

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Eritema nudoso como debut del lupus eritematoso sistémico

Raisa Rodríguez Hernández¹, Alberto Alberteris Rodríguez²

¹Doctora en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer y Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Especialista de Segundo Grado en Reumatología. Máster en Medios Diagnósticos en el Primer Nivel de Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín, Cuba.

²Doctor en Medicina. Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer y Segundo Grado en Reumatología. Máster en Medios Diagnósticos en el Primer Nivel de Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín". Holguín, Cuba.

Erythema nodosum as the debut of systemic lupus erythematosus.

PALABRAS CLAVE

eritema nudoso, panniculitis, nódulos, lupus eritematoso sistémico

KEYWORDS

erythema nodosum, panniculitis, nodules, systemic lupus erythematosus

CORRESPONDENCIA

Raisa Rodríguez Hernández
raisarod@infomed.sld.cu
<https://orcid.org/0000-0002-7361-4324>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de interés en esta publicación.

RESUMEN

El eritema nudoso es una reacción de hipersensibilidad cutánea consistente en nódulos eritematosos, sensibles a la palpación, que se encuentran generalmente sobre la región pretibial, aunque también pueden comprometer muslos, extremidades superiores, glúteos y rostro. Ocurre en respuesta a un amplio espectro de agentes etiológicos. Usualmente, tiene un curso agudo, aunque se han descrito presentaciones crónicas, recurrentes, poco frecuentes. Suele ser una entidad benigna y autolimitada que cura sin dejar secuelas. Se presentó el caso de una paciente femenina de 59 años de edad en la cual las alteraciones sistémicas mostraron la presencia de un lupus eritematoso sistémico de debut, con una evolución satisfactoria.

ABSTRACT

Erythema nodosum is a skin hypersensitivity reaction consisting of erythematous nodules, sensitive to palpation, which are generally found on the pretibial region, although they can also involve the thighs, upper extremities, buttocks and face. It occurs in response to a wide spectrum of etiological agents. It usually has an acute course, although chronic, recurrent, and infrequent presentations have been described. It is usually a benign and self-limiting entity that heals without leaving consequences. The case of a 59-year-old female patient was presented in whom the systemic alterations showed the presence of a debut systemic lupus erythematosus, with a satisfactory evolution.

INTRODUCCIÓN

El eritema nudoso (EN) es una reacción de hipersensibilidad cutánea consistente en nódulos eritematosos, sensibles a la palpación, que se encuentran generalmente sobre la región pretibial, aunque también pueden comprometer muslos, extremidades superiores, glúteos y rostro.¹⁻³ Es la paniculitis septal sin vasculitis más frecuente, que se caracteriza clínicamente por la aparición de nódulos cutáneos de 0,5 a 5 cm, inflamatorios, agudos dolorosos y variables en número.²⁻⁴ Se desarrolla como consecuencia de una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV, que puede ser desencadenada por diferentes antígenos.^{2,5}

Usualmente, tiene un curso agudo, aunque se han descrito presentaciones crónicas, recurrentes, poco frecuentes. La mayoría de las veces el examen microscópico de las lesiones muestra paniculitis septal sin vasculitis, siendo en ocasiones mixta (lobulillar y septal). Clásicamente, se ha considerado el heraldo de una condición sistémica subyacente (infecciosa o autoinmune) o un fenómeno cutáneo reactivo tras la exposición a un tóxico o fármaco.^{3,6}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 59 años de edad, piel blanca, procedencia urbana, con antecedentes de padecer de fibromialgia desde hace 10 años. Acude consulta porque hace una semana comenzó a notar la presencia de nódulos rojos en las rodillas y las piernas de color rojo dolorosos, además cuadro de decaimiento general y fatiga en las tardes. Seis días antes de llegar a consulta, comenzó a presentar fiebre en horarios vespertinos de 38–38,5 C que ceden fácilmente con antipiréticos, dolor en rodillas y tobillos con inflamación de los mismos. Al interrogatorio refiere además úlceras orales.

