

# ERITEMA NODOSO

\* Dr. Francisco Octavio Girón Pérez

Eritema nodoso (E. N.) es una erupción nodular cutánea, con tendencia a la hipertemia, y que al resolverse se decolora, nunca se ulcera y generalmente se asocia a artralgias y/o sinovitis.

La patogénesis no se conoce, pero se considera como una vasculitis cutánea alérgica, como respuesta de hipersensibilidad, de una serie de estímulos antigénico

SE ASOCIA CON:

- 1.- INFECCIONES. Streptococo, meningococo, sífilis, tuberculosis primaria, lepra brucelosis, yersinia, sarcoidosis primaria, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, Behcet, fiebre reumática, coccidiomicosis.
- 2.- Drogas.- Penicilina, yoduros, sulfonamidas, fenacetina, anticonceptivos.
- 3.- Embarazo
- 4.- Neoplasias Leucemias, Hodgkin, etc.
- 5.- Post vacuna.

BASE DIAGNOSTICA

Nodulos rojos dolorosos generalmente en parte anterior y superficies extensoras de miembros inferiores, ocasionalmente puede tomar brazos, antebrazos, manos y cara No se ulceran..

La regresión es lenta, i 6 semanas y puede mejorar contusiones.

No hay compromiso inmunológico, como depósito de inmunoglobulinas, y/o complemento. Aumento de la velocidad de ertrosedimentación.

---

(\*) Médico Reumatólogo IHSS, Tegucigalpa.

FRECUENCIA. Ocurre en todas las edades, con predominio en la mujer 4:1, manifestándose más en niños y en la tercera década de la vida. La inflamación es usualmente precedida de fiebre, malestar general, y cefalea, las manifestaciones articulares ocurren en 75o/o, y a menudo preceden a las lesiones de la piel, se puede manifestar una artritis simétrica, de grandes, medianas, y pequeñas articulaciones, con dolor, tendencia a la rigidez, y a derrame sinovial. El estudio radiológico es útil para investigar algunas causas a que está asociado.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

MACROSCOPIA. Se ven lesiones redondas u ovales de color rosado, solevantadas con un tamaño de 1 a 10 cm. de diámetro.

HISTOLOGÍA. ES una vasculitis cutánea no específica, sin necrosis, ni células plasmáticas.- Presenta una flebitis, hemorragia e infiltración de linfocitos en la región septal. Es frecuente observar eosinófilos, histiocitos, y células gigantes, que eventualmente pueden formar granulomas.

En resumen podemos observar:

1. Flebitis con infiltración de linfocitos, polimorfonucleares y hemorragia.
2. Inflamación y/o paniculitis aguda, crónica o granulomatosa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con eritema indurado que se ve en la parte posterior de miembros inferiores y se ulceran; con vasculitis nodular que generalmente se asocia a flebitis; con eritema

multiforme que tiene una distribución más general y se asocia a enfermedad maligna crónica

TRATAMIENTO. SE TRATARA DE ELIMINAR LA CAUSA ESPECIFICA.

LOCAL: Compresas frías o calientes.

GENERAL. Sintomático, salicilatos, Yoduro de Potasio 5 - 15 gotas t.i.d., en algunos casos se puede usar prednisona.

PRONOSTICO. Puede recurrir

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Blomgren Eritema Nodoso, Seminar in Ar Rheuma. 1974 4.1-24.
- 2.- Fine Diag. of Eritema Nodoso. Suothern Medical Journal 1968 61. 680-686.
- 3.- G. James Morgan Kelly's, Textboock Of Rheumatología 1981 75. 1203 ■ 1204.
- 4.- Salvatore M.D., Eritrógenos y eritema Nodoso Arch. Dermtol. 1980 116-557.
- 5.- Schulz, Yoduro de potasio y eritema nodoso Br. Dermatol. 1976 94-95.
- 6.- Suplemento No. 8 Vol. 21 Arthritis and rheumatismo 1978 R 120.