

# ERITEMA NODOSO

M Ibáñez Rubio

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital del Niño Jesús. Madrid

Ibáñez Rubio M. Eritema nodoso.  
Protoc diagn ter pediátr. 2014;1:151-5

## CONCEPTO

Es un proceso inflamatorio caracterizado por la presencia de lesiones nodulares infiltrativas en la piel y el tejido celular subcutáneo.

El eritema nodoso (EN) tiene más importancia como reacción de hipersensibilidad a antígenos de una enfermedad subyacente que como enfermedad dermatológica.

En la edad adulta aparece entre los 20 y los 50 años, con predominio del sexo femenino.

En la infancia es más frecuente a partir de los dos años y afecta por igual a ambos sexos.

## ETIOLOGÍA

Es plurifactorial, asociado a un amplio espectro de enfermedades, aunque en un alto porcentaje de casos (35-50%) no se llega a conocerse la causa (**Tabla 1**). Hablamos de:

- **Eritema nodoso primario o idiopático:** cuando no hay relación con una enfermedad determinada.

- **Eritema nodoso secundario:** cuando hay relación con enfermedad subyacente.

Las causas más frecuente de EN en nuestro medio y en la edad pediátrica son las infecciones respiratorias de vías altas por estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A, seguida de tuberculosis, gastroenteritis por *Yersinia* y *Salmonella enteritidis*, esta ha aumentado la frecuencia en la última década. En la sarcoidosis puede ser el EN el primer síntoma.

## Patogenia

Un amplio espectro de estímulos antigénicos pueden producir mecanismos inmunológicos diferentes (inmunocomplejos, hipersensibilidad retardada, anticuerpos circulantes), pero se desconoce el mecanismo exacto que da lugar al eritema.

## Histológicamente

Se caracteriza por una paniculitis septal sin vasculitis apareciendo infiltrados de neutrófilos en los septos y posteriormente mononucleares, linfocitos, histiocitos y células gigantes que pueden producir los granulomas de Meischer (histiocitos dispuestos de forma ra-

**Tabla 1.** Causas de eritema nodoso

<p><b>Infecciones bacterianas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Infecciones estreptocócicas</li> <li>• Gastroenteritis por <i>Yersinia</i>, <i>Salmonella</i>, <i>Shigella</i> y <i>Campylobacter</i></li> <li>• Brucellosis</li> <li>• Sífilis, gonococia, <i>Chlamydia</i> (granuloma venéreo y psitacosis)</li> <li>• Meningocócica</li> <li>• <i>Mycoplasma</i></li> </ul>
<p><b>Infecciones víricas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mononucleosis infecciosa</li> <li>• Citomegalovirus</li> <li>• Herpes simple</li> <li>• Hepatitis</li> </ul>
<p><b>Infecciones fúngicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coccidiomicosis</li> <li>• Blastomicosis</li> <li>• Histiomicosis</li> <li>• Dermofitosis</li> </ul>
<p><b>Enfermedades inflamatorias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarcoidosis (síndrome de Löegren) y síndrome de Blau</li> <li>• Lupus eritematoso sistémico</li> <li>• Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn)</li> <li>• Enfermedad de Behçet</li> </ul>
<p><b>Fármacos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilina</li> <li>• Sulfamidas</li> <li>• Anticonceptivos orales</li> <li>• Salicilatos</li> <li>• Otros</li> </ul>
<p><b>Enfermedades hematológicas y tumorales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Linfomas</li> <li>• Leucemias</li> <li>• Tratamiento postirradiación, etc.</li> </ul>
<p><b>Enfermedades parasitarias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amebiasis</li> <li>• Giardiasis</li> <li>• Ascariasis y oxiuriasis</li> </ul>

dial) y finalmente fibrosis septal (**Figura 1**). Ocasionalmente también puede haber paniculitis del lobulillo graso.

## CLÍNICA

Los nódulos se instauran de forma súbita, son eritematosos dolorosos y calientes, de forma redondeada, bordes irregulares, de 1-5 cm de tamaño y adheridos a la piel, se localizan de forma simétrica y bilateral principalmente en la zona pretibial (**Figura 2**), también en zonas de extensión de muslos y brazos, pero menos frecuentemente. El brote puede durar de ocho a diez días apareciendo nuevas lesiones que posteriormente se autolimitan y desaparecen en 1-6 semanas, evolucionan como una contusión de rojo vinoso brillante a amoratado y amarillento, curan sin ulceración ni dejar cicatriz.

Síntomas como malestar general, fiebre, artralgias pueden acompañar o preceder al EN, no suele haber artritis franca. También puede haber manifestaciones clínicas propias de la enfermedad de base.

