Revista Médica Electrónica
ISSN: 1684-1824
CENTRO PROVINCIAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS. MATANZAS

Camero-Machín, Julio César; Anuy-Echevarría, Kiuvys; Curbelo-Fajardo, Juan Carlos; Hernández-Concepción, Mahelis Ivonne

Comportamiento clínico-epidemiológico del eritema nudoso en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio

Revista Médica Electrónica, vol. 43, núm. 6, 2021, Noviembre-Diciembre, pp. 1506-1520
CENTRO PROVINCIAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS. MATANZAS

Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378277399003

Cómo citar el artículo
Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Revista Médica ELECTRÓNICA
Rev. Med. Electrón
vol. 43. No. 6. Nov.-Dic. 2021
ISSN: 1684-1824

Artículo original

Comportamiento clínico-epidemiológico del eritema nudoso en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio

Epidemiological clinical behavior of erythema nodosum at the Provincial Teaching Clinical Surgical Hospital Leon Cuervo Rubio

Julio César Camero-Machín[1*] https://orcid.org/0000-0001-8135-6206

Kiuvys Anuy-Echevarría[1] https://orcid.org/0000-0002-8281-8441

Juan Carlos Curbelo-Fajardo[2] https://orcid.org/0000-0001-9824-0480

Mahelis Ivonne Hernández-Concepción[1] https://orcid.org/0000-0001-9840-895X

[1] Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio. Pinar del Río, Cuba.

[2] Policlínico Docente Raúl Sánchez. Pinar del Río, Cuba.

[*]Autor para la correspondencia: mfungoide74@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el eritema nudoso es la variante clínico-patológica más frecuente de la paniculitis. Es una reacción cutánea inmunológica en respuesta a un amplio espectro de agentes etiológicos.

Objetivo: caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico del eritema nudoso.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal en pacientes con diagnóstico de eritema nudoso, ingresados en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio, de Pinar del Río, en el período de enero de 2017 a diciembre de 2018. El universo estuvo constituido por 34 pacientes con diagnóstico clínico de eritema nudoso, hospitalizados en los servicios de Medicina

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Interna y Dermatología. Para la recogida de la información se utilizaron la historia clínica, el examen físico y los exámenes de laboratorio. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos; de los últimos se empleó la estadística descriptiva a través de frecuencias absolutas y porcentaje.

Resultados: el mayor grupo de pacientes estuvo entre 30 y 39 años, y fue del sexo femenino. Las lesiones fueron más frecuentes en los meses de invierno. El tipo de eritema nudoso idiopático prevaleció. Predominó el tiempo de evolución de 1 a 3 meses. Como causa secundaria predominaron las infecciones, y los tratamientos más usado fueron los antiinflamatorios no esteroideos.

Conclusiones: se trata de una importante enfermedad de salud, cuyo un diagnóstico etiológico temprano permite un tratamiento adecuado. Resulta difícil su identificación y manejo tanto en la atención primaria como en la secundaria.

Palabras clave: eritema nudoso; paniculitis; dermatitis contusiforme; dermatología.

ABSTRACT

Introduction: erythema nodosum is the most common clinical-pathological variant of panniculitis. It is an immunological skin reaction in response to a wide spectrum of etiologic agents.

Objective: to characterize the clinical-epidemiological behavior of erythema nodosum.

Materials and methods: a descriptive, prospective and longitudinal study was carried out in patients with diagnosis of erythema nodosum, admitted to the Provincial Teaching Clinical Surgical Hospital León Cuervo Rubio, of Pinar del Río, in the period January 2017 to December 2018. The universe was formed by 34 patients with clinical diagnosis of erythema nodosum, hospitalized in the services of Internal Medicine and Dermatology. Medical records, physical examination and laboratory tests were used for the collection of information. Theoretical, empirical and statistical methods were used; descriptive statistics was used through absolute frequencies and percentage.

Results: the largest group of patients was between 30 and 39 years, and they were female. Injuries were more frequent in the winter months. The type of idiopathic erythema nodosum prevailed. The time of evolution prevailed from 1 to 3 months. Infections predominated as a secondary cause, and the most commonly used treatments were non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Conclusions: it is an important health condition, whose early etiological diagnosis allows the proper treatment. Its identification and management in both primary and secondary care is difficult.

Keywords: erythema nodosum; panniculitis; contusiform dermatitis; Dermatology.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Recibido: 10/08/2021.

Aceptado: 16/09/2021.

INTRODUCCIÓN

El eritema nudoso fue descrito por primera vez en 1798 por el dermatólogo inglés Robert William, en su clásica monografía sobre eritemas. Este autor destacó que esta enfermedad era más frecuente en mujeres. Más tarde, en 1842, fue estudiado por Erasmus Wilson, quien lo incluyó dentro del eritema multiforme. Ferdinand von Hebra, dermatólogo austriaco, en 1860 precisó las características clínicas del proceso y describió los cambios de color en la evolución de las lesiones, proponiendo el término "dermatitis contusiforme" para esta enfermedad.

