

Eritema nodoso secundario a sarcoidosis con compromiso extrapulmonar

Erythema nodosum secondary to extrapulmonary sarcoidosis

Ximena Sánchez Angarita¹

Liliana Aristizábal Franco²

Recibido: Noviembre 23 de 2006

Aceptado: Febrero 14 de 2007

RESUMEN

SE PRESENTA el caso de un paciente de 24 años con dos semanas de malestar general, fiebre, mialgias y aparición de nódulos dolorosos en las extremidades inferiores y los antebrazos, asociado con adenopatías inguinales y submandibular, sin otros síntomas concomitantes. Las biopsias de piel y de ganglio linfático reportaron eritema nodoso y sarcoidosis, respectivamente. La asociación del eritema nodoso con una gran variedad de trastornos subyacentes lleva a identificar en este paciente una sarcoidosis sin compromiso pulmonar.

Palabras clave: paniculitis, sarcoidosis, clasificación

SUMMARY

A 24 year old man presented with two weeks of, fever, malaise, myalgias and painful nodules in the lower extremities and forearms. He had submandibular and inguinal adenopathy. Skin and lymphatic nodule biopsies reported erythema nodosum and sarcoidosis. The association between these two pathologies allowed identifying an extrapulmonary sarcoidosis.

Key words: panniculitis, sarcoidosis, classification

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 24 años de edad, con cuadro de 15 días de evolución de malestar general, fiebre, mialgias y aparición de nódulos dolorosos, calientes, en extremidades inferiores y antebrazos, asociados a adenopatía en cuello y pérdida de peso. Antecedentes personales: Paludismo tratado y leishmaniasis cutánea previamente tratada.

Al examen físico de ingreso se encontró un paciente febril, con nódulos eritemato violáceos, de 2 a 4 cm, dolorosos, localizados de manera bilateral en las piernas, los muslos y los antebrazos; había desarrollado en el transcurso de dos semanas nuevas lesiones en las extremidades acompañadas de picos febriles. Se encontró además una adenopatía de 3 cm de diámetro, dolorosa, ubicada en el ángulo mandibular izquierdo y adenomegalia inguinal izquierda, móvil, ligeramente dolorosa. Con el diagnóstico clínico de eritema nodoso se toma biopsia de piel la cual reporta paniculitis de predominio septal sin vasculitis compatible con eritema nodoso.

El paciente continuó presentando picos febriles asociados a la aparición de nuevas lesiones en las extremidades.



Figura 1. Nódulos dolorosos, eritemato violáceos en extremidades inferiores.

1. Jefe Servicio Dermatología, Hospital Militar Central, Bogotá
Teléfono Fax: 2486868 Ext. 5055

Correo electrónico: ximsan@hotmail.com

2. Residente Dermatología, Hospital Militar Central, Bogotá
Teléfono Fax: 248 6868 Ext. 5055 – 214 7685

Correo electrónico: aulet02@gmail.com

Minicaseo

Exámenes de laboratorio: química sanguínea: calcio, 9,1; PCR, 11,4; LDH, 158; glicemia, electrolitos, pruebas de función hepática y renal sin alteraciones; el cuadro hemático mostró neutrofilia, con una VSG de 40mm/h, el resto se encontró dentro de rangos normales; ELISA para HIV negativo; VDRL no reactivo; hemocultivos y urocultivos negativos; serología para citomegalovirus-epstein barr-toxoplasma negativos; perfil inmunológico negativo. La baciloscopia de linfa para el bacilo de Hansen fue negativa. Se realizó PPD que resultó negativo. Se hizo una colonoscopia que reportó hemorroides internas grado II sin otra alteración. La valoración por oftalmología fue normal. Los estudios imagenológicos: Rx tórax, TAC tórax contrastado y ecografía abdominal fueron normales, al igual que la curva de flujo volumen y el electrocardiograma.

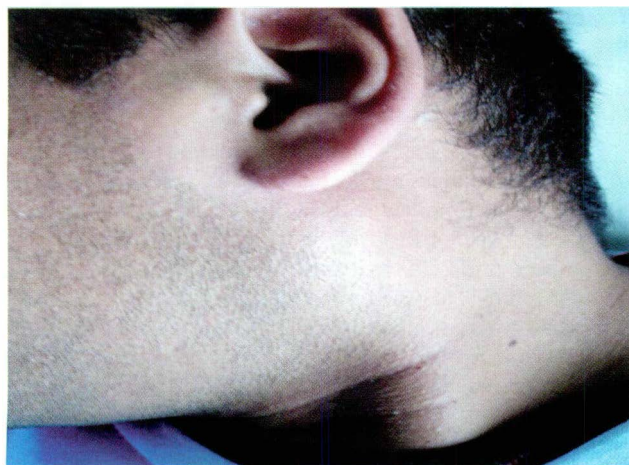


Figura 2. Adenopatía dolorosa en ángulo mandibular izquierdo.

