

Tema 45

ERITEMA INDURADO DE BAZIN

Dres. A. Moreno y J. Marcoval

DEFINICIÓN

Paniculitis necrotizante crónica, nodular y ulcerativa, secundaria a isquemia causada por daño vascular en vasos profundos localizados en el panículo.

ETIOPATOGENIA

La relación entre eritema indurado y tuberculosis es sujeto de controversia. En ocasiones los pacientes tienen alteraciones en el test de la tuberculina, aunque la presencia de tuberculosis activa es excepcional y no se han demostrado bacilos en cultivos de lesiones de eritema indurado.

La tendencia actual es considerar al eritema indurado como una vasculitis de vasos profundos hipodérmicos y a la paniculitis como un efecto colateral isquémico.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Suele producirse en mujeres de entre 30 y 60 años de edad. Las lesiones consisten en nódulos profundos, más palpables que visibles, generalmente dolorosos a la palpación (Fig. 1). Suelen localizarse predominantemente en cara posterior de las piernas pero pueden observarse también en muslos o en extremidades superiores. Las lesiones frecuentemente evolucionan a la ulceración (Fig. 2) y curan dejando cicatriz atrófica residual. Los brotes de lesiones suelen producirse a intervalos irregulares durante meses o años.

CLAVES CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS

- Brotes de nódulos y placas de curso indolente en cara posterior de extremidades inferiores.

- Predominio en mujeres, afectación generalmente bilateral.
- Afectación progresiva de la dermis, ulceración y curación con cicatrices residuales retráctiles.

DESCRIPCIÓN HISTOLÓGICA

El eritema indurado/vasculitis nodular es una vasculitis de vasos de mediano calibre localizados en el panículo adiposo y que están relacionados con la vascularización del mismo. La consecuencia es una lesión isquémica con componente necroinflamatorio. En ocasiones, sobre todo en biopsias pequeñas, el componente de daño vascular está mal representado en la muestra por lo que la identificación de la lesión del lobulillo cobra una importancia especial (Fig. 3).

La vasculitis se caracteriza por un daño extenso y severo que afecta tanto a arterias como a venas de pequeño y mediano calibre, localizadas en profundidad. Los vasos afectados muestran daño fibrinoide, hinchazón endotelial e infiltrado inflamatorio (Fig. 5). En algunos casos las lesiones muestran un patrón de vasculitis granulomatosa.

Como consecuencia, los lobulillos grasos dependientes de los vasos afectados presentan necrosis isquémica (Fig. 4). En algunos casos se observa sólo necrosis de coagulación. En lesiones isquémicas severas, la necrosis es licuefactiva y el lobulillo graso está destruido con imagen de paniculitis necrotizante.

El infiltrado inflamatorio se dispone alrededor de las áreas de necrosis. Puede tener un componente predominantemente linfoplasmacitario, relativamente inespecífico. En una proporción variable de casos (que puede llegar a ser del 60%) el infiltrado inflamatorio es granulomatoso con granulomas de tipo tuberculoide que incluyen áreas, a veces extensas, de necrosis caseosa.



Figura 1. *Nódulos subcutáneos con intensos signos inflamatorios localizados en muslos y piernas.*



Figura 2. *Detalle de lesión nodular en pantorrilla que está iniciando ulceración.*

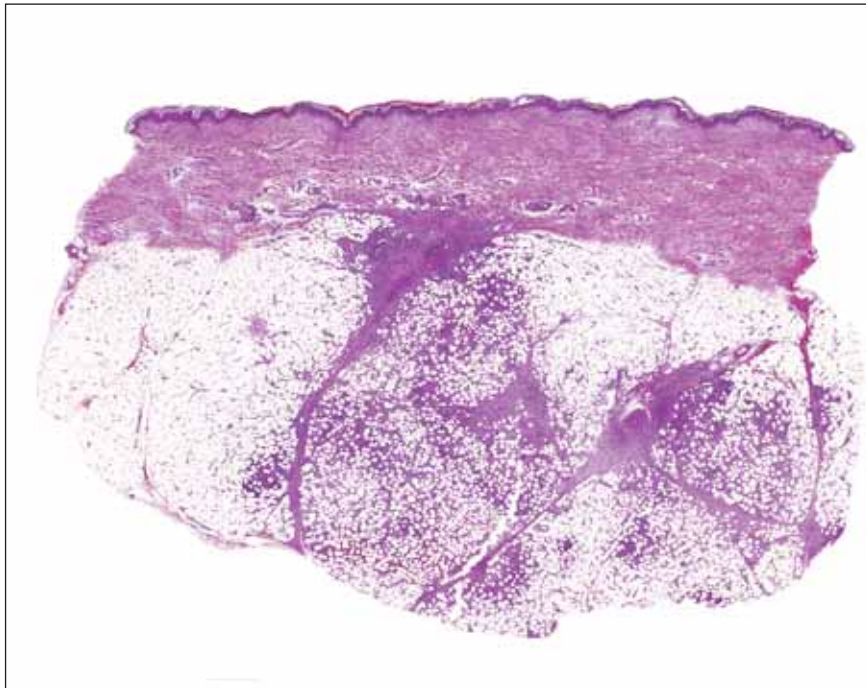


Figura 3. Panniculitis lobulillar a bajo aumento. Los septos están relativamente conservados. Los lobulillos grasos muestran una intensa lesión inflamatoria.

