

## ¿PENSAMOS EN ESCORBUTO?

AGUSTINA RAGALLI, MARINA L. MARTINEZ, MARÍA FERNANDA SOLA,  
CONSTANZA GIARDULLO, RODRIGO GARCÍA

Servicio de Clínica Médica, Hospital Nacional Prof. A. Posadas, Buenos Aires, Argentina

E-mail: agustinaragalli97@gmail.com

Hombre de 43 años, sin antecedentes, consultó por cuadro clínico de seis meses de evolución caracterizado por lesiones en piel localizadas en miembros inferiores, asociadas a lesión gingival. En el interrogatorio surgió la dificultad económica de acceso a alimentos frescos.

En el examen físico se destacaron lesiones purpúricas de distribución perifolicular, no palpables, simétricas, hiperqueratosis folicular, pelos “en tirabuzón”, petequias, xerosis (Fig. 1A y Fig. 1B), hematoma extenso en cara posterior de miembro inferior izquierdo (Fig. 2) y en cavidad oral, hipertrofia gingival con hemorragia (Fig. 3).

El examen de laboratorio evidenció anemia, leucopenia y déficit de vitamina B12. No se efectuó dosaje de vitamina C por falta de disponibilidad.

Con diagnóstico clínico de escorbuto basado en signos y síntomas, contexto socio-económico y las restricciones alimenticias, se instauró un tratamiento sustitutivo con 1 gramo de vitamina C y pautas nutricionales. Presentó mejoría, con resolución de lesiones y remisión de las citopenias en 3 semanas.

Si bien se trata de una enfermedad infrecuente, con un tratamiento exitoso conocido desde el siglo XVIII, se debe sospechar en pacientes con bajo nivel socio-económico, malabsorción, etilistas o con dietas restrictivas.

El diagnóstico es primordialmente clínico y debe diferenciarse de vasculitis y trastornos hemorrágicos.

Figura 1 |



Figura 2 |



Figura 3 |

