

## Eritema nodoso, a propósito de un caso

D. Agüero Orgaz<sup>a</sup>, MC. Cubero Sobrados<sup>b</sup>, O. Martín Gordo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. <sup>b</sup>Pediatra.

CS Orcasitas. Servicio Madrileño de Salud, Área I I. Madrid. España.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:451-6  
David Agüero Orgaz, davidorgaz@hotmail.com

### Resumen

El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis que se caracteriza clínicamente por la aparición de nódulos cutáneos inflamatorios y dolorosos que afectan predominantemente a la superficie pretibial de las extremidades inferiores, aunque pueden aparecer en otras localizaciones.

Predomina en mujeres entre los 15-30 años, en épocas de primavera y final del invierno, y su etiología es múltiple.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 15 años con cuadro clínico compatible con eritema nodoso confirmado mediante biopsia.

**Palabras clave:** Eritema nodoso, Inflamación, Paniculitis.

### Abstract

The erythema nodosum is a septal panniculitis without vasculitis that is characterized clinically by the appearance of inflammatory and painful cutaneous nodules that affect predominantly to the pretibial surface of the low extremities, though it can appear in other locations.

It prevails in women between 15 and 30 years of age, in spring and the end of winter. The aetiology is multiple.

We present the clinical case of a sixteen-years-old patient with clinical characteristics compatible with a biopsy-proven erythema nodosum.

**Key words:** Erythema nodosum, Inflammation, Panniculitis.

### Introducción

El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis, descrita ya en 1798 por Willan<sup>1,2</sup>.

Se caracteriza clínicamente por la aparición de nódulos cutáneos inflamatorios y

dolorosos, que afectan predominantemente a la superficie pretibial de las extremidades inferiores, aunque puede aparecer en otras localizaciones de miembros inferiores y también en superficies de extensión de antebrazos. Excepcional-

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

mente pueden observarse en tronco, región cervical y cara<sup>3</sup>.

Los nódulos son de aparición aguda, eritematosos en fases iniciales que evolucionan de forma similar a un hematoma adquiriendo distintos tonos: rojizo oscuro, amarillento, verdoso y azulado, a medida que evolucionan hasta su desaparición que tiene lugar habitualmente entre 1-6 semanas, pudiendo dejar una discreta pigmentación residual, pero nunca ulceración o atrofia<sup>4</sup>.

Las lesiones oscilan de 0,5 a 5 cm. Son irregulares y variables en cuanto a su número.

Dado que es un síndrome plurietiológico, puede verse acompañado de afectación del estado general con febrícula o

incluso fiebre, edemas en miembros inferiores, artralgias, etc.<sup>3,5</sup>. Puede relacionarse con fármacos (tabla I), sarcoidosis, infecciones, alteraciones endocrinas y hormonales, enfermedades autoinmunes, neoplasias o de causa idiopática<sup>6,7</sup>. Aunque el mecanismo íntimo de su etiopatogenia se desconoce, se ha pensado en un proceso de base inmunológica humoral y celular<sup>2</sup>.

Es en el inicio de la primavera y el final del invierno cuando tiene mayor incidencia<sup>3,5</sup>.

No suelen existir problemas en el diagnóstico sindrómico, ya que las manifestaciones clínicas son bastante típicas. En caso de duda, podemos recurrir a la biopsia. Para poder llevar a cabo el diagnóstico

**Tabla I.** Etiología del eritema nodoso

**1. Infecciosa:**

- Bacterias: tuberculosis. *Streptococcus* betahemolítico, *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, meningococo, rickettsia, *Chlamydia sp.*, difteria, lepra, enfermedad por arañazo de gato, *M. pneumoniae*, tularemia.
- Virus.
- Hongos.
- Helmintos.
- Protozoos.

**2. No infecciosa:**

- Medicamentos: anticonceptivos, betalactámicos, bromuros, yoduros, tetraciclinas, estreptomina, codeína, sulfamidas, barbitúricos, fenacetinas, cotrimoxazol.
- Idiopática.
- Enfermedad inflamatoria intestinal<sup>7</sup>.
- Colagenosis: lupus eritematoso sistémico. Panarteritis nodosa.
- Neoplasias: linfomas y leucemias.
- Otras: trastornos hormonales, embarazo, síndrome de Sweet, síndrome de Behcet, sarcoidosis, síndrome de Reiter<sup>6</sup>.

etiológico debemos realizar un estudio que descarte las causas más frecuentes: estudio analítico, radiografía de tórax, pruebas serológicas, cultivos, Mantoux, test embarazo, etc.<sup>8</sup>.

