

Eritema nodoso de causa tuberculosa

L. Seijas Martínez-Echevarría*, MJ. Seijas Martínez-Echevarría**,
C. Rodríguez Romero***, MJ. Esparza Olcina*, E. Escribano Ceruelo*

*Pediatras del CS "Barcelona" Área 8 de Atención Primaria de Madrid.

**Médico de Familia del CS "Cebreros" Área 7 de Atención Primaria de Madrid.

***Enfermera del CS "Barcelona" Área 8 de Atención Primaria de Madrid.

Resumen

Se describe el caso de un niño magrebí con eritema nodoso de etiología tuberculosa. El eritema nodoso es una erupción cutánea consistente en lesiones nodulares dolorosas. Se asocia con una gran variedad de enfermedades. La etiología tuberculosa, frecuente en el pasado, casi ha desaparecido; sin embargo, en población de alto riesgo de enfermedad tuberculosa como los inmigrantes magrebíes, la tuberculosis debería ser considerada como causa de la enfermedad.

Palabras clave: Eritema nodoso, Tuberculosis, Inmigrantes.

Abstract

It is related a erythema nodosum case of tuberculosis etiology in a maghrebian child. Erythema nodosum is a cutaneous reaction of tender nodular lesions. It is associated with a wide variety of disease process. Tuberculosis, an important cause in the past, is almost disappeared; however, in a high risk group for tuberculosis, as maghrebian immigrants, Mycobacterium tuberculosis should still be considered as a cause of the disorder.

Key words: Erythema nodosum, Tuberculosis, Immigrants.

Caso clínico

Un varón de 12 años magrebí, residente en España desde los 15 días previos a la consulta, acudió al Centro de Salud por lesiones eritematoso violáceas nodulares, dolorosas, en los miembros inferiores de predominio en la parte posterior de las piernas, de 1 ó 2 cm de diámetro, de 1 mes de evolución. No

refería ingesta de fármacos, fiebre, síntomas respiratorios, digestivos ni articulares. En la anamnesis no se encontraron antecedentes personales ni familiares de interés.

En la exploración física sólo se objetivaron las lesiones descritas en un niño con un adecuado desarrollo púberal (Figura 1). En los exámenes

complementarios realizados (hemograma, coprocultivo, cultivo de frotis faríngeo y determinación de ASLO) no se encontraron alteraciones, salvo la prueba de la tuberculina (Mantoux) que fue

de 24 mm de induración con aparición de vesículas (Figura 2), y en la radiografía de tórax donde se observaron adenopatías en la ventana aorto-pulmonar y en hilio pulmonar izquierdo.

Figura 1. Lesiones eritematosovioláceas en miembros inferiores.



Figura 2. Mantoux de 24 mm de induración con vesículas.



Con el diagnóstico de eritema nodoso de probable etiología tuberculosa se remitió al hospital de referencia para estudio bacteriológico. Recogieron 3 muestras de jugo gástrico en las que se realizó tinción de Ziehl-auramina con resultado negativo y cultivos para BAAR, en donde se aisló *Mycobacterium tuberculosis* por lo que se confirmó la etiología tuberculosa del caso. Se instauró tratamiento con isoniacida, rifampicina y pirazinamida, que se mantiene en la actualidad hasta completar 9 meses de tratamiento, con buena evolución.

Discusión

El eritema nodoso (EN), aunque poco habitual en niños, es la paniculitis más frecuente de la infancia. La erupción clínica normalmente se presenta como nódulos eritematosos sensibles en la cara anterior de las piernas. También pueden observarse nódulos en las regiones laterales de las piernas, muslos, brazos, cara, cuello o cualquier área corporal con grasa subcutánea. El eritema observado al comienzo con frecuencia adquiere un color violáceo azulado durante la segunda semana de la erupción. Los nódulos suelen resolverse en forma espontánea en 3 a 6 semanas sin dejar cicatrices. El 70% de los pacientes con EN tienen artropatía asociada.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y su presentación con las lesiones típicas no precisa de confirmación anatomopatológica. En la histología se observa que el EN es una paniculitis septal sin vasculitis.

Tiene una incidencia máxima a los 20-30 años, con predominio del sexo femenino. Puede asociarse con una amplia variedad de procesos patológicos y, por tanto, siempre debe buscarse la etiología subyacente. Es probable que el EN se produzca por una reacción inmunológica, que puede ser desencadenada por infecciones (estreptocócicas, *Yersinia*, tuberculosis (TB), infecciones micóticas, virus), sarcoidosis, drogas (sulfonamidas, anticonceptivos orales), enteropatías o enfermedades malignas (linfoma). En los casos en los que se relaciona con TB, el EN se asocia con una infección primaria y la aparición de las lesiones cutáneas, suele ser simultánea con la conversión de la prueba cutánea tuberculínica.

En la actualidad los estudios realizados sobre la etiología del eritema nodoso destacan al *Streptococo beta-hemolítico* como principal agente.

