

Eritema nodoso

Fecha de la última revisión: 30/03/2016

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El eritema nodoso (EN) es la paniculitis más frecuente, una reacción cutánea que puede ser desencadenada por una gran variedad de procesos que se manifiesta generalmente por múltiples nódulos o placas inflamatorios en la cara anterior de las piernas. El EN migrans y el EN crónico se consideran variantes de la misma enfermedad (Gilchrist H, 2010; Schwartz RA, 2007; Jones M, 2015).

Puede ocurrir a cualquier edad, aunque es más frecuente entre la segunda y cuarta década y es más frecuente en mujeres (Schwartz RA, 2007).

El EN parece relacionarse con una reacción por hipersensibilidad tardía que puede ser desencadenada por una gran variedad de procesos entre los que se encuentran infecciones, sarcoidosis, enfermedades reumatológicas, enfermedades inflamatorias del intestino, medicamentos, trastornos autoinmunes, embarazo y tumores malignos (Gilchrist H, 2010; Requena L, 2008).

Tabla 1. Causas de Eritema nodoso. (Gilchrist H, 2010; Requena L, 2008; Schwartz RA, 2007; Kakourou T, 2001; González-Gay MA, 2001; García-Porrúa C, 2000)

Muy frecuentes (>10%)	Frecuentes (5-10%)	Raras o muy raras (<5%) (*)
• Idiopática, muy variable según las series, alrededor de la mitad de casos. • Estreptococo betahemolítico, la más frecuente entre las conocidas. • Sarcoidosis.	• Tuberculosis. • Embarazo. • Medicamentos (*): anticonceptivos orales, salicilatos, antibióticos (cefalosporinas, penicilinas, tetraciclinas, estreptomycin, cotrimoxazol). • Otras infecciones (*): bacterianas (estafilococias, salmonella, etc.), víricas (herpes virus, Epstein Barr, hepatitis B y C, HIV, citomegalovirus, micoplasma), lepra y otras (micosis, toxoplasmosis, giardiasis, etc.).	• Enfermedad inflamatoria intestinal. • Lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades del tejido conectivo. • Enfermedad de Behçet. • Enfermedades malignas: linfomas, leucemias. • Síndrome de Sweet.

(*) La lista de casos de medicamentos, infecciones y otras enfermedades es interminable, de tal forma que casi cualquier medicamento o infección puede asociarse con EN, aunque establecer una relación de causalidad es complicado.



Eritema nodoso

Área en pierna eritematosa, caliente, ligeramente sobreelevada que a la palpación objetivamos una infiltración profunda. Es una paniculitis de tipo eritema nudoso.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico. El EN se manifiesta por múltiples nódulos o placas inflamatorios rojizos de 1-10 cm, de aparición brusca, múltiples y simétricos, irregulares, que se localizan en la cara anterior de las piernas y en raras ocasiones en los brazos y otras partes del cuerpo. Las lesiones evolucionan de modo similar a un hematoma, desde rojo a violáceo, se resuelven espontáneamente en 3-6 semanas aunque suelen recidivar y no se ulceran ni dejan cicatriz ni atrofia (Blake T, 2014; Gilchrist H, 2010).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con las paniculitis infecciosas y con otras paniculitis inflamatorias como: lipodermatoesclerosis de la insuficiencia venosa, paniculitis del lupus, vasculitis (periarteritis nodosa), eritema indurado, etc. (Lee L, 2016).

Puede acompañarse de fiebre, malestar general, astenia, cefalea, edema en miembros inferiores y artralgias que pueden persistir más allá de los nódulos.

En caso de duda puede estar indicada la biopsia, que debe ser incisional profunda.