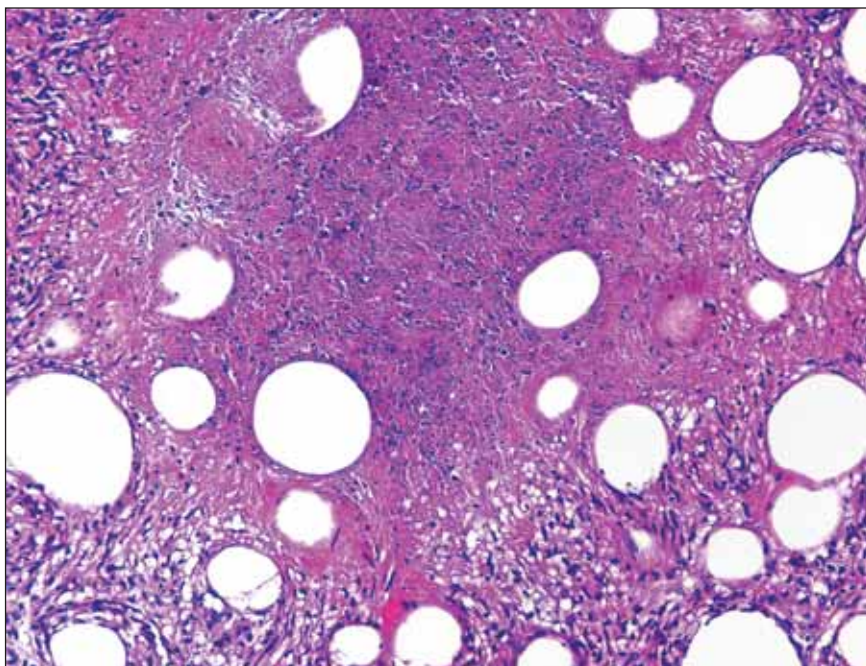


Figura 4. Lobulillo grado completo con necrosis isquémica. Necrosis de coagulación que mantiene la estructura del tejido con coloración rojiza característica.

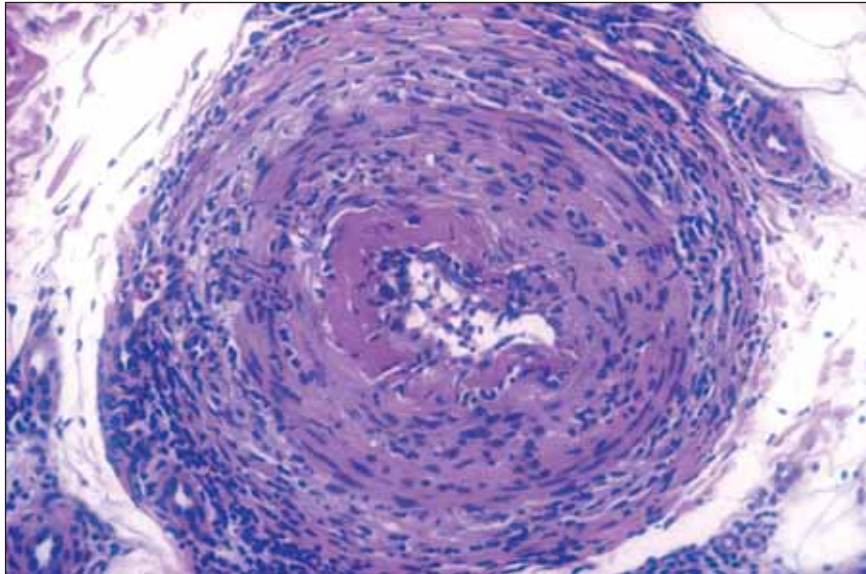


Figura 5. Vasculitis de vaso de mediano calibres. Necrosis fibrinoide e infiltrado inflamatorio en la pared del vaso.

Con la evolución, el infiltrado inflamatorio se extiende a la dermis manteniendo la misma morfología. Los casos ulcerados suelen mostrar extensas áreas de necrosis caseosa con granulomas y un componente agudo sobreañadido debido a la ulceración que puede enmascarar la lesión por lo que no es recomendable biopsiar las lesiones ulceradas.

CLAVES DEL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

- Paniculitis de predominio lobulillar.
- Necrosis del lobulillo graso rodeada por un componente inflamatorio que puede ser linfoplasmacitario o granulomatoso.
- Lesión vascular prominente.
- En algunos casos predomina el infiltrado granulomatoso con áreas de necrosis caseosa tanto en el lobulillo como en las paredes vasculares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Eritema nudoso: nódulos contusiformes en cara

anterior de extremidades. Paniculitis de predominio septal con escasa o nula vasculitis.

Escrofuloderma: sobre áreas ganglionares. No hay componente vascular y el cultivo demuestra bacilos.

Paniculitis necrotizante: diagnóstico histológico descriptivo que refleja una necrosis licuefactiva masiva del panículo. Puede tener distintas causas: infecciones, déficit de alfa-1-antitripsina, isquemia, etc. Puede ser manifestación de una lesión de eritema indurado/vasculitis nodular.

TRATAMIENTO

Los casos asociados a infección por *Mycobacterium tuberculosis* responden al tratamiento tuberculostático. Los casos idiopáticos pueden mejorar con reposo en cama y la administración de antiinflamatorios no esteroideos. Las lesiones también pueden responder a yoduro potásico a dosis de 400-900 mg al día por vía oral. Los casos especialmente severos pueden precisar la administración temporal de corticoides, pero las lesiones pueden recidivar al retirarlos.