El tratamiento, dado su carácter autolimitado, debe ser etiológico siempre que se pueda demostrar su origen. El tratamiento sintomático se basa en el reposo con elevación de miembros inferiores, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y en algún caso corticoides<sup>2,3,5</sup>.

### Caso clínico

Se trata de una paciente de 15 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que acude a consulta por la aparición insidiosa, 3-4 días anteriores, de unas lesiones eritematosas en la superficie pretibial de ambas piernas, de forma simétrica que han aumentado en número y tamaño y alguna ha comenzado a cambiar de color, pudiendo apreciar cierto color amarillento (figuras 1 y 2).

La paciente refiere infección leve de vías aéreas superiores la semana anterior sin otra clínica. Niega ingesta de fármacos.

A la exploración física no se objetiva fiebre. Tensión arterial de 110/70 mm Hg, frecuencia cardíaca: 60 latidos por minuto y auscultación cardiorrespiratoria normal.

Las lesiones presentan aspecto de nódulos cutáneos eritematosos levemente hipertérmicos y dolorosos a la palpación, cuyo diámetro va de 1 a 3 cm en superficie pretibial sin observarse lesiones en otras localizaciones.

Se recomienda reposo a la paciente y analgesia con paracetamol o AINES, y es derivada al servicio de dermatología para la realización de biopsia de confirmación.

Dado que la exploración física de la paciente es normal, se solicitan como pruebas complementarias, para llegar al diagnóstico etiológico: hematología, fórmula, recuento y VSG; bioquímica con pruebas de función hepática, renal y tiroides; proteinograma; calcio y fósforo; factor reumatoide, proteína C reactiva (PCR) y anticuerpos antinucleares (ANA). Todos los valores se encontraban dentro de la normalidad. También se solicita radiografía de tórax, sin hallazgos patológicos; Mantoux negativo; ASLO que fue negativo y serología virus de Epstein Barr (VEB), con IgG positiva, IgM negativa; test embarazo negativo.

Pasados 15 días las lesiones prácticamente habían desaparecido. La biopsia dio el diagnóstico definitivo. Dados los resultados de las pruebas complementarias y la evolución de la paciente se etiquetó como eritema nodoso de etiología idiopática.

**Figura 1.** Primera visita a la consulta.  
Lesiones nodulares en región pretibial bilateral.



**Figura 2.** Evolución de las lesiones a las 48 horas.



## Discusión

Nos encontramos ante un caso de eritema nodoso, una paniculitis septal sin vasculitis<sup>4</sup>. Es un síndrome plurietiológico cuyas lesiones consisten en múltiples nódulos irregulares, indurados, en ocasiones dolorosos, no ulcerativos y ligeramente sobreelevados, que van modificando su coloración a lo largo de la evolución.

Su principal localización es en regiones pretibiales de forma simétrica y bilateral, aunque puede afectar otras zonas<sup>3</sup>.

En la mayoría de los casos se acompaña de sintomatología sistémica, como artralgias, fiebre, malestar general, astenia,

etc., aunque los nódulos pueden constituir el único hallazgo<sup>3,4</sup>.

La edad de aparición más frecuente es entre los 15 y 30 años, y predomina en mujeres en las estaciones de primavera y final de invierno<sup>5</sup>.

Dado que tiene un pronóstico autolimitado y benigno, con evolución a la curación sin dejar ningún tipo de secuelas, es importante el diagnóstico precoz realizado en Atención Primaria<sup>1</sup>.

Desde Atención Primaria, nuestra labor no solo comprende el diagnóstico, sino la búsqueda, mediante el uso de las pruebas complementarias necesarias, de la etiología del eritema nodoso; a tener en

cuenta que en un elevado porcentaje de los casos, la causa es idiopática, como en nuestro caso clínico<sup>1,8</sup>.

