

CASOS CLÍNICOS

Eritema nodoso crónico en un paciente varón con sífilis: reporte de caso

Chronic erythema nodosum in a male patient with syphilis: a case report

Claudia Salas¹, Celia Moisés², Mirtha Pacheco³, Hugo Monroy², Gadwyn Sánchez², Antonio Paredes², Jorge Coronado², María Pajuelo², Tomás Carbajal⁴.

RESUMEN

El eritema nodoso es la paniculitis septal más frecuente, su clínica es característica con nódulos contusiformes en miembros inferiores, su curso generalmente es la autoresolución, la evolución crónica es rara y se asocia más a los casos idiopáticos. Se describen múltiples causas de esta patología, la sífilis es una de ellas. En la revisión de literatura se han documentado pocos casos que asocian ambos procesos, los últimos reportes encontrados son de hace más de diez años. Reportamos el caso de un paciente varón de 53 años, agricultor y obrero, quien seis meses antes de su hospitalización presenta nódulos eritematosos de 1-4cm en miembros inferiores y abdomen, que involucionan y aparecen nuevamente. Se encontró serología positiva para sífilis, por lo que recibe tratamiento con penicilina benzatínica con remisión completa de las lesiones en piel. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha hecho resurgir muchas patologías, dentro de ellas las enfermedades venéreas, y la sífilis no escapa a esto, es por eso la importancia de tener en mente a esta patología como causa de eritema nodoso.

Palabras clave: Eritema nodoso, Sífilis, Paniculitis septal.

SUMMARY

Erythema nodosum is the most frequent septal panniculitis, the clinic is typical; contusiform nodules in lower limbs which usually disappear without treatment, chronic evolution is rare and is more associated with idiopathic cases. There are many causes of this disease, syphilis is one of them. Review of the literature found a few cases that associate both processes, the latest reports have more than 10 years. We report the case of a 53-year-old male patient, farmer and builder, who 6 months before presented erythematous nodules from 1-4cm in lower limbs and abdomen that disappear and then reappear again. We found positive serology for syphilis, and therefore treated with benzathine penicillin with complete remission of skin lesions. HIV has made rearise many pathologies, among them venereal diseases, and syphilis is no exception to this, there is why the importance of having in mind this disease as a cause of erythema nodosum.

Key words: Erythema nodosum, Syphilis, Septal panniculitis.

INTRODUCCIÓN

El eritema nodoso es la paniculitis septal más representativa, en la que se desarrollan nódulos eritematosos, tiene un curso de pocas semanas con recurrencias raras y los casos crónicos se asocian más a los casos idiopáticos. La asociación más común es con patologías infecciosas, pero también se ve por el uso de fármacos, patologías autoinmunes, neoplasias y embarazo entre otros (**Cuadro 1**). La sífilis, una patología que está reemergiendo en el mundo, debe ser tomada en cuenta como causa de eritema nodoso.

CASOS CLÍNICOS

Reportamos el caso de un paciente varón de 53 años, casado, que labora como obrero y agricultor, natural y procedente de Nazca, Ica, con antecedente de dislipidemia, para lo cual no recibía medicación, litiasis renal diagnosticada nueve meses antes y colecistectomía en el año 2007.

El paciente inicia su enfermedad aproximadamente en mayo del 2009 con aparición súbita de lesiones nodulares eritematosas en miembros inferiores que luego se extienden a la parte baja del abdomen, las lesiones eran levemente

¹ Médico residente de Servicio de Dermatología. HNERM, EsSalud. Lima-Perú

² Médico dermatólogo asistente del Servicio de Dermatología. HNERM, EsSalud. Lima-Perú

³ Jefe del Servicio de Dermatología. HNERM, EsSalud. Lima-Perú

⁴ Médico asistente del Servicio de Anatomía Patológica. HNERM, EsSalud. Lima-Perú

Cuadro 1. Cuadros asociados a eritema nodoso.