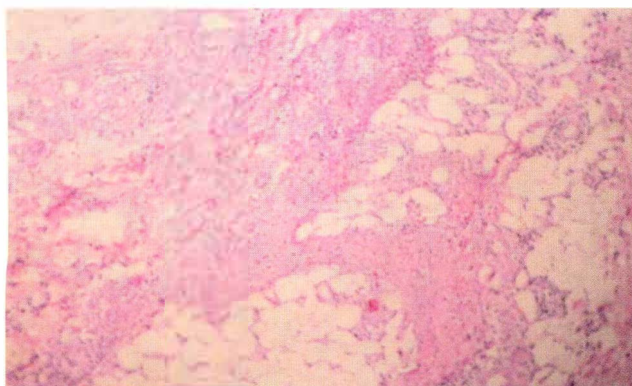


Figura 3. Paniculitis septal, sin vasculitis, con infiltrado linfocitario y neutrófilo. Biopsia de piel.

La TAC contrastada de cuello evidenció una masa de cuello no dependiente de parótida, probablemente una adenomegalia.

Se realizó una biopsia de ganglio submaxilar izquierdo que reportó linfadenitis granulomatosa no caseificante compatible con sarcoidosis, tinciones especiales para micobacterias y hongos negativo.

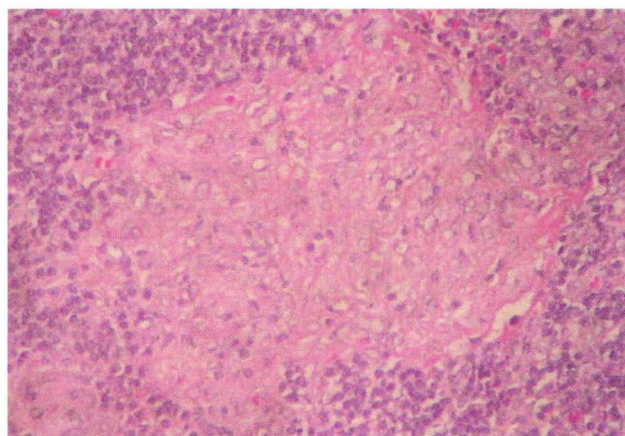


Figura 4. Granuloma no caseificante, de límites definidos. Biopsia de ganglio linfático.

DISCUSIÓN

El eritema nodoso es una paniculitis considerada como respuesta de hipersensibilidad retardada a una variedad de estímulos antigénicos, incluidas las infecciones por bacterias y virus, en especial las infecciones del tracto respiratorio superior; también a la sarcoidosis, a la enfermedad inflamatoria intestinal, a la coccidioidomicosis y a los fármacos.¹ Dichas reacciones están relacionadas con patrón Th1 de síntesis de citocinas.^{2,3} En su patogenia se incluyen dos tipos de reacción de hipersensibilidad: la mediada por células tipo IV que origina infiltrados de linfocitos y macrófagos en el área septal del tejido celular subcutáneo, y la mediada por inmunocomplejos tipo III, responsable de los depósitos de Ig M y complemento en los vasos.⁴

Se presenta como una erupción aguda acompañada de síntomas generales como cefalea, astenia, artralgia, dolor en los miembros inferiores, fiebre y aparición de nódulos eritematosos subcutáneos, dolorosos, de bordes mal definidos y bilaterales, de localización frecuente en áreas pretibiales, aunque también suele encontrarse en muslos y antebrazos en un 30% y excepcionalmente localizados en

Eritema nodoso secundario a sarcoidosis con compromiso extrapulmonar

el tronco y el área cervical. Puede presentarse en cualquier edad, frecuentemente entre 15 y 30 años y no hay predominio por género.

