

Tema 46

ERITEMA NUDOSO

Dres. A. Moreno y J. Marcoval

DEFINICIÓN

Forma de paniculitis recidivante resultante de la expresión en el tejido subcutáneo de una reacción de hipersensibilidad a distancia desencadenada por diversos agentes.

ETIOPATOGENIA

Asociado a enfermedades infecciosas, especialmente infecciones por estreptococos y tuberculosis, lepra, infección por yersinia o brucelosis; infecciones por hongos, preferentemente micosis profundas; menos frecuentemente infecciones por virus o protozoos.

También se asocia a enfermedades inflamatorias crónicas de etiología no infecciosa, principalmente a sarcoidosis, a enfermedad inflamatoria crónica intestinal y enfermedad de Behçet.

Finalmente se ha descrito asociado a medicamentos, especialmente estrógenos y contraceptivos orales y a síndrome de Sweet.

En una proporción importante de casos, la causa que provoca la enfermedad no puede ser determinada.

CLASIFICACIÓN

- Eritema nudoso.
- Eritema nudoso crónico.
- Eritema nudoso migratorio (paniculitis nodular migratoria de Vilanova y Piñol).

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Se trata de una paniculitis caracterizada por nódulos subcutáneos en panículo adiposo, localizados preferentemente en cara anterior de extremida-

des inferiores. Son nódulos eritematosos, rojizos o rojo-purpúricos, calientes y dolorosos a la palpación. Las lesiones no tienden a ulcerarse y frecuentemente muestran un componente hemorrágico, que les confiere un aspecto contusiforme (Fig. 1).

Suelen tener inicio brusco y evolución espontánea a la autocuración con desaparición en semanas. En muchas ocasiones se producen brotes sucesivos de lesiones con prolongación de la enfermedad por meses.

Las lesiones pueden acompañarse de sintomatología sistémica como fiebre leucocitosis y artralgias, habitualmente poco intensa.

Las formas crónicas muestran unas lesiones que persisten en el tiempo, con tendencia de transformación de los nódulos en palcas que pueden durar años.

Las formas migratorias repiten los brotes en localizaciones distintas de las iniciales.

CLAVES CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS

- Paniculitis: nódulos en panículo adiposo de preferencia en cara anterior de extremidades.
- Nódulos de aspecto contusiforme.
- Posible evolución a brotes con persistencia de la enfermedad por meses.

DESCRIPCIÓN HISTOLÓGICA

La base histológica del eritema nudoso es una paniculitis. La reacción inflamatoria afecta esencialmente al tejido subcutáneo, con predominio, a veces exclusivamente, septal (Fig. 2). En los estadios iniciales de la enfermedad se observa ensanchamiento de los septos por edema, celularidad inflamatoria difusa con neutrófilos que pueden formar acúmulos, extravasación hemática en grado variable y granulomas de Miescher (Fig. 3). Puede



Figura 1. Nódulos subcutáneos de aspecto contusiforme localizadas en cara anterior de ambas piernas en un paciente con sarcoidosis sistémica.

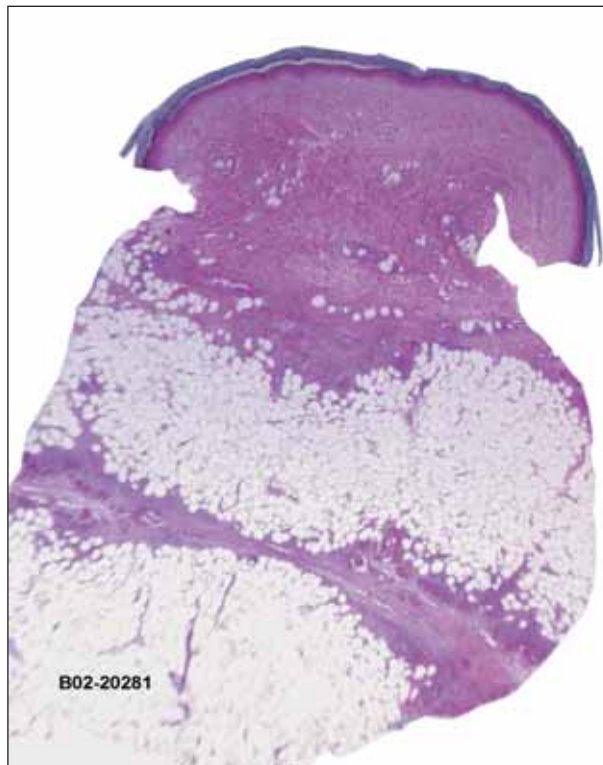


Figura 2. Imagen a bajo aumento. Paniculitis septal. Los septos están ensanchados e inflamados. Los lobulillos grasos no muestran alteraciones.

