg 1 c/día.

La analítica de la paciente presenta: Hb 10,4 g/dl, Hto 31,0, GR 3,81 millones/mm³, VCM 81,3, HCM 34,4, VSG 24, ASLO 200, glucosa, creatinina, GOT, GPT, GGT y FA normales. Mantoux de 15 mm y radiografía de tórax sin alteraciones pleuropulmonares.

Un mes después del inicio de las lesiones cutáneas, y con estas aún sin resolver, la paciente acude de nuevo a la consulta por aftas orales (fig. 2) y úlceras genitales dolorosas (fig. 3), localizadas en introito y pared vaginal. La asociación de eritema nudoso, aftas orales y úlceras genitales despierta la sospecha de una enfermedad de Behçet por lo que se realiza la prueba de patergia mediante la inyección intradérmica de 0,1 ml de suero fisiológico en el antebrazo. Hecha la lectura a las 24 h, el resultado es negativo al no aparecer una pústula donde se aplicó la inyección. Es preciso destacar que en los países occidentales esta prueba solo es positiva en el 30% de los casos.



Figura 2 Afta oral. Afta en la mucosa oral de la paciente del caso A.



Figura 3 Úlcera genital. Úlcera genital en vulva próxima al introito vaginal de la paciente del caso A.

La paciente es remitida al servicio de reumatología, que solicita una analítica que da el siguiente resultado: Hb 10,4; Hto 31,7; VCM 84,3; GR 3,76 millones/mm³; VSG 24; proteinograma, PCR, complemento C3, C4, enzima convertora de la angiotensina, TSH, T4 y bioquímica, normales; anticuerpos anti-DNA-nativo; ANCA y HLA-B27 negativos, e IgG HSV 1 y 2 positivos (25,6). Se pauta un tratamiento para el eritema nudoso con colchicina 0,5 mg/día y prednisona en dosis de 10 mg/día para la aftosis orogenital.

En los 12 meses transcurridos desde la aparición del eritema nudoso, la paciente ha tenido 3 brotes de aftas orales, un segundo brote de úlceras genitales y el eritema nudoso ha recurrido en 3 ocasiones.

El diagnóstico diferencial se realiza teniendo en cuenta cada manifestación. Las úlceras orales, con aftosis familiar recidivante, leucosis, agranulocitosis, eritema exudativo multiforme de Stevens-Johnson, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, granulomatosis de Wegener, síndrome de Reiter, infección herpética, infección por el virus de inmunodeficiencia humana, lupus eritematoso sistémico, además de cáusticos, antisépticos, ácido acetilsalicílico, metotrexato y sales de oro.

Las úlceras genitales pueden deberse a infecciones herpéticas u otras infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, la asociación de aftas orales y genitales recidivantes reduce el diagnóstico diferencial fundamentalmente a la infección herpética.

El eritema nudoso puede tener otras causas además de la enfermedad de Behçet, como la tuberculosis, la infección estreptocócica, fármacos, sarcoidosis, enfermedad de Crohn y vasculitis nodular.

El segundo caso (caso B) que presentamos es el de un varón de 31 años sin antecedentes personales de interés hasta el año 2005, en el que ingresa por una lesión pseudotumoral inflamatoria en el tronco cerebral. Se resuelve sin secuelas con ampicilina y dosis elevadas de metilprednisolona.

El paciente se mantiene asintomático durante 5 años, hasta noviembre de 2010, cuando acude a la consulta por tos con expectoración hemoptoica, sudoración nocturna, discreto síndrome general y sin fiebre. La exploración es normal. Se solicita radiografía de tórax que es informada de aumento de densidad adyacente a la cisura menor del

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3835181>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3835181>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)