Infecciones			
<i>Bacterianas</i>	Streptococo	Tuberculosis	<i>Yersinia</i>
	<i>Salmonella</i>	<i>Campylobacter</i>	Brucelosis
	Tularemia	Micobacterias atípicas	Meningococemia
	<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Chancroide	Arañazo de gato
	<i>Propionibacterium acnés</i>	<i>Shigella</i>	Gonorrea
	Sífilis	Leptospirosis	Fiebre Q
Virales	Linfogranuloma venéreo		
	Mononucleosis	Hepatitis B	Nódulos de los ordeñadores
	Orf	Herpes simple	Sarampión
<i>Hongos</i>	Citomegalovirus		
	Dermatofitos	Blastomicosis	Histoplasmosis
<i>Protozoos</i>	Coccidioidomycosis	Esporotricosis	Aspergilosis
	Toxoplasma	<i>Ancylostoma</i>	Ameba
	<i>Giardia</i>	<i>Ascaris</i>	
Drogas			
	Sulfonamidas	Bromuros	Iodados
	Anticonceptivos orales	Minociclina	Sales de oro
	Penicilinas	Salicilatos	Clorotiazidas
	Fenitoina	Aminopirina	Arsfenamina
	Vacuna para Hepatitis B	Nitrofurantoina	Piritinol
	D-Penicilamina	Talidomida	Isotretinoína
	Interleucina		
Enfermedades neoplásicas			
	Linfoma Hodgkin	Linfoma no Hodgkin	Leucemia
	Sarcoma	Carcinoma renal	Ca. pélvico postradioterapia
Otras			
	Sarcoidosis	Colitis ulcerativa	Diverticulosis colónica
	Enfermedad de Chron	Enfermedad de Behcet	Sind. de Reiter
	Sind. de Sweet	Embarazo	Arteritis de Takayasu
	Nefropatía por Ig A	Hepatitis crónica activa	Mastitis granulomatosa
	Enf. De Vogt Koyanagi	Sind. Sjogren	

dolorosas y se asociaban a parestesias en miembros inferiores. Al examen físico se encontraron lesiones nodulares eritematosas de 1 a 3cm en piernas, muslos y parte baja de la pared abdominal, que dolían a la palpación, en otras zonas se apreciaban máculas hiperpigmentadas residuales (**Fotografía 1**). Al examen del área genital se encontró una lesión en placa, eritematosa, de 1cm aproximadamente y no supurativa. El paciente no recordaba desde cuando presentaba dicha lesión, ya que le producía poca molestia no dándole importancia. Se indaga sobre conductas de riesgo refiriendo dos parejas sexuales en el último año.

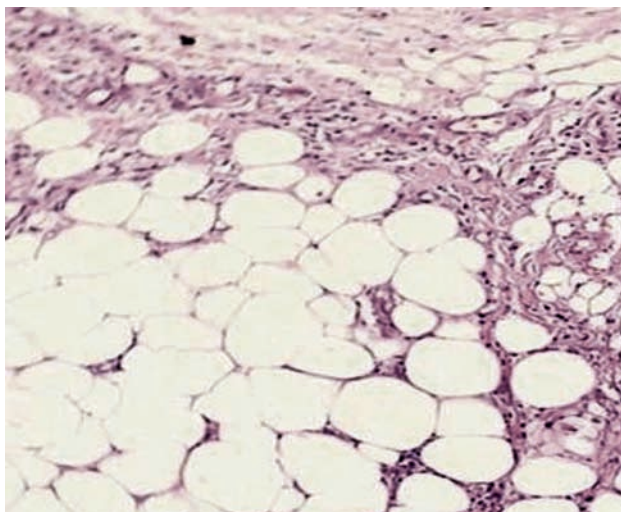
El paciente fue hospitalizado para estudio, se realizó una biopsia de piel donde se encontró infiltrado inflamatorio lobulillar y septal, a predominio de este último, compatible con eritema nodoso (**Fotografía 2**), el infiltrado se extendía también a la dermis reticular, encontrándose allí linfocitos y células plasmáticas (**Fotografía 3**). Los exámenes auxiliares