Al examen físico se observan mucosas hipocoloreadas, en la mucosa oral 2 lesiones ulceradas de fondo limpio y no dolorosas al tacto. En la piel de las rodillas y cara anterior de las piernas lesiones nodulares eritematosas dolorosas a la palpación. En región malar y frente eritema tenue. A la exploración física de las articulaciones de rodillas y tobillos presentaba una artritis ligera.

Se le indican exámenes de laboratorio, resultando positivos hemoglobina: 100 g/L; Leucos: 4.0 X 10 /L; Eritrosedimentación: 105 mm/h; Creatinina:73 mmol/L;

Lámina periférica: Hipocromía ligera, Anisocitosis, Microcitosis ligera, Leucocitopenia ligera; Proteinuria de 24 hrs: proteína 0,5 g/L v- 1450 ml /24h; Cituria: proteínas (+) leucos: 20000 No cilindros ni hemáties; Urocultivo: menos de 10000 colonias; Serología: VRDL No Reactiva VIH Negativa; ICC: 0,100; C3: 0,01; C4: 0,02; ANA: Positivo patrón homogéneo.

Se diagnostica un eritema nudoso por un lupus eritematoso sistémico de debut.



Figura 1. Lesiones nodulares eritematosas.

DISCUSIÓN

El EN es la paniculitis septal sin vasculitis más frecuente, que se caracteriza clínicamente por la aparición de nódulos cutáneos de 0,5 a 5 cm, inflamatorios, agudos dolorosos y variables en número. En fases iniciales evolucionan de forma similar a un hematoma y adquieren distintos tonos: rojizo oscuro, amarillento, verdoso y azulado, a medida que evolucionan hasta su desaparición, que tiene lugar habitualmente entre 1–6 semanas más tarde.^{2,3,7,8} Pueden dejar una discreta pigmentación residual, pero nunca ulceración o atrofia.

Afectan predominantemente la superficie pretibial de las extremidades inferiores, principalmente en superficies de extensión de las piernas, aunque pueden aparecer en otras localizaciones de miembros inferiores y también en superficies de extensión de antebrazos. Excepcionalmente, pueden observarse en tronco, región cervical y cara. Presenta mayor incidencia en mujeres.^{4,7,8} Aunque con frecuencia es idiopático, se han descrito más de 150 entidades asociadas al desarrollo de EN.³

No se conoce con exactitud la patogenia del EN. Se considera que la lesión representa una respuesta de hipersensibilidad frente a una gran variedad de estímulos antigénicos, ante los cuales se expresaría una reacción cutánea similar.³

Ante un paciente con nódulos subcutáneos eritematosos y dolorosos se debe definir la distribución y el tiempo de presentación de las lesiones, además de abordar la clasificación general de las paniculitis, procesos inflamatorios heterogéneos que afectan dermis profunda y tejido celular subcutáneo.⁶

El principal diagnóstico diferencial lo constituye el eritema indurado de Bazin, que suele comprometer la parte posterior de las piernas y tiende a ulcerarse más. Otros diagnósticos diferenciales son la tromboflebitis superficial, las celulitis y las vasculitis cutáneas. En el EN suele haber elevación de la velocidad de eritrosedimentación en hasta 80% de los casos.²

La identificación del agente causal en el EN puede resultar particularmente difícil, encontrándose asociación con cuadros de origen infeccioso, inflamatorio, autoinmune, asociada al uso de fármacos (principalmente anticonceptivos, amoxicilina y sulfonamidas), terapias hormonales y el embarazo.²

El EN es poco frecuente, con una prevalencia de dos a tres casos cada 10 000 habitantes por año, puede aparecer a cualquier edad y sexo con un pico en la tercera década de la vida, presentándose más en mujeres entre los 20 y 45 años; se describe una incidencia estacional durante el primer semestre del año.⁷

En este caso se trata de un paciente con EN como forma de presentación de un lupus eritematoso sistémico, asociación que no es frecuente según la bibliografía consultada.^{7,9-13} No obstante, las alteraciones sistémicas mostraron la presencia de un lupus eritematoso

sistémico en ausencia de agentes infecciosos detectables. La paciente mostró una respuesta terapéutica favorable con el uso de esteroides orales y una evolución satisfactoria con desaparición del cuadro cutáneo y de la sintomatología acompañante.

