

ERITEMA NODOSO

Walter Chaves MD*, Johana González MD**

Resumen

El eritema nodoso es la paniculitis septal más frecuente con nódulos de 1 a 5 cm, inflamatorios, simétricos, dolorosos, eritematosos, casi siempre en la superficie extensora distal de los miembros inferiores. Suelen remitir en forma espontánea, la evolución crónica es rara y se describen múltiples causas de esta patología. Se presentan dos casos: el primero, una mujer de 28 años con cuadro clínico de quince días por absceso en la mama izquierda que requirió drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico, con posterior aparición de lesión en miembro inferior derecho asociada con dolor y fiebre. El segundo, hombre de 49 años de raza negra remitido por cuadro de veinte días con pérdida de peso, dolor torácico opresivo y aparición de nódulos en miembros inferiores, dolorosos a la palpación.

Palabras clave: eritema nodoso, sarcoidosis, paniculitis septal.

ERYTHEMA NODOSUM

Abstract

Erythema nodosum is the most common type of septal panniculitis, characterized by inflammatory, symmetric, tender, erythematous, 1 to 5 cm nodules typically located on the distal anterior aspect of the lower extremities. They often resolve spontaneously, chronic progression is rare and multiple causes have been described for this condition. We report two cases, the first in a 28 year-old woman with complaints for the past 15 days due to a left breast abscess which required surgical drainage and antibiotic treatment, followed by a lesion in the lower right limb associated with pain and fever. The second in a 48 year-old black man, referred for presenting, weight loss, oppressive chest pain and painful nodules in the lower limbs for the past 20 days.

Key words: erythema nodosum, sarcoidosis, septal panniculitis

Fecha recibido: marzo 4 de 2014 - Fecha aceptado: junio 20 de 2014

* Instructor Asociado, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
Jefe del Servicio de Medicina Interna, Hospital de San José. Bogotá DC.
Colombia.

** Residente I de Medicina Interna. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC. Colombia.

Introducción

El eritema nodoso es la paniculitis septal más común, con presencia de nódulos eritematosos dolorosos de pocas semanas de evolución y recurrencias raras. Hay regresión espontánea, sin ulceración, cicatrización o atrofia. Es un proceso reactivo cutáneo que puede desencadenarse por una amplia variedad de estímulos: infecciones, sarcoidosis, enfermedades reumatólogicas, inflamatorias del intestino, medicamentos, trastornos autoinmunes, embarazo y enfermedades malignas (Tabla 1).

Tabla 1. Etiología del eritema nodoso

<p>Bacteriana</p> <ul style="list-style-type: none"> estreptococcia tuberculosis yerseniasis salmonellosis campilobacteriasis brucela tularemia mycobacterias atípicas chancroide meningococcemia difteriosis corynebacteriosis arañazo de gato shigelosis neisseriosis sífilis leptospirosis linfogranuloma venéreo mycoplasmosis 	<p>Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> anticonceptivos orales penicilina minociclina sulfonamidas tiazidas nitrofurantoina vacuna de la hepatitis B interleucina 2 talidomida <p>Enfermedades malignas</p> <ul style="list-style-type: none"> linfoma no Hodking enfermedad de Hodking leucemia sarcoma radiación carcinoma renal <p>Condiciones misceláneas</p> <ul style="list-style-type: none"> sarcoidosis enfermedad de Crohn enfermedad de Behcet síndrome Reiter síndrome Sweet arteritis de Takayasu embarazos
<p>Viral</p> <ul style="list-style-type: none"> mononucleosis hepatitis B herpes virus citomegalovirus 	
<p>Fúngica</p> <ul style="list-style-type: none"> dermatofitos blastomicosis histoplasmosis coccidioidomicosis esporotricosis aspergillosis 	
<p>Protozoarios</p> <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmosis protozoarios ancylostomiasis áscarisis giardiasis amebiasis 	

Casos Clínicos

Caso 1: mujer de 28 años procedente de zona urbana, auxiliar de enfermería con antecedente de absceso en seno izquierdo manejado con drenaje quirúrgico y antibiótico vía oral; consulta por cuadro de ocho días dado por aparición de nódulos en miembros inferiores dolorosos (Figura 1), acompañados de fiebre (38,5°C). En el cultivo del absceso se aisló *Enterococcus faecium*, por lo que se hospitaliza y se inicia manejo con linezolid 600 mg cada 12 horas por 14 días. Serología no reactiva, antígeno de hepatitis B, hepatitis C y *elisa VIH* negativos. La biopsia en piel reporta infiltrado inflamatorio lobulillar y septal, compatible con eritema nodoso.



Figura 1. Nódulos en miembros inferiores.

