
Eritema nodoso secundario a faringoamigdalitis post-estreptocócica

Eritema nodoso secondary to faringoamigdalitis post-estreptococic

Erwin Javier Zoleta Gómez *
Alex Daniel Villao Alvarez *
Maria Auxiliadora Orellana Lamilla **
Marjorie Daniela Orellana Zúñiga ***

Resumen

Presentamos una paciente, quien presenta lesiones endurecidas, rojizas, calientes y dolorosas distribuidas en ambas piernas las cuales eran compatibles con eritema nodoso, diagnóstico que se confirma por biopsia.

La importancia de la descripción de este caso, es que este tipo de patología es un proceso frecuente cuya etiología es muy variada, pues el eritema nodoso se considera una manifestación de hipersensibilidad de otros procesos patológicos.

Palabras claves: Eritema nodoso, Paniculitis Septal, ASTO, Sarcoidosis

Summary

We present a patient who presents hardened, reddish, hot and painful injuries distributed in both legs which were compatible with eritema nodoso, diagnosis confirmed by biopsy.

The importance of the description of this case, is that this type of pathology is a frequent process which etiology is very varied, because the eritema nodoso is considered a manifestation of hypersensitivity of other pathological processes.

Introducción

El eritema nodoso es un tipo de Paniculitis Septal descrita por WILLAN en 1807 (1), y se trata de un Síndrome Plurietiológico caracterizado por brotes de nódulos cutáneos inflamatorios y dolorosos que afectan en forma predominante a la superficie pretibial de las extremidades inferiores; con menor frecuencia se localizan en muslos y antebrazos.

La remisión de las lesiones ocurre en 1-6 semanas sin dejar cicatrices ni atrofia residual (2).

Cuando se diagnostica un cuadro de eritema nodoso, las enfermedades presuntivas son múltiples, pero si se dispone de la posibilidad de poder pedir pruebas, que en un principio se consideraban exclusivas del nivel especializado, se puede llegar a conocer la etiología de la enfermedad (Tabla 1).

Tabla 1

ENFERMEDADES ASOCIADAS CON ERITEMA NODOSO
Idiopático
Reacciones a fármacos
Anticonceptivos orales
Antibióticos: fundamentalmente sulfonamidas.
Salicilatos.
Sarcoidosis
Infecciones
Estreptocócica.
Micobacterium tuberculosis o MAI.
Infecciones fúngicas sistémicas: Coccidiomicosis.
Víricas: hepatitis
Espiroquetas: SIFILIS.
Parásitos: amebiasis, giardiasis.
Patógenos entéricos= Yersinia, shiguella, salmonella.
Condiciones endócrinas y hormonales
Desórdenes tiroideos.
Embarazo.
Enfermedades inflamatorias y autoinmunes
Colitis ulcerosa.
Enfermedad de Crohn.
LES.
Neoplasias
Linfoma de Hodgkin.
Leucemias

* Médico Residente del Hospital Docente de la Policía Nacional Guayaquil #2, Ecuador

** Médico General

*** Médico Residente de la Clínica Guayaquil, Ecuador

Caso clínico

Mujer de 39 años de edad, con antecedentes patológicos personales de relevancia tales como: agenesia renal derecha, útero bicorne y gastritis, fumadora de 2 cigarrillos al día. No refiere antecedentes familiares de importancia.

Acude a la consulta por presentar un cuadro clínico de 2 meses de evolución; se inició con una infección de vías respiratorias altas por la cual fue ingresada en el hospital de la Policía de Quito, por 3 días, recibiendo penicilina benzatínica, clemizol. Luego de 8 días de egresar de esta casa de salud inicia dolor en ambas articulaciones de los codos sin signos de infección para luego ubicarse en muñecas, huecos popliteos (poliartralgia bilateral simétrica migratoria) además de edema bimalleolar; refiere haberse administrado rofecoxib 25mg c/12h, sin encontrar ninguna mejoría.

Un mes después presenta lesiones en cara lateral interna y dorsal de ambas piernas, lesiones cutáneas de diferentes tamaño, que se palpan mas que se ven, eritematosas unas y equimóticas otras y dolorosas. Eran lesiones compatibles con eritema nodoso, diagnóstico que se confirmó por biopsia de una de las lesiones (Fotos 1, 2, 3).

Foto 1



Foto 2



Foto 3



Pruebas complementarias:

- Sistemático de sangre y bioquímico: normales
- Serología para hepatitis: negativo
- Electroforesis de proteínas: rango dentro de límites normales
- P.C.R: 112,10: aumentada (N: hasta 4,0 mg/dl)
- Factor Reumatoideo: <40 (N: <40.0 UI/ml)
- Anticuerpos antinucleares: negativo
- DNA: negativo
- Ac. Anti DNA: Negativo
- ANCA: Negativo
- RA Test: 8 UI/ml (N: hasta 8)
- Coprocultivo: negativo a las 48h de incubación
- Urocultivo: negativo a las 48h de incubación
- Microelisa Anti HIV: negativo
- Exudado Faringeo: branhamella catarralis
- ASTO: 1600 UI/ml (N: hasta 200)
- Ecografía abdominal: agenesia renal derecha útero bicorne
- Rx estándar de tórax: normal.