Cribier, et al en la Universidad de Estrasburgo revisan retrospectivamente los 157 casos de EN habidos entre 1960 y 1995, con una media de edad de 31 años, y encuentran un 28% debidos a

Streptococo, 11% por sarcoidosis y un único caso (0,8%) por TB, que consideraran una causa virtualmente desaparecida, puesto que sucedió en 1962¹.

Al realizar el estudio en 27 pacientes de edad pediátrica con EN, Labbe, et al en Burdeos, no objetivan ningún caso debido a TB².

En Israel, Garty, et al analizan retrospectivamente 24 casos infantiles de EN sucedidos entre 1989-98 y reconocen en un 25% de los pacientes etiología estreptocócica, seguido de virus de *Epstein-Barr* (18%) y de enfermedad inflamatoria intestinal (13%); un 30% es de origen desconocido y resaltan que el origen tuberculoso, frecuente en el pasado, no tiene ninguna representación en su serie³.

De la misma manera la revisión realizada por Hassink en 36 pacientes pediátricos en Suiza no detecta ningún caso debido a TB, siendo la principal causa, la infecciosa (20 casos, 10 de ellos por *Streptococo*) y la segunda etiología más frecuente fue la asociación a enfermedad inflamatoria intestinal (8 casos)⁴.

En España la TB es un problema de Salud Pública importante, con una tasa de incidencia global de 38,51 casos por cada 100.000 habitantes según el estudio del Grupo de Trabajo del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis realizado en 1996-97 en 13

Comunidades Autónomas⁵. En 1996 España era el segundo país europeo en incidencia de TB, superado sólo por Rumanía. En la Comunidad de Madrid la tasa de incidencia en 1999 fue de 26 casos por 100.000 habitantes⁶.

En los países desarrollados no se llega a controlar la TB porque la población inmigrante de países con alta prevalencia, constituye un importante reservorio. En España el impacto de los inmigrantes sobre la epidemiología de la TB es reducido, lo que indica, que la TB no es producto de la inmigración sino resultado del deficiente control de la enfermedad. De todas formas, si se mantiene la tendencia de disminución de casos en población autóctona y el aumento en población extranjera podríamos llegar a una situación similar. En la Comunidad de Madrid, la incidencia ha ido disminuyendo en los últimos años mientras que la proporción de casos registrados de extranjeros, ha sufrido un incremento progresivo de un 3,2% en 1994 a un 11,89% en 1999⁷. Los inmigrantes y en concreto, los magrebíes, son un grupo de alto riesgo (por su lugar de procedencia y sus condiciones de vida), con unas altas tasas de infección TB que oscilan en torno al 76% en un estudio realizado en un Centro de Salud de Collado-Villalba (Madrid)⁷.

En el Área 8 de Atención Primaria, donde se estudió el caso que presentamos, la prevalencia de la infección tuberculosa en la población infantil con factores de riesgo era del 5,05% y en la población sin riesgo era del 0,7% en 1994⁸.

En el caso descrito, la aparición de lesiones compatibles con eritema nodoso en un niño de grupo de alto riesgo obligaba al despistaje de la TB. La impor-

tancia del caso radica en que el diagnóstico precoz y la existencia de un tratamiento adecuado, puede disminuir la morbi-mortalidad por TB y romper la posible cadena de contagio.

Es necesario un esfuerzo por parte de todos los profesionales sanitarios para disminuir la incidencia de TB. Debemos mantener un elevado índice de sospecha ante cualquier sintomatología de posible etiología tuberculosa.

Bibliografía

1. Cribier B, Caille A, Heid E, Grosshans E. *Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases.* Int J Dermatol 1998 ; 37 : 667-72.

2. Labbe L, Perel Y, Maleville J, Taieb A. *Erythema nodosum in children: a study of 27 patients.* Pediatr Dermatol 1996 ; 13: 447-50.

3. Garty BZ, Poznanski O. *Erythema nodosum in Israeli children.* Isr Med Assoc J 2000 ; 2: 145-6.

4. Hassink RI, Pasquinelli-Egli CE, Jacomella V, Laux-End R, Bianchetti MG. *Conditions currently associated with erythema nodosum in Swiss children.* Eur J Pediatr 1997 ; 156: 851-3.

5. Grupo de trabajo del PMIT. *Incidencia de la tuberculosis en España: re-*

sultados del proyecto multicéntrico de investigación en tuberculosis. Med Clin (Barc) 2000; 114: 530-537.

6. Comunidad de Madrid. *Informe del registro regional de casos de tuberculosis de la Comunidad de Madrid, 1999.* Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2001; 7: 3-40.

7. Rivas FPJ, Nácher M, Corriero J, García-Herreros MT. *Prevalencia de infección tuberculosa entre los inmigrantes magrebíes.* Med Clin (Barc) 2000; 114: 245-249.

8. Ayerbe MC, López-Hermosa P, Hernando P. *Evaluación del programa de despistaje de la infección tuberculosa en la población infantil.* An Esp Pediatr 1996; 45: 465-470.