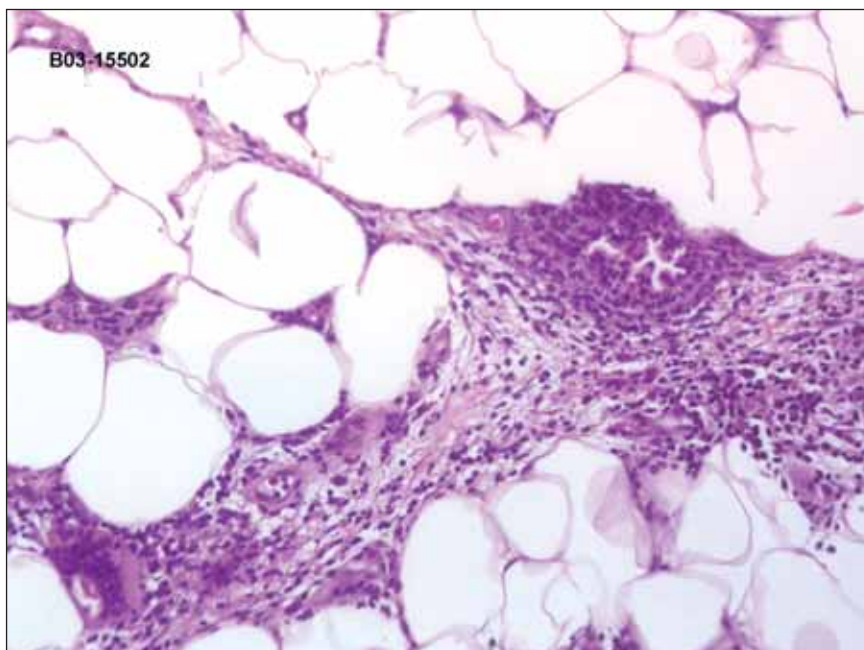


Figura 3. Detalle de un septo ensanchado ocupado por células inflamatorias y con un granuloma de Miescher.

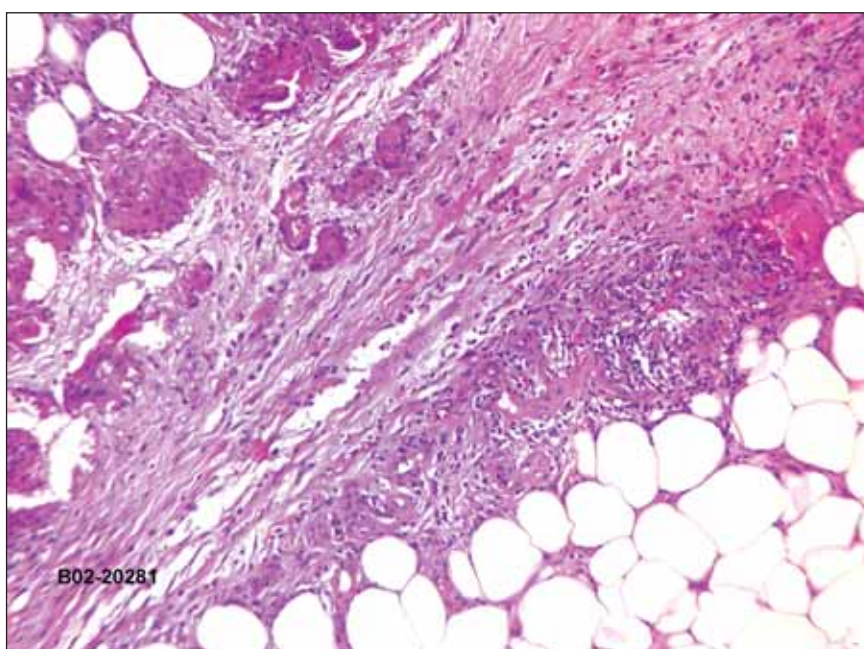


Figura 4. Detalle en una lesión crónica. Septos muy fibrosados e infiltrado con componente de células gigantes grandes aisladas.

haber eosinófilos raramente en cantidad prominente.

Los granulomas de Miescher, se observan en los estadios iniciales de la fase aguda del eritema nudoso, ocasionalmente pueden verse en otras formas de paniculitis, siempre en fases agudas iniciales. Se trata de acúmulos de células de citoplas-

mas amplios y claros, con disposición radial y variable cantidad de polinucleares neutrófilos y se localizan en el límite entre los septos afectados y los lobulillos.

En lesiones de eritema nudoso en estadios avanzados, el aspecto histológico se modifica, se observa gran ensanchamiento de los septos por

fibrosis que se extiende a la periferia de los lobulillos (Fig. 4), paralelamente hay reducción del componente inflamatorio agudo y aparición de granulomas epitelioides no caseificantes, poco compactos, con células gigantes multinucleadas.

La afectación del lobulillo graso es variable. No hay necrosis grasa o si existe es mínima. Puede haber infiltrado linfocitario en fases iniciales, especialmente en la porción periférica del lóbulo graso y lipogranulomas (en ocasiones con cambio membranoso) en lesiones avanzadas.

El compromiso vascular es variable y de predominio en pequeños vasos o en paredes venosas, con edema, infiltración linfocitaria y ocasionalmente material fibrinoide, sin evidencia clara de vasculitis.

CLAVES DEL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

- Paniculitis septal.
- Ensanchamiento de los septos por edema e infiltrado linfocitario, fibrosis progresiva con aparición de células gigantes en lesiones desarrolladas.
- Granulomas de Miescher en estadios iniciales.
- En lesiones evolucionadas (eritema nudoso crónico) afectación lobulillar con lipogranulomas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Vasculitis nodular/Eritema indurado: Paniculitis lobulillar con necrosis coagulativa de la grasa secundaria a isquemia. Lesión vascular prominente.

Morfea profunda: Fibrosis más irregular y prominente. Infiltrado perivascular y difuso de linfocitos y plasmáticas

Tromboflebitis migratoria: Flebitis de vena de gran calibre con relativa escasa participación inflamatoria del pániculo a su alrededor.

TRATAMIENTO

En primer lugar es necesario identificar y erradicar la enfermedad subyacente o el fármaco responsable de la aparición de las lesiones. En la mayoría de casos, es suficiente el reposo en cama y la administración oral de antiinflamatorios no esteroideos. El eritema nudoso responde a la administración de yoduro potásico. La dosis habitual es de 400-900 mg al día por vía oral. La administración sistémica de corticoides también es eficaz. Sin embargo, solamente será necesaria en los casos más severos y únicamente puede utilizarse si se ha descartado la existencia de patologías infecciosas subyacentes.