

Eritema nodoso: a propósito de un caso

Erythema nodosum: a case report

Maura Patricia López-Reynoso^{1*} , Luis Tonatiuh Fernández-Mendoza² , Amairani de Jesús Bernal-Ocampo¹

¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, México.

² Medio privado, Departamento de Anatomía Patológica, Guadalajara, Jalisco, México.

Fecha de recepción: 05/06/2025

Fecha de aceptación: 18/06/2025

Fecha de publicación: 30/09/2025

*Correspondencia: Maura Patricia López Reynoso. mauralopezreynoso@gmail.com

Resumen

Antecedentes: El eritema nodoso es la variante clínica patológica más frecuente de paniculitis, que aparece con lesiones nodulares eritematosas y las infecciones son la causa más frecuente; no obstante, no pueden descartarse otras causas: inmunológicas, inflamatorias o metabólicas, por lo que el diagnóstico debe ser multidisciplinario y orientar el tratamiento a la causa subyacente, porque en la mayoría de los casos suele ser la punta del iceberg de un proceso patológico importante.

Reporte de caso: Paciente femenina de 18 años, con antecedente de hepatoblastoma, nefrocalcinosis e infecciones recurrentes, quien un mes después manifestó lesiones características eritematosas en la tibia izquierda, con posterior edema y limitación de movimiento. Se realizaron estudios paraclínicos y se confirmó el diagnóstico, mediante biopsia, de paniculitis septal sin vasculitis, con infiltrado inflamatorio perivascular.

Conclusión: Aunque la mayor parte de las veces el eritema nodoso suele curarse de forma espontánea, puede ser la expresión inicial de enfermedades infecciosas, inmunológicas o genéticas, por lo que es importante un enfoque diagnóstico temprano y multidisciplinario para orientar el tratamiento y mejorar el pronóstico.

Palabras clave: Eritema nodoso; Paniculitis; Hepatoblastoma; Nefrocalcinosis; Infecciones recurrentes; Infiltrado inflamatorio perivascular; Biopsia; Pronóstico.

Abstract

Background: Erythema nodosum is the most common clinical-pathological variant of panniculitis, presenting with erythematous nodular lesions. Infections are the most common cause. However, other causes cannot be ruled out: immunological, inflammatory, or metabolic. Therefore, the diagnosis must be multidisciplinary and direct treatment toward the underlying cause, as in most cases, it is usually the tip of the iceberg of a significant pathological process.

Case report: An 18-year-old female patient with a history of hepatoblastoma, nephrocalcinosis, and recurrent infections presented one month later with characteristic erythematous lesions on the left tibia, with subsequent edema and limited movement. Paraclinical studies were performed, and the diagnosis of septal panniculitis without vasculitis and perivascular inflammatory infiltrate was confirmed by biopsy.

Conclusion: Although erythema nodosum usually heals spontaneously, it can be the initial expression of infectious, immunological, or genetic diseases, so an early and multidisciplinary diagnostic approach is important to guide treatment and improve prognosis.

Keywords: Erythema nodosum; Panniculitis; Hepatoblastoma; Nephrocalcinosis; Recurrent infections; Perivascular inflammatory infiltrate; Biopsy; Prognosis.

ANTECEDENTES

El eritema nodoso es la variante clínica patológica más frecuente de paniculitis. Descrita desde 1789 por el Dr. Robert Willian, previamente llamada como dermatitis contusiforme.¹

Su incidencia es 5 a 25 casos por cada 100,000 habitantes al año. La causa suele ser idiopática hasta en un 30- 50%

aunque también puede ser etiología secundaria derivada de infecciones (más común) ocasionadas por estreptococo, tuberculosis, trastornos autoinmunes, enfermedades inflamatorias como sarcoidosis o incluso procesos neoplásicos. Se caracteriza por la aparición aguda de nódulos dolorosos y eritematosos, simétricos, en extremidades inferiores, pueden ser recurrentes y acompañarse de fiebre, malestar general y poliartralgias.²

Glover G y colaboradores consideran es una respuesta de hipersensibilidad a diversos estímulos antigénicos. Se ha propuesto que el eritema nodoso podría ser el resultado de la formación de inmunocomplejos y su depósito en las vénulas de los septos de la grasa subcutánea.³