Discusión

Nos encontramos con un caso de eritema nodoso, y nuestra labor radica en llegar a conocer la etiología, haciendo uso de pruebas complementarias necesarias, ya que las características de las lesiones son iguales sea cual sea la causa que las produjo (3). Debemos tener en cuenta que en un alto porcentaje de casos (42% y el 60%) la causa es idiopática e incluso no se llega a conocer la etiología, según diferentes autores (3, 4, 5, 6). En la mayoría de estudios publicados las causas más frecuentes que citan son

los fármacos, la sarcoidosis y la infección estreptocócica (3, 5, 7).

Para descartar dichas etiologías nos bastó con hacer una historia clínica detallada, en la cual el aspecto más relevante fue el antecedente de una infección de vías respiratorias altas lo que probablemente inició el cuadro clínico y la presencia de valores de ASTO incrementados 8 veces su valor normal, lo que nos orientó hacia el diagnóstico de eritema nodoso secundaria a una faringo-amigdalitis post estreptocócica no cubierta de una manera adecuada con antibióticos; a pesar de que el exudado faríngeo actual nos reporta la presencia de *branhamella catarrhalis*, la que es un comensal normal de la faringe.

Las enfermedades inflamatorias y autoinmunes no se las puede relacionar con el cuadro clínico de la paciente debido a la normalidad de las pruebas solicitadas, entre las patológicas citadas destacamos el lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, etc. La Rx de tórax fue útil para descartar sarcoidosis, ya que cerca del 85% de los pacientes, cuyo eritema nodoso se debe a esta enfermedad, presentaban en la placa de Tórax adenopatías hiliares bilaterales (7).

Las neoplasias a las que se asocia el eritema nodoso son la leucemia, fundamentalmente la de células peludas y el linfoma. La primera no es posible que se de en nuestra paciente pues no presenta pancitopenia ni esplenomegalia (11).

El linfoma se descarta también por el sistemático de sangre y por no encontrarse adenopatías a la exploración (8). Se pidió también cultivo de heces para descartar infección por shigella, yersinia o salmonella. La paciente durante su hospitalización recibió tratamiento con solución de yoduro de potasio 900mg/día y se le administró una dosis IM de penicilina benzatinica de 2'400.000 UI con lo cual desaparecieron por completo las lesiones cutáneas de una manera paulativa.

Conclusiones

- El eritema nodoso es un proceso muy frecuente en el servicio de consulta externa de los hospitales, pero muy poco diagnosticada.

- Es importante el conocimiento de este tipo de patología debido a que se trata de un síndrome plurietiológico y que además puede ser el acompañante o la manifestación inicial de enfermedades más complejas como la leucemia, sarcoidosis, fiebre reumática, colitis ulcerativa, entre otras.
- Afecta con mayor frecuencia la superficie extensora de las piernas.
- El diagnóstico puede ser clínico, aunque en la mayoría de los casos es necesario el estudio histopatológico.
- El tratamiento inicial es identificar y tratar la causa principal que está produciendo las lesiones; en muchos casos la solución saturada de yoduro de potasio puede dar como resultado la involución rápida de dichas lesiones.

Referencias bibliográficas

1. Iglesias Diez L, De Frutos Ortiz: Paniculitis. En tratado de Dermatología. Medicina 2000. Primera Edición. Madrid, 632-639, 1994
2. Castell E y Gómez A: Revisiones clínicas. Eritema Nodoso, Medicina del Post graduado, 4: 135-139, 1982
3. Álvarez Lario B, Piney E, Rodríguez Valverde V, Eritema Nodoso: Estudio de 103 casos 88-1: 5-8, 1987
4. Fox MD, Schwart RA: Eritema Nodoso. Am Fam Physician 46: 818-822, 1992
5. More Montreal J, Rodríguez de la Serna: Eritema Nodoso. Revisión de 68 casos. Rev Clin 17: 405-408, 1983
6. Forstrom L, Wilkelman RK: Acute Paniculitis; A clinical and histological study of 38 casos. Arch Dermatol 183: 909-917, 1977
7. Atanes A, Detoro J, Gómez N, et al: Estudio de 94 casos de sarcoidosis con especial referencia al Eritema Nodoso. Rev Clin 191: 65-70
8. Champlin R, Golden RW: Las Leucemias: en Principios de Medicina Interna, Harrison. 12ª ed, Ed Interamericana, Madrid - España 1809, 1991

Dr. Erwin Zoleta Gómez
Teléfono: 2494256-098078825