Eritema nodoso

Fernando De Juan Martín

Concepto

El eritema nodoso (EN) es un síndrome clínico de etiología múltiple. Se caracteriza por la aparición de nodulos cutáneos y subcutáneos que se localizan preferentemente y de forma simétrica en los miembros inferiores y con menos frecuencia en los brazos y otras zonas de piel.

Etiología

Es muy variada (tabla I). En nuestro medio y en la edad pediátrica las causas más frecuentes son: infecciones (bacterianas, víricas y micóticas), sobre todo las infecciones tuberculosa y estreptococica; fármacos, especialmente sulfamidas, bromuros, yoduros y anovulatorios; enfermedades malignas (linfoma), y sarcoidosis y enfermedad inflamatoria intestinal. En los últimos años se esta asistiendo a un aumento de la etiología tuberculosa.

Patogenia

El mecanismo íntimo no se conoce. La mayoría de los autores creen que se trata de un proceso de base inmunológica por inmunocomplejos circulantes o de hipersensibilidad celular retardada (reacciones tipo III y IV de Gell y Coobms). El deposito de los inmunocomplejos y la activación del complemento serían responsables de las lesiones, que histológicamente se manifestarían como una paniculitis septal no necrosante con afectación de las pequeñas venas de la dermis profunda y del tejido celular subcutáneo.

Clínica

— Fiebre de intensidad variable, malestar general y artritis/artralgias de predominio en rodillas y tobillos. Estos síntomas preceden a la erupción en 2-3 días.

— Nódulos redondeados u ovalados, de contornos mal delimitados, consistencia dura, calientes, color rojo vivo y dolorosos a la presión. Alcanzan un tamaño de hasta 3 cm de diámetro, presentan un marcado carácter bilateral y simétrico y se localizan preferentemente en miembros inferiores, a lo largo de la cresta tibial y en las rodillas. Con menos frecuencia se afectan los miembros superiores, entonces los nódulos predominan en el borde cubital del antebrazo y codos, y excepcionalmente se encuentran en cara y tronco. Durante 7-10 días surgen nuevas lesiones y su evolución es parecida a la de las equimosis, pasan por todas la etapas de la biligénesis local y desaparecen aproximadamente en 3 semanas.

Diagnóstico

— *Sindrómico*. Basado en las características clínicas del propio EN.

No suelen existir problemas diagnósticos porque las manifestaciones clínicas son bastante típicas. En caso de dudas se recurre al estudio biópsico.

— *Etiológico*. Basado en los datos clínicos y analíticos derivados de la patología de base.

Pueden descartarse las causas mas frecuente con una buena anamnesis, una exploración física meticulosa y unas pruebas complementarias simples. Inicialmente se realizará hemograma, VSG, proteína C reactiva, frotis faríngeo, ASTO, Mantoux, coprocultivos y radiografía de tórax. En caso de negatividad de estas pruebas o ante la presencia de datos sugestivos de otras etiologías menos frecuentes, se procederá a realizar otras pruebas complementarias más complejas.

Evolución

— Habitualmente se resuelve en 2-3 semanas de forma espontánea y sin secuelas.
— Las recidivas o recaídas son excepcionales y dependen de la etiología (sobre todo en la estreptocócica) y de si el enfermo ha iniciado precozmente actividad física.

TABLA I. Etiología del eritema nodoso

Etiología infecciosa	Etiología no infecciosa
Bacterianas:	*Medicamentos:*
— Tuberculosis	— Anticonceptivos orales
— *Estreptococo betahemolítico*	— Sulfamidas
— *Yersinia*	— Salicilatos
— *Salmonella*	— Cotrimoxazol
— *Shigella*	— Bromuros
— *Campylobacter*	— Yoduros, etc.
— Tularemia	*Enf. inflamatoria intestinal:*
— Lepra	— Enf. de Crohn
— Rickettsias. Fiebre Q	— Colitis ulcerosa
— *Chlamydias*	*Colagenosis:*
— *M. pneumoniae*	— Lupus
— Enf. arañazo gato	— Vasculitis
Víricas:	*Enf. malignas:*
— Epstein Barr	— Linfomas
— Hepatitis B	*Otras causas:*
Hongos:	— Sarcoidosis
— Tiñas	— Enf. de Behcet
— Histoplamosis	— Síndrome de Sweet
— Coccidiomicosis	— Síndrome de Reiter, etc.
— Blastomicosis	
Helmintos:	
— *Ascaris, Tenia solium*	*Idiopáticas:*
Protozoos:	— Representan 30-50%
— *Toxoplasma*	
— Amebas, Giardias	

Tratamiento

1. Sintomático
   - Reposo en cama. Parece acortar la duración de la enfermedad.
   - Antiinflamatorios y analgésicos. El AAS es el más utilizado. Los corticoides no deben ser empleados, sobre todo si no se conoce la etiología.
2. Etiológico
   - En los de origen tuberculoso el tipo de tratamiento dependerá de la presencia o no de patología pulmonar. Quimioprofilaxis con isoniacida en caso de infección y tratamiento con tres fármacos, si existe patología asociada compatible con enfermedad tuberculosa.
   - Cuando la etiología es estreptocócica, es necesario la administración de penicilina durante 10 días.
   - Si existe antecedente de un fármaco, presunto responsable del cuadro clínico, se procederá a su retirada. No es aconsejable su reintroducción con fines diagnósticos.

En el resto de EN de etiología demostrada se procederá a su tratamiento específico. Si es de naturaleza idiopática, se realizará exclusivamente tratamiento sintomático.

Bibliografía

1. Concha J, Díaz J, Cué R, Bousoño C, Ramos E, Crespo M. Estudio clínico-epidemiológico del eritema nodoso en 23 casos pediátricos. An Esp Pediatr 1994, 50: 230-4.
2. Gómez Campderá J, Navarro M, Medrano C, Escudero B. Eritema nodoso en la infancia. Estudio de 20 casos. An Esp Pediatr 1994, 50: 423-7.
3. Artola E, Gorrtxategui P, López F, Guerrero R, Unanue G, Palacio M, Albisu Y. Eritema nodoso en pacientes pediátricos. Un estudio de 22 casos. An Esp Pediatr 1993, 39: 191-3.
4. Cenarro M, Monreal M, Labarta J, Domínguez P, Puig C, De Juan F. Eritema nodoso: 33 casos en edad pediátrica. Estudio epidemiológico y clínico. Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor 1990, 20: 49-56.
5. Hellerstrom S. Erytema nodosum. Acta Derm Venerol 1996, 46: 469-72.

NOTAS