El diagnóstico es clínico y se recomienda iniciar el abordaje con estudios que incluyan marcadores inflamatorios, pruebas hepáticas y renales, serología infecciosa y prueba de tuberculina. El tratamiento se orienta a la causa cuando se logra identificar.³

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 18 años, con antecedente familiar de abuela paterna con artritis reumatoide. Dentro de sus antecedentes personales: diagnóstico de hepatoblastoma y nefrocalcinosis en julio del año 2024. El padecimiento actual inició en septiembre de 2024, con infecciones recurrentes de las vías respiratorias superiores y las vías urinarias. Un mes posterior a último cuadro respiratorio tuvo una lesión aguda eritematosa en la región pretibial izquierda. En un inicio fue tratada como lesión por mordedura de arácnido sin mejoría; agregándose edema, dolor a la movilización y limitación a deambulación.

Dentro del abordaje paraclínico se realizaron estudios de laboratorio que reportaron neutrofilia y aumento de reactivantes de fase aguda. Posteriormente, la lesión aumentó progresivamente de tamaño, agregándose una nueva lesión en la articulación de la muñeca. Se obtuvo una biopsia (**Figura 1**) y el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de eritema nodoso.

DISCUSIÓN

La manifestación clínica en pacientes con eritema nodoso suele ser evidente; sin embargo, confirmar el diagnóstico etiológico, como en este caso, es un reto. En la mayoría de los casos el pronóstico es excelente, autolimitándose con resolución del cuadro en 2-8 semanas, sin dejar secuelas graves, únicamente una leve hiperpigmentación posterior a su curación.²

Desde el punto de vista histológico, existe paniculitis de predominio septal sin vasculitis (pseudovasculitis), como se muestra en la **Figura 2**, además de infiltrado inflamatorio mixto perivascular.^{4,5} **Figura 3**

Es importante destacar que el eritema no es una enfermedad en sí misma, sino una manifestación de un proceso subyacente y sistémico.²⁻⁵