Caso 2: hombre de 49 años, raza negra, procedente de Bogotá, ocupación guarda de seguridad, ingresa remitido por cuadro de 20 días de fiebre cuantificada (39°C), acompañado de pérdida de peso 6 k, diaforesis nocturna y aparición de nódulos dolorosos en miembros inferiores. Radiografía de tórax con silueta cardíaca de tamaño normal, alteración en el tamaño y en los contornos hiliares que puede relacionarse con adenomegalias (**Figura 2**). Hemocultivos, antígeno de hepatitis B, anticuerpos de hepatitis C y *elisa VIH* negativos y PSA 2.57. Ecocardiograma normal, serología no reactiva, LDH 403, C3 y C4 normales. La biopsia de piel reportó infiltrado inflamatorio lobulillar y septal, compatible con eritema nodoso, tomografía axial computarizada de tórax contrastada muestra adenomegalias mediastinales y lesión nodular en el parénquima pulmonar (**Figura 2**). Por la presentación

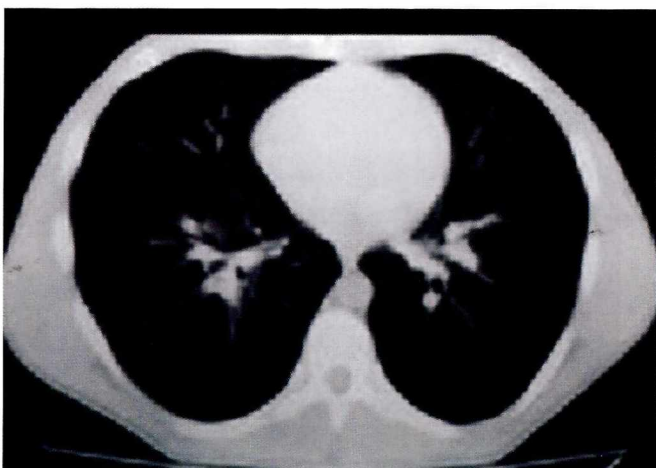
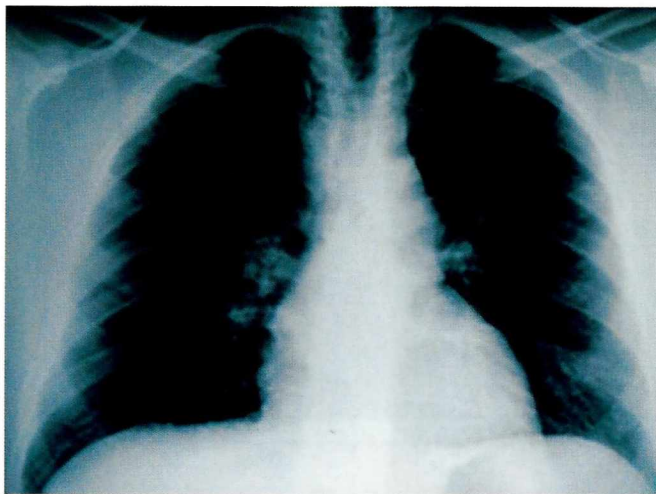


Figura 2. Adenomegalias hiliares y nódulo pulmonar.

del cuadro clínico se considera como primera posibilidad diagnóstica el síndrome de Löfgren.

Características clínicas

El eritema nodoso se caracteriza por un espectro variable de causas clínicas, en este caso dos pacientes que consultan por aparición de nódulos dolorosos como síntoma cardinal, cuya biopsia mostró los hallazgos histológicos típicos de la enfermedad.

Puede ocurrir a cualquier edad, pero la mayoría de los casos aparecen entre la segunda y cuarta décadas de la vida, probablemente debido a la alta incidencia de la sarcoidosis en esta edad.^{1,2} Varios estudios han demostrado que el eritema nodoso es tres a seis veces más frecuente en mujeres que en hombres³, aunque antes de la pubertad es igual.⁴ Las diferencias raciales y geográficas varían en función de la prevalencia de las enfermedades que son factores etiológicos.^{5,6} El cuadro característico es el desarrollo de placas o nódulos eritematosos brillantes, simétricos que van de 1 a 5 cm. Pueden ser más grandes, dolorosos y calientes, suelen localizarse en el área extensora de extremidades inferiores y menos frecuente en otros sitios (brazos, cuello, cara). Su evolución natural es el cambio de coloración a un tono violáceo o purpúreo, luego se tornan amarillentos o verdosos, similares a una equimosis, por eso el nombre de contusiformes; no se ulceran y se resuelven sin dejar cicatriz ni atrofia. Casi siempre se acompañan con fiebre, malestar, artralgias, cefalea y dolor abdominal. Se asocia con varios procesos etiológicos como infecciones, drogas, enfermedades inflamatorias, autoinmunes, embarazo y neoplasias. En un porcentaje considerable 37 a 60% no llega a conocerse la causa subyacente.⁷ Por lo general dura de tres a seis semanas.

