



<https://www.revclinesp.es>

380 - ERITEMA NODOSO: EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

Ronald Paúl Macías Casanova¹, Vega Riesco Cuadrado², Mehamed Mohamed Mehamed¹, Manuel Martín Regidor¹, Emilia Martínez Velado¹, Luis Jiménez Jurado¹, Darian Montes de Oca Riesgo¹ y Jorge Luis Torres Triana¹

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora, España. ²Complejo Asistencial de Salamanca, Salamanca, España.

Resumen

Objetivos: Determinar las principales características de pacientes con sospecha de eritema nodoso, atendidos en una consulta externa de Medicina interna.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluye los pacientes atendidos en Urgencias Hospitalarias con diagnóstico de sospecha de eritema nodoso y derivados a las consultas externas de Medicina Interna, durante un periodo de 3 años. Se han tomado los datos de los informes de alta de Urgencias y de los informes de consultas externas de Medicina Interna de la historia clínica electrónica. Se han analizado las principales variables demográficas y clínicas.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con diagnóstico de sospecha de eritema nodoso, derivados a consulta de Medicina Interna. Del total de los pacientes, 11 eran mujeres (73%), frente a 4 varones (27%). La edad promedio fue de 38 años. La manifestación clínica más frecuente fue el dolor en la zona de eritema (80%), seguido por fiebre (47%), y finalmente artralgias (30%). En el momento del diagnóstico 3 pacientes presentaron la triada clásica de síndrome de Löfgren. En 12 pacientes se realizó biopsia de la lesión, objetivándose en 9 de ellas paniculitis de predominio septal compatible con eritema nodoso. En las 3 restantes, el estudio anatopatológico describió dermatitis perivasicular inflamatoria en 2 casos y lipodermatoesclerosis en el caso restante. En diagnóstico de sarcoidosis se estableció en 4 de los 9 pacientes con confirmación histológica. Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes mellitus (2 pacientes), enfermedad inflamatoria intestinal (1 paciente), e hipotiroidismo autoinmune (1 paciente). De los 9 pacientes con anatomía patológica compatible, 2 presentaron Quantiferon positivo por lo que recibieron tratamiento antituberculoso. En 3 pacientes no se pudo realizar biopsia por que la lesión había desaparecido de forma espontánea. En la radiografía de tórax el engrosamiento de hilios pulmonares se objetivó en 4 de los 15 pacientes. En los 4 casos el TAC pulmonar confirmó la presencia de adenopatías hiliares y mediastínicas compatibles con sarcoidosis.

Discusión: El eritema nodoso es la variedad clínico-patológica más frecuente de paniculitis aguda. Aunque en muchos casos es idiopático, puede ser el primer signo de una enfermedad sistémica y, por lo tanto, un diagnóstico correcto permite establecer un tratamiento etiológico específico. Como en nuestra serie, la mayoría de casos de eritema nodoso aparecen entre la segunda y cuarta décadas de la vida. El diagnóstico clínico suele ser sencillo en la mayoría de los casos. A pesar de ello, algunos expertos recomiendan realizar siempre biopsia de la lesión, ya que esta permite confirmar el diagnóstico al excluir otras enfermedades de presentación similar, como la vasculitis nodular, la panarteritis nudosa cutánea, el eritema indurado de Bazin

o el linfoma subcutáneo.

Conclusiones: El curso clínico del eritema nodoso resulta ser casi siempre benigno, no obstante, debería considerarse el estudio histológico y la realización de otras pruebas complementarias, que nos permita realizar un diagnóstico diferencial adecuado y confirmar o excluir otras entidades de presentación clínica similar.