Entre las causas más frecuentes a valorar destacan los fármacos, la sarcoidosis y la infección estreptocócica. Para descartarlas, nos basta con la historia clínica, el exudado faríngeo y la radiografía de tórax respectivamente, esta última asociada a un Mantoux, nos permite descartar además tuberculosis. En nuestra paciente los resultados fueron compatibles con la normalidad. Las neoplasias a las que se asocia son la leucemia y el linfoma, descartados mediante un hemograma con VSG y proteinograma. También se deben solicitar otras pruebas, como una bioquímica con perfil hepático, iones, calcio y fósforo y función renal, así como una orina elemental con sedimento. Un test de embarazo, que en este caso también fue negativo. Y como pruebas opcionales, destacar baciloscopia, coprocultivo y pruebas reumatológicas<sup>1-3</sup>. Nuestra paciente presentó una analítica de sangre y orina completamente normales, con factor reumatoide y ASLO normales.

Aunque el diagnóstico se realizó inicialmente por las lesiones, con una etiología idiopática, se remitió a dermatología para biopsia, que nos aportó el diagnóstico definitivo<sup>5</sup>.

En la mayoría de los casos no es preciso biopsiar la lesión para realizar el diagnóstico, pero es el método más fiable.

Cuando en la consulta de Atención Primaria nos encontramos con un caso como este, debemos llevar a cabo un diagnóstico diferencial aunque su presentación clínica, tan característica, no suele presentar problema para el diagnóstico.

Debemos diferenciarlo de contusiones pretibiales, descartando posibles traumatismos en la zona. También deberemos diferenciarlo de algunas paniculitis como el eritema indurado de Bazin<sup>9</sup>, que es una enfermedad nodular crónica y recurrente, que se localiza preferentemente en la cara posterior de las piernas de mujeres de mediana edad. Histológicamente corresponde a una paniculitis lobular con vasculitis. La paniculitis nodular sistémica, cuyos nódulos son móviles y pueden sufrir ulceración. Junto a los datos de la enfermedad de base ayuda a su diagnóstico. Los gomas luéticos son lesiones crónicas, asimétricas y con tendencia a ulcerarse centralmente. El término eritema nodoso leproso, describe en realidad una reacción leprosa de la lepra lepromatosa.

Su evolución va a depender principalmente del agente etiológico, pero en general el curso del eritema nodoso es auto-limitado, con una duración aproximada

de entre 1-6 semanas sin dejar secuelas o dejando una leve hiperpigmentación.

El tratamiento que debemos pautar es meramente sintomático y variará según la sintomatología<sup>1-3,8</sup>. Se recomienda reposo en cama con elevación de miembros infe-

riores y analgésicos tipo AINES y paracetamol; yoduro potásico, si no hay respuesta en 48 horas a los AINES. Los corticoides sistémicos solo deben usarse en casos rebeldes y cuando se ha descartado previamente enfermedad infecciosa.

---

## Bibliografía

1. Bellón Rueda AB, Arranz Martínez E, Hermosa Hernán JC. A propósito de un caso de eritema nodoso en la consulta de Atención Primaria. *Semergen*. 1999;25(2):105-7.
2. Muñoz Ávila JA, García Criado EI, Berlango Jiménez A, Calderón de la Barca Gázquez JM, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo LM. Manejo del eritema nodoso en urgencias. *Semergen*. 1998;24(5):395-8.
3. Noguero Casado MJ, Seco González A. Eritema nodoso. *Fisterra*. Guías clínicas 2005;5(1) [consultado el 20/02/2009]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/enodoso.asp](http://www.fisterra.com/guias2/enodoso.asp)
4. Requena L, Requena C. Eritema nodoso. *Dermatology Online J*. 2002;8(1):4. [consultado el 20/02/2009]. Disponible en <http://dermatology.cdlib.org/>
5. García Porrua C, González Gay MA, Vázquez Caruncho M, López Lázaro L, Lueiro M, Fernández ML, et al. Erythema nodosum. Etiologic and predictive factors in a defined population. *Arthritis and rheumatism*. 2000;43:584-92.
6. Gallego Domínguez S, Pascua Molina FJ, Caro Mancilla A, González Núñez A. Eritema nodoso como presentación de feocromocitoma. *An Med Interna (Madrid)*. 2005;22(8):383-6.
7. Fantobal RA, Amaro BP. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades gastrointestinales. Primera parte. *Gastr Latinoam*. 2005;16:39-57.
8. Pérez de la Campa C. Mujer joven con poliartralgias y lesiones en cara anterior de las piernas. *Rev SoMaMFyC*. 2002;4(3):32-4.
9. Thomas Gavelán E, Sánchez Saldaña L, Sáenz Anduaga E, Zegarra del Carpio R. Eritema indurado de bazin. *Dermatol Perú*. 2006;16(2):160-3.