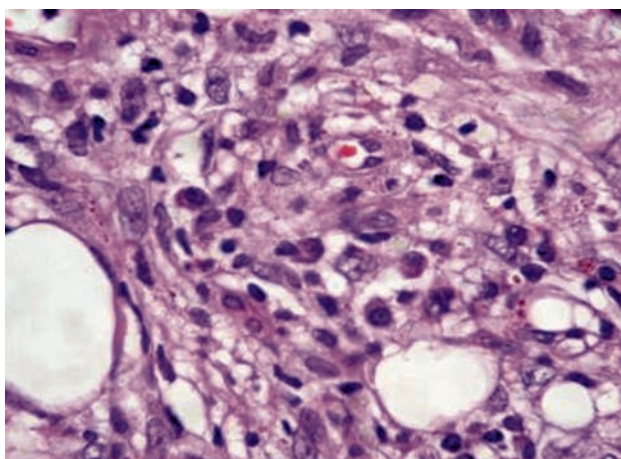
Fotografía 1. Nódulos en muslo derecho y en la periferia algunas lesiones hiperpigmentadas residuales.

mostraban un RPR débilmente reactivo, VDRL positivo a una dilución, FTA ABS positivo, IgM e IgG positivos, BK en esputo negativo, radiografía de tórax normal, PPD negativo, VIH negativo, ASO negativo y serología para herpes simple negativa. No se encontraron otros focos infecciosos.

El diagnóstico fue eritema nodoso secundario a infección por *Treponema pallidum* por lo cual iniciamos tratamiento con penicilina benzatínica con rápida remisión de las lesiones cutáneas.



Fotografía 2. Áreas de infiltrado inflamatorio en panículo, a predominio de septo. HE 10X.



Fotografía 3. Infiltrado inflamatorio que llega a dermis profunda a predominio de linfocitos, con presencia de células plasmáticas. HE 40X.

DISCUSIÓN

El eritema nodoso es la paniculitis septal más frecuente, siendo más común en mujeres que en varones. Su cuadro clínico es característico con el desarrollo de placas o

nódulos eritematosos brillantes, simétricos que van de 1 a 5 cm. ocasionalmente pueden ser más grandes, dolorosos y calientes; generalmente se localizan en el área extensora de extremidades inferiores, pudiendo presentarse también en otras localizaciones (brazos, cuello, cara). Su evolución natural es el cambio de coloración a un tono violáceo o purpúrico, luego se tornan amarillentos o verdosos, similares a una equimosis, por eso el nombre de contusiformes; no se ulceran y resuelven sin dejar áreas cicatrizales o de atrofia. Usualmente los brotes se acompañan de fiebre, malestar, artralgias, cefalea y dolor abdominal; pueden asociarse otros síntomas como fatiga, vómitos, diarrea y tos, también se describe conjuntivitis flictenular y lesiones episclerales. Menos frecuentemente se presenta linfadenopatías, hepatoesplenomegalia y pleuritis¹.

Se trata de un proceso reactivo con múltiples asociaciones: infecciones, drogas, enfermedades inflamatorias, enfermedades autoinmunes, embarazo y neoplasias. En un porcentaje considerable, 37 a 60%, no llega a conocerse la causa subyacente, a estos casos se les denomina idiopáticos¹.

En un estudio de 100 casos de eritema nodoso, Mert y col. reportan 62% de recurrencia del cuadro al año en los casos idiopáticos y sólo una recurrencia en un caso secundario a enfermedad de Behcet². Para otros autores las recurrencias son raras. En el caso de nuestro paciente estas lesiones eran numerosas y recurrentes en un periodo de aproximadamente seis meses desde el inicio.