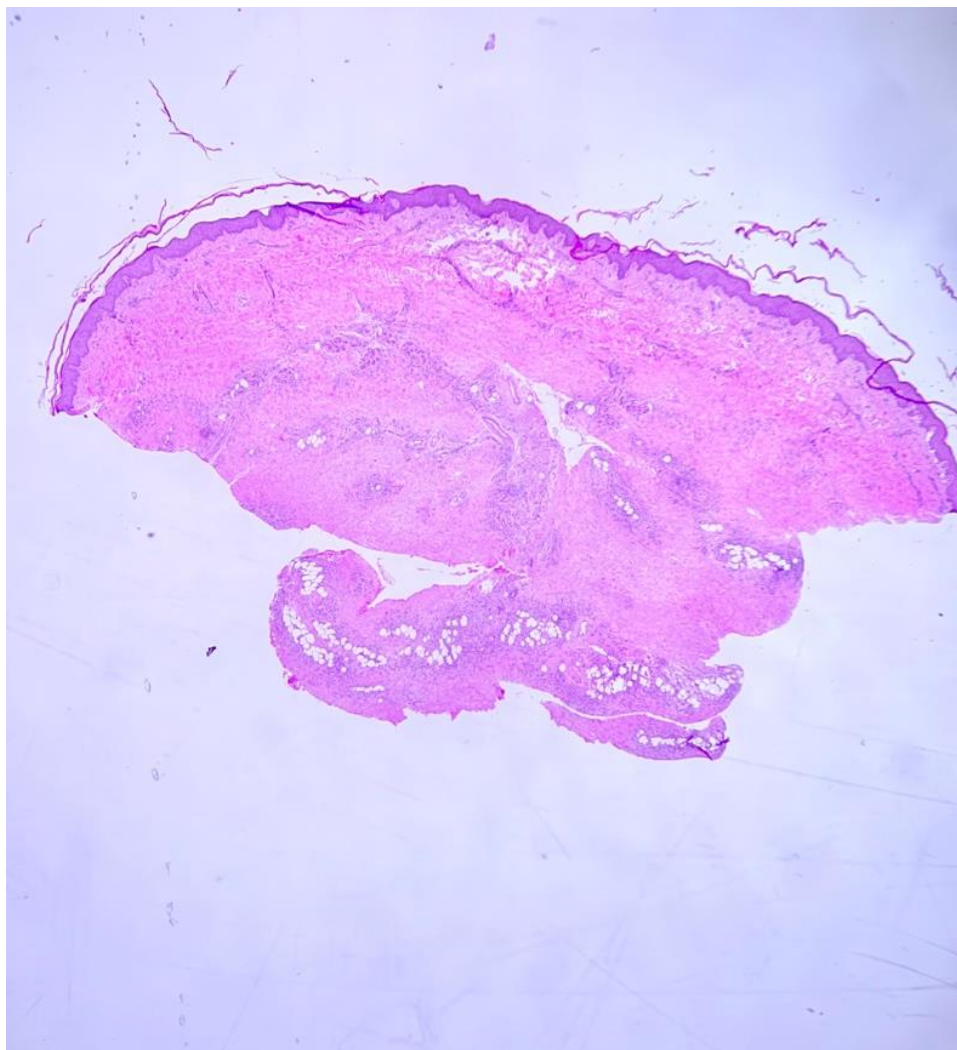


Figura 1. Microfotografía en objetivo panorámico de biopsia de lesión de espesor completo.

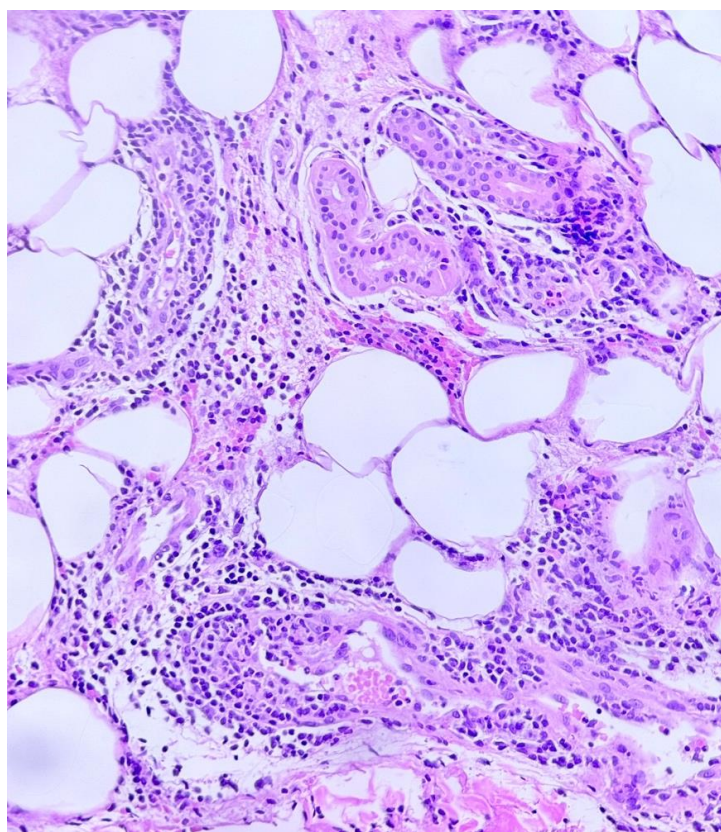


Figura 2. Microfotografía en aumento 20x donde se observa tejido adiposo con infiltrado inflamatorio severo mixto de tipo linfocitario y polimorfonuclear neutrófilo en patrón de paniculitis septal.