Los hallazgos de anatomía patológica en eritema nodoso se caracterizan por la presencia de paniculitis septal, donde se pueden encontrar tabiques edematosos e infiltrados por neutrófilos y linfocitos.^{1,4}

Entre las causas frecuentes del eritema nodoso se encuentra la sarcoidosis, una enfermedad multisistémica de origen desconocido, caracterizada por infiltración granulomatosa con manifestaciones en cualquier órgano; los pulmones, los ojos y la piel son frecuentemente afectados.⁵ Es más común en adultos menores de 40 años.⁴ En la patogénesis de ella encontramos factores genéticos y ambientales, así como diversos agentes infecciosos y factores inmunológicos.^{4,6}

Entre los signos más frecuentes de la sarcoidosis están el eritema nodoso, la disnea o las lesiones en la piel.³ Se acompañan de síntomas constitucionales como fiebre, mialgia, malestar general, pérdida de peso y ocasional sudoración nocturna. Usualmente afecta los pulmones, pero se ha demostrado que en más del 30% de los pacientes con sarcoidosis su presentación es extrapulmonar siendo las más frecuentes uveítis, escleritis, eritema nodoso, lesiones en la piel y compromiso de los ganglios linfáticos periféricos en 11,7%.^{4,7} Los ganglios afectados con mayor frecuencia en la sarcoidosis son los cervicales, en triángulo anterior del cuello, axilares, epitrocleares e inguinales.⁴

No hay un examen específico para el diagnóstico de sarcoidosis, por lo que se realiza por exclusión. El diagnóstico definitivo de la sarcoidosis requiere la demostración de granulomas no caseosos en el tejido afectado.¹

Entre los tratamientos recomendados están: reposo, salicilatos, antiinflamatorios no esteroideos. Hasta el momento los glucocorticoides son los fármacos más eficaces para modificar la evolución de la sarcoidosis. Los agentes antimaláricos y la azatriopina son útiles también en el tratamiento.⁴

CONCLUSIÓN

El eritema nodoso corresponde a una paniculitis, considerada una respuesta de hipersensibilidad retardada, caracterizada por la aparición de nódulos eritematosos, dolorosos y asociados a síntomas generales; por lo común en la región pretibial, aunque en un menor porcentaje comprometen los muslos y las extremidades superiores. Gran variedad de estímulos antigénicos infecciosos, fármacos y otras patologías como sarcoidosis, tuberculosis, lepra, coccidioidomicosis, lupus eritematoso sistémico, entre otros, la desencadenan.

La sarcoidosis como enfermedad multisistémica y granulomatosa de etiología desconocida es considerada como causa de eritema nodoso; aunque su presentación más usual es con compromiso pulmonar, el compromiso extrapulmonar puede encontrarse en el 30% de los pacientes con uveítis, escleritis, eritema nodoso, lesiones en la piel y compromiso de los ganglios linfáticos.

Este caso nos ilustra la asociación entre estas dos patologías, e indica la importancia de conocer el espectro de presentación clínica del eritema nodoso y la realización del estudio paraclínico óptimo para el diagnóstico y manejo efectivo del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Petterson J. Paniculitis: Eritema Nodoso. En: Bologna, Jorizzo, Rapini. Dermatología. Primera edición. Elsevier; 2004. 1552-55.
- 2- Llorente L, Richard-Patin Y, Alvarado C, Reyes E, Alcocer-Varela J, Orozco – Topete R.. *Elevated Th1 cytokine mRNA in skin biopsies and peripheral circulation in patients with erythema nodosum*. Eur Cytokine Netw. 1997; 8 (1): 67-71.
- 3- Kunz M, Beutel S, Broker E. *Leucocyte activation in erythema nodosum*. Clin Exp Dermatol. 1999; 24 (5): 396-01.
- 4- Newmann, LS, Rose CS, Maier LA. *Sarcoidosis*. The New Eng J Med. 1997; 336 (17): 1224-34.
- 5- Roberts SD, Mirowski GW, Wilkes D, Kuo PY, Knox KS. *Sarcoidosis. Part II: Extrapulmonary and systemic manifestations*. J Am Acad Dermatol. 2004; 51 (4): 628-30.
- 6- Celik C, Sen ES, Ulger AF, Ozdemir – Kumbasar O, Alper D, Elhan AH et al. *Human Leukocyte Antigens A and B in Turkish Patients with Sarcoidosis*. Arch Bronconeumol. 2004; 40 (10): 449 -52.
- 7- Rizzato G, Palmieri G, Agrati AM, Zanussi C. *The organ-specific extrapulmonary presentation of sarcoidosis: a frequent occurrence but a challenge to an early diagnosis. A 3-year-long prospective observational study*. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2004; 21(2):119-26.