CONCLUSIONES

—
Ante la presencia de un EN de etiología no precisada es importante descartar enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico, y así realizar un diagnóstico precoz para garantizar una evolución y pronóstico favorable del paciente.

REFERENCIAS

-
1. Pérez-Carrillo, Vanessa, & Rondón-Carvajal, Julián. (2020). Enfoque general del paciente con eritema nudoso. *CES Medicina*, 34(1), 53-63. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.1.5>
 2. Varas, Pablo, Antúnez-Lay, Andrea, Bernucci, José Miguel, Cossio, Laura, González, Sergio, & Eymín, Gonzalo. (2016). Eritema nodoso: Causas más prevalentes en pacientes que se hospitalizan para estudio, y recomendaciones para el diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 144(2), 162-168. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000200003>
 3. Ríos Blanco, Juan José, Sendagorta Cudós, Elena, González-Beato Merino, María José. (2009). Eritema nudoso. *Med Clin (Barc)*, 132(2):75-79. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2008.09.016>
 4. Camero Machin, J., Giniebra Marin, G., Anuy Echevarria, K., Curbelo Fajardo, J., & Fernández Sobrino, E. (2024). Caracterización clínico-epidemiológica del eritema nudoso. *Folia Dermatológica Cubana*, 18(1). Recuperado de <https://revfcd.sld.cu/index.php/fdc/article/view/155>
 5. Torralba-Morón, A., Alda-Bravo, I. (2020). Causas de eritema nudoso en pacientes ingresados en un hospital español. *Actas Dermosifiliogr*, 111(8):683-687. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.12.012>
 6. Pérez-Carrillo, Vanessa, & Rondón-Carvajal, Julián. (2020). Enfoque general del paciente con eritema nudoso. *CES Medicina*, 34(1), 53-63. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.1.5>
 7. Martínez García, Gretter, González Blanco, Dulce M, Alemán Suárez, Ibet, García Cuervo, Dalia, Hernández Lauzao, Evaristo, & Bravo Romero, Lycet. (2016). Eritema nudoso como forma de

- presentación del lupus eritematoso sistémico. A propósito de un caso. *Revista Médica Electrónica*, 38(4), 577-584. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400007&lng=es&tlng=es.
8. Camero-Machín, Julio César, Anuy-Echevarría, Kiuvys, Curbelo-Fajardo, Juan Carlos, & Hernández-Concepción, Mahelis Ivonne. (2021). Comportamiento clínico-epidemiológico del eritema nudoso en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio. *Revista Médica Electrónica*, 43(6), 1506-1520. Epub 31 de diciembre de 2021. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000601506&lng=es&tlng=es.
 9. González Jiménez, D., Mejía Bonilla, S., & Cruz Fallas, M. (2021). Lupus eritematoso sistémico: enfoque general de la enfermedad. *Revista Medica Sinergia*, 6(1), e630. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i1.630>
 10. Andrade Montesdeoca, M., López Palma, F., Pozo Ochoa, A., & Benavides Mueses, D. (2024). Lupus eritematoso sistémico. Enfoque general. *Revista Cubana de Reumatología*, 26, e1347. Recuperado de <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1347>
 11. Palencia Pérez SI, López Gómez S, Vanaclocha Sebastián F, Rodríguez Peralto JL, Iglesias Díez L. (2002). Paniculitis lúpica asociada a lupus eritematoso sistémico. *Actas Dermosifiliogr*, 93(3):181-3 <https://www.actasdermo.org/es-paniculitis-lupica-asociada-lupus-eritematoso-articulo-13030357>
 12. Orbea Jácome, E. A., Orbea Jácome, L. F., Narváez Álvarez, C. M., & Mafla Cuasapaz, A. E. (2022). Lesiones cutáneas en Lupus eritematoso sistémico. *RECIMUNDO*, 6(1), 13-24. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(1\).ene.2022.13-24](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.13-24)
 13. González, L. F., Salazar, Y. E., Vela, F., Motta, A., & Rolón, M. (2019). Paniculitis lúpica. *Revista De La Asociación Colombiana De Dermatología Y Cirugía Dermatológica*, 25(1), 16-26. <https://doi.org/10.29176/2590843X.318>