Histopatológicamente es el típico ejemplo de las paniculitis septales sin vasculitis, el componente inflamatorio varía según el tiempo de evolución de las lesiones. El septo del TCSC está engrosado y el infiltrado inflamatorio se extiende a las áreas periseptales de los lobulillos, usualmente se puede ver un infiltrado inflamatorio en dermis, perivascular superficial y profundo, predominantemente compuesto por linfocitos. Dicha inflamación de la dermis, a lo largo de los vasos, provoca vasodilatación dando la apariencia eritematosa de las lesiones, los cambios en el TCSC le dan el aspecto nodular. En lesiones tempranas hay edema, hemorragia y neutrófilos, responsables del engrosamiento del septo, además de la fibrosis, tejido de granulación periseptal, linfocitos y células gigantes multinucleadas. Es raro pero pueden verse eosinófilos predominando en las lesiones, el infiltrado también puede ser más aparente en los lóbulos. La necrosis de adipocitos en este caso no es aparente. Agregados nodulares bien definidos con histiocitos pequeños rodeando un centro estrellado, pueden estar rodeados de neutrófilos. En lesiones tardías se forman células gigantes multinucleadas.

Usualmente regresionan espontáneamente en pocas semanas, los tratamientos utilizados incluyen AINES, yoduro de potasio y colchicina, que ayudan a la resolución del proceso. Los corticoides sistémicos están raramente

indicados³. Si se encuentra una causa subyacente se debe dar el tratamiento específico⁴.

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa que generó gran morbimortalidad en el mundo hasta antes del descubrimiento de la penicilina. Con las campañas de prevención de VIH/SIDA la incidencia de enfermedades de transmisión sexual se redujo dramáticamente en Estados Unidos y Europa entre 1980 y 1990⁵, entre 1990 y el 2000 la tasa de sífilis disminuyó en 90%⁶. Sin embargo desde 1995 se observa una tendencia inversa en algunos países, primero en la Unión Soviética⁷ y posteriormente en otros países^{8,9}; siendo mayor en varones, algunos de ellos además estaban infectados con VIH^{10,11}.

Las lesiones cutáneas en la sífilis son muy variadas y se agrupan según el estadio de la enfermedad, ya sea primario, secundario o terciario.

Las pruebas serológicas son una herramienta útil en el diagnóstico, ya que aún hay poca disponibilidad de equipos para PCR y dificultad con las técnicas de visualización directa. El uso de una sola técnica de serología es insuficiente para el diagnóstico, dados los frecuentes falsos positivos secundarios a otras patologías médicas¹².

Los anticuerpos IgM e IgG contra la cardiolipina (y contra la lecitina y colesterol) se detectan entre la 1ª y 3ª semana luego de que aparece la lesión primaria con el VDRL y RPR (pruebas no treponémicas) ya que sólo indican destrucción de tejido. No están recomendados como pruebas de tamiz (en este caso se usa los test treponémicos o específicos FTA-ABS y EIA, también usados para confirmar el diagnóstico), pero son útiles para evaluar el estadio y respuesta a la terapia¹², siendo su sensibilidad mayor en el estadio secundario y

disminuyendo nuevamente en el terciario.

La disminución de cuatro diluciones o más en los títulos de VDRL a los seis meses de la terapia se correlacionan con una disminución de la tasa de anticuerpos y alta probabilidad de tratamiento exitoso en la fase primaria o secundaria¹³.

Nuestro paciente recordaba presentar una lesión genital pocas semanas antes del inicio de los brotes de eritema nodoso y tenía una prueba serológica no treponémica débilmente reactiva pero con IgM positiva, la prueba de FTA-ABS confirmó el diagnóstico presuntivo así como la rápida respuesta terapéutica al instaurar penicilina benzatínica. En las primeras semanas de una infección primaria las pruebas serológicas pueden ser incluso negativas, ya que la formación de anticuerpos hasta ese momento no es alta.

Los casos reportados de sífilis y eritema nodoso son pocos, Silber y cols. reportaron el caso de una adolescente con sífilis y eritema nodoso en 1987 tratada con penicilina benzatínica en dosis de 2.4 millones de unidades¹⁴. Frishman y Smetanin¹⁵ reportan en 1975 otro caso de una mujer con sífilis secundaria, recientemente diagnosticada, con nódulos en miembros inferiores compatibles con eritema nodoso. Otros casos fueron reportados por Guggenheim¹⁶ en 1959, y por Alinovi¹⁷ en 1983, en pacientes varones.