### Otras formas de eritema nodoso

#### *Eritema nodoso migratorio*

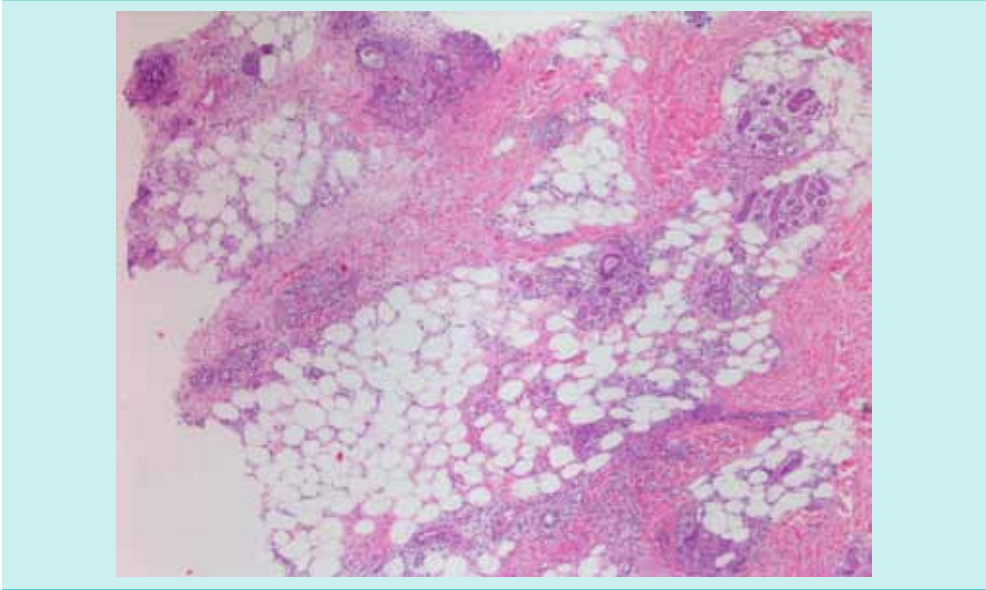
En el que las lesiones son de localización asimétrica, unilateral y cambiante, de evolución más lenta y prolongada apareciendo nuevos brotes durante unos cuatro meses y se resuelven posteriormente sin dejar cicatriz.

#### *Eritema nodoso crónico*

Lesiones persistente durante meses o años de características similares al EN idiopático pero asintomático.

Las pruebas de laboratorio son inespecíficas, en ocasiones hay aumento de reactantes de fase aguda.

**Figura 1.** Eritema nodoso. Paniculitis septal



**Figura 2.** Nódulos eritematosos pretibiales simétricos y bilaterales



Siempre se realizará: hemograma velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, bioquímica completa y análisis de orina, radiografía de tórax, derivado proteico purificado (PPD), anticuerpos antiestreptolisina O y cultivo faríngeo para descartar las causas más comunes.

Otras pruebas se harán de acuerdo con la síntomas acompañantes: complemento, anticuerpos antinucleares, heces huevos y parásitos, coprocultivo, endoscopia digestiva, etc.

## DIAGNÓSTICO

Se realiza por la historia clínica y la exploración física.

### Diagnóstico diferencial

Contusiones, picaduras de insectos, y flebitis son fáciles de reconocer.

Vasculitis nodular, eritema indurado de Bazin, panarteritis nodosa cutánea, síndrome de Sweet, y otras patologías precisaran biopsia de la lesión para llegar a el diagnóstico.

En el EN migratorio, el diagnóstico diferencial se hará con erisipela y tromboflebitis migratoria superficial.

## EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Es favorable independientemente de la causa que lo produzca. Cursa en brotes que se auto-limitan en 3-6 semanas sin dejar cicatriz residual. El EN migratorio, al igual que el crónico, tardan más tiempo pero se resuelve igualmente bien.

## TRATAMIENTO

El reposo en cama, la elevación de los miembros inferiores y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) a dosis antiinflamatorias suele ser suficientes.

El yoduro potásico en dosis de 300-900 mg/día (20 gotas/8 horas) durante 2-4 semanas es la opción en los casos que no haya respuesta a AINE.

Los esteroides solo son necesarios en los casos más rebeldes y prolongados, aunque en ocasiones pueden producir recidivas al suprimirlos.

Tratamiento específico de la enfermedad causante, siempre que se sepa.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Cengiz AB, Kanra G, Secmeer G, Ceyhan M. Erythema nodosum in childhood: evaluation of ten patients. *Turk J Pediatr.* 2006;48:38-42.
- Díaz-Rubio García AC, Mendoza JL. Manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal: diferencias entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. *Med Clin.* 2005;125:297-300.
- Esquerrá Alibés MT, Molina Gallardo S, Deniel Rosanas J. Eritema nodoso. *Jano.* 1999;57:39-45.
- 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 Rheum.* 2000;43:584-92.
- Mert A, Kumbasar H, Ozaras R, Erten S, Tasli L, Tabak F, *et al.* Erythema nodosum: an evaluation of 100 cases. *Clin Exp Rheumatol.* 2007;24:563-70.
- Mert A, Ozaras R, Tabak F, Pekmezci S, Demirkesen C, Ozturk R. Erythema nodosum: an experience of 10 years. *Scand J Infect Dis.* 2004;36:424-7.
- Noguerol Casado MJ, Seco González A. Eritema nodoso. *Guías Clínicas.* 2005;5.
- Ricart JM, Todolí Parra J, Vilata Corell JJ, Calvo J. Enfermedad de Behçet: estudio de 74 pacientes. *Med Clin.* 2006;127:496-9.
- Sota Busselo I, Oñate Vergara E, Pérez-Yarza EG, López Palma F, Ruiz Benito A, Albisu Andrade Y. Eritema nodoso modificación etiológica en las dos últimas décadas. *An Pediatr.* 2004;61:403-7.
- Yi SW, Kim EH, Kang HY, Kim YC, Lee ES. Erythema Nodosum: Clinicopathologic correlations and Their Use in Differential Diagnosis. *Yonsei Med J.* 2007;48:601-8.