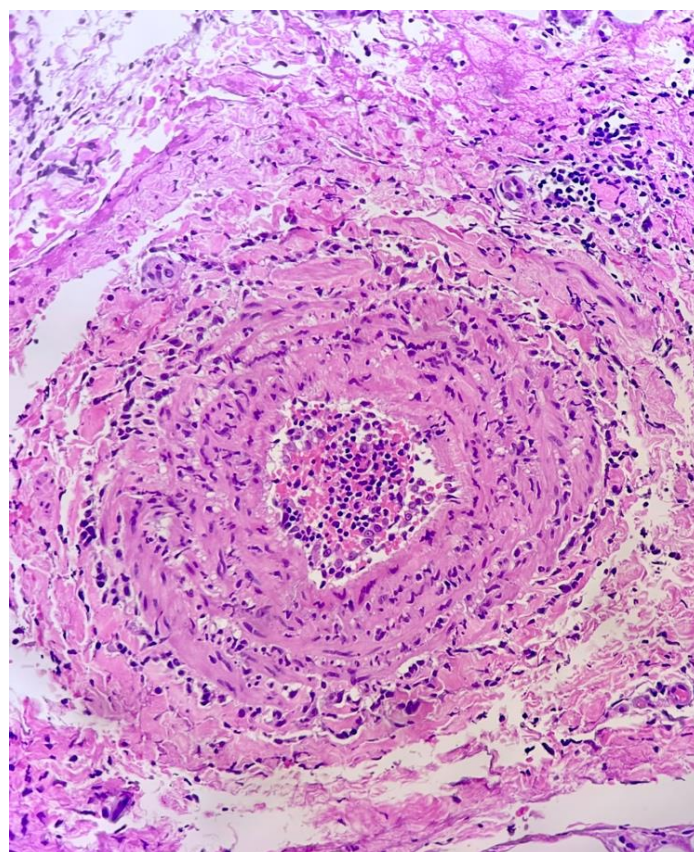


Figura 3. Microfotografía en 20x donde se observa arteria de mediano calibre con pared infiltrada por infiltrado inflamatorio mixto en túnica media.

CONCLUSIÓN

En el caso de esta paciente se podría inferir que el cuadro infeccioso previo, siendo una de las etiologías más comunes, podría ser el desencadenante. Sin embargo, es importante recordar los antecedentes neoplásicos, renales y la presencia de infecciones recurrentes sin no considerarlo como una entidad aislada. Lo cual incentiva a ampliar el campo de estudio y continuar abordaje con más pruebas diagnósticas que incluyan: evaluación inmunológica temprana con perfil de inmunoglobulinas y exclusión de trastornos asociados subyacentes granulomatosos como sarcoidosis o tuberculosis, completando un enfoque multidisciplinario incluso con descarte de errores de metabolismo y mutaciones genéticas para optimizar el tratamiento y mejorar el pronóstico y calidad de vida de la paciente. Son necesarios más estudios concluyentes que permitan demostrar su asociación y valorar las mejores intervenciones terapéuticas.

Aunque la mayor parte de las veces el eritema nodoso suele curarse de forma espontánea, puede ser la expresión inicial de enfermedades infecciosas, inmunológicas o genéticas, por lo que es importante un enfoque diagnóstico temprano y multidisciplinario para orientar el tratamiento y mejorar el pronóstico.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuentes de financiación

Los autores declaran que no tener fuentes de financiación.

REFERENCIAS

1. Domínguez-Gasca LG, Domínguez-Carrillo LG. Eritema Nodoso. Atención Familiar 2023; 24 (3): 231-235. <https://doi.org/10.2220/1em.14058871p.2023.3.85791>
2. Torralba-Morón A, Alda-Bravo I. Causas De Eritema Nodoso En Pacientes Ingresados En Un Hospital Español De Tercer Nivel. Actas Dermo-Sifiliográficas 2020; 111 (8): 683-687. <https://doi.org/10.1016/J.Ad.2018.12.012>
3. Glover G, Wilson J, Leigh K, Miller B. Understanding Erythema nodosum. J Dermatol Nurses' Assoc 2024; 16 (6): 228-31. <https://doi.org/10.1097/jdn.00000000000000814>
4. Pérez D, Chavez S, Ocampo J, Gómez M. Erythema Nodosum: A Practical Approach and Diagnostic Algorithm. Am J Clin Dermatol 2021; 22 (3): 367-78. <https://doi.org/10.1007/s40257-021-00592-w>
5. Chapel H, Lucas M, Lee M, Bjorkander J, et al. Clinical Phenotypes Of Common Variable Immunodeficiency Disorders. J Allergy Clin Immunol 2008; 122 (21): 411-416. <https://doi.org/10.1016/J.Jaci.2008.03.0361>