COMENTARIO

Reportamos el caso de este paciente ya que la sífilis, como causa de eritema nodoso es rara, pero dada la reemergencia de esta patología asociada a la infección por VIH se debe tener en cuenta como causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REQUENA L, REQUENA C. Erythema nodosum. *Dermatol Online J.* 2002;8(1):4.
2. MERT A, KUMBASAR H, OZARAS R, ERTEN S, TASLI L, TABAK F, et al. Erythema nodosum: an evaluation of 100 cases. *Clin Exp Rheumatol.* 2007;25(4):563-70.
3. REQUENA L, YUS ES. Erythema nodosum. *Dermatol Clin.* 2008;26(4):425-38, v.
4. REQUENA L, SÁNCHEZ YUS E. Erythema nodosum. *Semin Cutan Med Surg.* 2007;26(2):114-25.
5. VAN DUYNHOVEN YT. The epidemiology of *Neisseria gonorrhoeae* in Europe. *Microbes Infect.* 1999;1(6):455-64.
6. HOPKINS RS, JAJOSKY RA, HALL PA, ADAMS DA, CONNOR FJ, SHARP P, et al; US Centers for Disease Control and Prevention. Summary of notifiable diseases: United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2005;52(54):1-85.
7. TICHONOVA L, BORISENKO K, WARD H, MEHEUS A, GROMYKO A, RENTON A. Epidemics of syphilis in the Russian Federation: trends, origins, and priorities for control. *Lancet* 1997;350(9072):210-3.
8. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Outbreak of syphilis among men who have sex with men: Southern California, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2001;50(7):117-20.
9. NICOLL A, HAMERS FF. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? *BMJ.* 2002;324(7349):1324-7.
10. PETERMAN TA, HEFFELFINGER JD, SWINT EB, GROSECLOSE SL. The changing epidemiology of syphilis. *Sex Transm Dis.* 2005;32(10 Suppl):S4-10.
11. FENTON KA, LOWNDES CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect.* 2004;80(4):255-63.

12. LAUTENSCHLAGER S. Cutaneous manifestations of syphilis: recognition and management. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7(5):291-304.
13. YOUNG H. Syphilis: serology. *Dermatol Clin.* 1998;16(4):691-8.
14. SILBER TJ, KASTRINAKIS M, TAUBE O. Painful red leg nodules and syphilis: a consideration in patients with erythema nodosum-like illness. *Sex Transm Dis.* 1987;14(1):52-3.
15. FRISHMAN MP, SMETANIN IUV. Case of erythema nodosum in a female patient with secondary recent syphilis. *Vrach Delo.* 1975;(6):115-6.
16. GUGGENHEIM L. Erythema nodosum in primary syphilis. *Dermatologica.* 1959;118(4-5):311-3.
17. ALINOVI A, LUI P, BENOLDI D. Syphilis: still a cause of erythema nodosum. *Int J Dermatol.* 1983;22(5):310-1.

En infecciones causadas por bacterias anaerobias y grampositivas¹...

¡El Original!

DALACIN

CLINDAMICINA

PERDALtemp002

Acción antibiótica sobre patógenos claves en:

Celulitis¹

Impétigo¹

Acné²



1. David Guay. Update on clindamycin in the management of bacterial, fungal and protozoal infections. Expert Opin. Pharmacother. (2007) 8(14):2401-2444. 2. Documento de Producto Dalacin T 1%. VER INFORMACIÓN EN VADEMECUM DE ANUNCIANTES MATERIAL EXCLUSIVO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Mayor información a disposición en el Departamento Médico.
Av. Javier Prado Este 6230, 2do piso. Lima 12 - Perú
Teléfono: (511) 615 2100. Fax: (511) 615 2105 - 615 2180



Trabajamos juntos por un mundo más saludable