Para hacer un diagnóstico etiológico ha de hacerse una valoración clínica detallada y dirigir las pruebas complementarias según los hallazgos. De forma rutinaria pueden solicitarse (García-Porrúa C, 2000; Schwartz RA, 2007; González-Gay MA, 2001; Gilchrist H, 2010):

- Hemograma y orina elemental.
- Bioquímica con perfil hepático y función renal.
- Prueba de la tuberculina.
- Pruebas de evaluación de enfermedad estreptocócica (ASLO al inicio y al cabo de 2-4 semanas, test antígeno rápido, cultivo).
- Radiografía de tórax. En caso de adenopatías hiliares debe hacerse el diagnóstico diferencial entre sarcoidosis, linfoma y tuberculosis.

No suele estar indicada una segunda tanda de pruebas.

¿Cómo se trata?

El EN es habitualmente autolimitado, desaparece a las 3-6 semanas sin cicatriz ni atrofia cutánea, aunque puede recaer. Hay pocos estudios sobre el tratamiento, que debe ser dirigido al proceso de base siempre que sea posible. El tratamiento sintomático se ajustará a las molestias del paciente y consiste en: reposo relativo, antiinflamatorios no esteroideos ([ácido acetilsalicílico](#) o [ibuprofeno](#)), [yoduro potásico](#) (segunda línea, pocas evidencias, 0,5-0,9 g al día en 3 dosis) y corticoides sistémicos (rara vez necesarios). No están indicados antibióticos salvo en caso de faringitis sintomática (Gilchrist H, 2010; Requena L, 2008; Schwartz RA, 2007).

Bibliografía

- Blake T, Manahan M, Rodins K. Erythema nodosum - a review of an uncommon panniculitis. Dermatol Online J. 2014;20(4):22376. PubMed [PMID: 24746312](#). [Texto completo](#)
- García-Porrúa C, González-Gay MA, Vázquez-Caruncho M, López-Lazaro L, Lueiro M, Fernández ML, et al. Erythema nodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. Arthritis Rheum. 2000;43(3):584-92. PubMed [PMID: 10728752](#). [Texto completo](#)
- Gilchrist H, Patterson JW. Erythema nodosum and erythema induratum (nodular vasculitis): diagnosis and management. Dermatol Ther. 2010;23(4):320-7. PubMed [PMID: 20666819](#)
- González-Gay MA, García-Porrúa C, Pujol RM, Salvarani C. Erythema nodosum: a clinical approach. Clin Exp Rheumatol. 2001;19(4):365-8. PubMed [PMID: 11491490](#)
- Jones M, De Keyser P. Rash on the arms and legs. BMJ. 2015;351:h4131. PubMed [PMID: 26240059](#)
- Kakourou T, Drosatou P, Psychou F, Aroni K, Nicolaidou P. Erythema nodosum in children: a prospective study. J Am Acad Dermatol. 2001;44(1):17-21. PubMed [PMID: 11148471](#)
- Lee L. Panniculitis: Recognition and diagnosis. En: Callen J, editor. UpToDate, Waltham, MA [consultado, 2-2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/home>
- Requena L, Yus ES. Erythema nodosum. Dermatol Clin. 2008;26(4):425-38. PubMed [PMID: 18793974](#)
- Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. Am Fam Physician. 2007;75(5):695-700. PubMed [PMID: 17375516](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Blake T, Manahan M, Rodins K. Erythema nodosum - a review of an uncommon panniculitis. Dermatol Online J. 2014;20(4):22376. PubMed [PMID: 24746312](#). [Texto completo](#)
- Gilchrist H, Patterson JW. Erythema nodosum and erythema induratum (nodular vasculitis): diagnosis and management. Dermatol Ther. 2010;23(4):320-7. PubMed [PMID: 20666819](#)
- Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. Am Fam Physician. 2007;75(5):695-700. PubMed [PMID: 17375516](#). [Texto completo](#)

Autores

- Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Emilio Casariego Vales Médico Especialista en Medicina Interna (2)
- Carmen Castiñeira Pérez Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3)

(1) Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
(2) Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti. Lugo. España.
(3) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

