

# 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 estreptocócica; fármacos, especialmente sulfamidas, bromuros, yoduros y anovulatorios; enfermedades malignas (linfoma), y sarcoidosis y enfermedad inflamatoria intestinal. En los últimos años se está 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 Coombs). El depósito 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 las 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 biopsico.
- *Etiológico*. Basado en los datos clínicos y analíticos derivados de la patología de base.

Pueden descartarse las causas más frecuentes 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 pro-

cederá a realizar otras pruebas complementarias más complejas.

### Evolución

- Habitualmente se resuelve en 2-3 semanas de forma espontánea y sin secuelas.
- Las recaídas o recídas 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
<p><b>Bacterianas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Tuberculosis</li> <li>— <i>Streptococo beta-hemolítico</i></li> <li>— <i>Yersinia</i></li> <li>— <i>Salmonella</i></li> <li>— <i>Shigella</i></li> <li>— <i>Campylobacter</i></li> <li>— Tularemia</li> <li>— Lepra</li> <li>— Rickettsias. Fiebre Q</li> <li>— <i>Chlamydia</i>s</li> <li>— <i>M. pneumoniae</i></li> <li>— Enf. arañazo gato</li> </ul> <p><b>Víricas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Epstein Barr</li> <li>— Hepatitis B</li> </ul> <p><b>Hongos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Tiñas</li> <li>— Histoplasmosis</li> <li>— Coccidiomicosis</li> <li>— Blastomicosis</li> </ul> <p><b>Helminetos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— <i>Ascaris</i>, <i>Tenia solium</i></li> </ul> <p><b>Protozoos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— <i>Toxoplasma</i></li> <li>— Amebas, <i>Giardias</i></li> </ul>	<p><b>Medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Anticonceptivos orales</li> <li>— Sulfamidas</li> <li>— Salicilatos</li> <li>— Cotrimoxazol</li> <li>— Bromuros</li> <li>— Yoduros, etc.</li> </ul> <p><b>Enf. inflamatoria intestinal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Enf. de Crohn</li> <li>— Colitis ulcerosa</li> </ul> <p><b>Colagenosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Lupus</li> <li>— Vasculitis</li> </ul> <p><b>Enf. malignas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Linfomas</li> </ul> <p><b>Otras causas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Sarcoidosis</li> <li>— Enf. de Behcet</li> <li>— Síndrome de Sweet</li> <li>— Síndrome de Reiter, etc.</li> </ul> <p><b>Idiopáticas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Representan 30-50%</li> </ul>

## 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

---

---

---

---

---

---

---

---