El eritema nodoso es el ejemplo de paniculitis septal sin vasculitis. Los septos en el tejido adiposo subcutáneo se infiltran por células inflamatorias que se extienden a las áreas periseptales de los lóbulos de grasa. Por lo general hay infiltrado inflamatorio perivascular superficial y profundo compuesto de linfocitos. El infiltrado inflamatorio en los septos varía con la edad de la lesión. En las tempranas hay edema,

hemorragia y neutrófilos que son los responsables del engrosamiento septal³, mientras que la fibrosis, el tejido de granulación periseptal, los linfocitos y las células gigantes multinucleadas son los principales hallazgos de las lesiones en la etapa tardía. En raras ocasiones los eosinófilos son predominantes en las lesiones tempranas.⁸ Aunque la vasculitis no es frecuente, puede presentarse en forma necrotizante con necrosis fibrinoide de las paredes de los vasos en los septos.⁹ En una serie de 79 casos de eritema nodoso¹⁰ la vasculitis leucocitoclásica fue la excepción.¹¹ Los estudios ultraestructurales no han demostrado verdaderas vasculitis, aunque se ha descrito daño de las células endoteliales en los vasos pequeños de los septos de la grasa subcutánea.¹² En la etapa tardía el infiltrado inflamatorio en los tabiques es escaso.¹³

Pronóstico: la mayoría de los casos mejora en forma espontánea en tres a cuatro semanas. Los más severos duran alrededor de seis semanas. Las recaídas no son excepcionales y son más frecuentes en pacientes con eritema nodoso idiopático.¹⁴

Tratamiento: los nódulos regresan en forma espontánea en pocas semanas. El reposo en cama es a menudo el tratamiento suficiente y si es necesario se da aspirina y fármacos antiinflamatorios no esteroideos (naproxeno 500 mg/día). Los corticoesteroides sistémicos no se deben administrar si hay una infección subyacente. Algunos pacientes pueden responder a la colchicina 0.6 a 1.2 mg dos veces al día e hidroxiclороquina 200 mg dos veces al día.²

Sarcoidosis: es una enfermedad sistémica de causa desconocida que se caracteriza por la formación de granulomas inmunes en varios órganos, en especial los pulmones y el sistema linfático. Puede ser el resultado de una reacción granulomatosa exagerada después de la exposición a antígenos no identificados en los individuos genéticamente susceptibles.¹⁵ El síndrome de Löfgren es una presentación aguda que consiste en

artritis, eritema nodoso y adenopatía hiliar bilateral, que ocurre entre 9% y 34% de los casos.¹⁶

Conclusiones

El eritema nodoso, la paniculitis septal más frecuente, es la manifestación de múltiples patologías, su pronóstico y su evolución es excelente; sin embargo, la presencia de una enfermedad subyacente será el factor condicionante más importante para el tratamiento.

Referencias

1. James D.G.: Dermatological aspects of sarcoidosis. *Quart J Med* 28. 109-124.1959
2. Requena L, Sánchez Yus E. Erythema nodosum. *SeminCutan Med Surg*. 2007;26(2):114-25.
3. Söderstrom R.M., Krull E.A.: Erythema nodosum: a review. *Cutis* 21. 806-810.1978; Abstract
4. Gordon H.: Erythema nodosum: a review of one hundred and fifteen cases. *Br J Dermatol* 73. 393-409.1961; Citation
5. Vesey C.M., Wilkinson D.S.: Erythema nodosum. *Br J Dermatol* 71. 139-155.1959;
6. Hens M., Ruiz Moral R., Pérez Jiménez F.: Eritema nudoso: ventajas de un protocolo para su estudio. *Med Clin (Barc)* 89. 638-640.1987; Citation
7. Psychos D.N., Voulgari P.V., Skopouli F.N., et al: Erythema nodosum: the underlying conditions. *Clin Rheumatol* 19. 212-26.2000
8. Winkelmann R.K., Frigas E.: Eosinophilic panniculitis: a clinicopathologic study. *J Cutan Pathol* 13. 1-12.1986
9. White W.L., Hitchcock M.G.: Diagnosis: erythema nodosum or not?. *Semin Cutan Med Surg* 18. 47-55.1999;
10. Sanchez Yus E., Sanz Vico M.D., de Diego V.: Miescher's radial granuloma: a characteristic marker of erythema nodosum. *Am J Dermatopathol* 11. 434-442.1989;
11. Thurber S., Kohler S.: Histopathologic spectrum of erythema nodosum. *J Cutan Pathol* 33. 18-26.2006
12. Honma T., Bang D., Lee S., et al: Ultrastructure of endothelial cell necrosis in classical erythema nodosum. *Hum Pathol* 24. 384-390.1993
13. Snow J.L., Su W.P.: Lipomembranous (membranocystic) fat necrosis: clinicopathologic correlation of 38 cases. *Am J Dermatopathol* 18. 151-155.1996
14. Tanaka M., Inoue K., Yamasaki Y., et al: Erythema nodosum complicated by retrobulbar optic nerve neuritis. *Clin Exp Dermatol* 26. 306-307.2001
15. Valeyre D, Prasse A, Nunes H, Uzunhan Y, Brillet PY, Müller-Quemheim J. Source: Department of Pneumology, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Avicenne University Hospital, Bobigny, France; University Paris 13, octubre 2013.
16. Michael C. Lannuzzi, M.D., Benjamin A. Rybicki, Ph. D., and Alvin S. Teirstein, M.D. Sarcoidosis *N Engl J Med* 2007;