En relación con esta enfermedad, se considera una curiosidad histórica el hecho de que médicos y biógrafos plantean que el músico Wolfgang Amadeus Mozart padeció eritema nudoso en 1762, ya que su padre Leopold Mozart describió claramente las lesiones en una carta enviada a su médico, aunque en ese momento se desconocía esta enfermedad y se diagnosticó como escarlatina.[1]

El eritema nudoso (EN) es la paniculitis septal sin vasculitis más frecuente. Se caracteriza clínicamente por la aparición de nódulos cutáneos (de 0,5 a 5 cm) inflamatorios, agudos y dolorosos, variables en número. Durante las fases iniciales evolucionan de forma similar a un hematoma, adquiriendo distintos tonos: rojizo oscuro, amarillento, verdoso y azulado. Su desaparición ocurre habitualmente entre 1-6 semanas. Puede dejar una discreta pigmentación residual, pero nunca ulceración o atrofia.

Afecta la región pretibial de las extremidades inferiores (en especial las superficies de extensión de las piernas), aunque puede aparecer en otras localizaciones de miembros inferiores y también en superficies de extensión de antebrazos. De forma excepcional, pueden observarse en tronco, región cervical y cara. Presenta mayor incidencia en mujeres.[1,2]

Dado que es un síndrome plurietiológico, puede estar acompañado de afectación del estado general, con febrícula o incluso fiebre, edemas en miembros inferiores, artralgias, mialgias, malestar general y cefalea.[3] Es una reacción cutánea inmunológica en respuesta a un amplio espectro de agentes etiológicos y, por ello, se clasifica en idiopático o primario, en el cual no se detecta la causa que produce este síndromey EN secundario a otros procesos.[2,3] En este sentido, se relaciona con fármacos, sarcoidosis, infecciones (virales, bacterianas, parasitarias y micóticas), alteraciones endocrinas y hormonales, enfermedades autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades reumatológicas, embarazo y neoplasias. En este

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

aspecto radica la importancia de su diagnóstico, ya que su aparición obliga a descartar enfermedades susceptibles de tratamiento. Aunque el mecanismo íntimo de su etiopatogenia se desconoce, se ha pensado en un proceso de base inmunológica humoral y celular.[4]

Es una patología de distribución mundial. Su incidencia es estimada en 5 a 25 casos por cada 100 000 personas por año, de unas regiones a otras. La prevalencia es alrededor de 2,4 por cada 1000 personas por año (calculado en un área semirrural de Inglaterra), con una frecuencia de 0,5 casos nuevos cada 100 pacientes en departamentos de Dermatología.[5] Estas cifras varían por diferencias raciales y geográficas, según la prevalencia de enfermedades que son causantes de EN. Puede aparecer a cualquier edad, siendo su máxima incidencia entre los 30 y 50 años. Antes de la pubertad la incidencia es igual entre ambos sexos.[6]

En caso de duda, se puede recurrir a la biopsia. Para llevar a cabo el diagnóstico etiológico se debe realizar un estudio que descarte las causas más frecuentes: estudio analítico, radiografía de tórax, pruebas serológicas, cultivos, prueba de Mantoux, test de embarazo, etc.[3,4]

El tratamiento, dado su carácter autolimitado, debe ser etiológico siempre que se pueda demostrar su origen; es importante identificar y tratar las enfermedades asociadas. El tratamiento sintomático se basa en medidas generales: reposo con elevación de miembros inferiores y tomar antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y, en algún caso, corticoides. Estas lesiones no dejan cicatrices y el pronóstico es excelente en la mayoría de los pacientes, siempre y cuando se excluyan las posibles condiciones subyacentes.[5]

Dentro del grupo de las llamadas paniculitis se encuentra como patología más frecuente el EN. Debido a su relativa frecuencia en los servicios de Medicina Interna, Dermatología y Reumatología; a su baja mortalidad y a su curso autolimitado, se le ha concedido poca importancia, lo que ocasiona el subregistro de casos. Muchos son tratados sintomáticamente. La importancia clínica radica en realizar un estudio para buscar posibles factores etiológicos responsables de su aparición, para llevar a cabo un adecuado tratamiento. Los autores no han podido consultar estudios de EN, desde el escenario de atención secundaria, que enfaticen en sus características clínicas y epidemiológicas y sirvan de apoyo para un mejor manejo de estas lesiones, redundando en mayor calidad en la atención y mejoría de su morbilidad.

No existen antecedentes investigativos en la provincia Pinar del Río que aborden la temática, pero existen los recursos y la organización necesaria para el desarrollo de tales investigaciones. Por esta razón, y por la relativa incidencia del EN, se pretende caracterizar su comportamiento clínico-epidemiológico en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuvero Rubio, y contribuir a elevar el nivel científico de especialistas y residentes de Dermatología, proporcionando elementos para el adecuado diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Se evidencia un verdadero desafío que jerarquiza al médico dermatólogo, en el momento de diagnosticar o descartar la amplia lista de enfermedades sistémicas que pueden relacionarse con el EN.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva y longitudinal para determinar las características clínicas y epidemiológicas del EN, coordinada con los servicios de Medicina Interna y Dermatología en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio, de la provincia Pinar del Río, entre enero de 2017 y diciembre de 2018.

Se conformó un universo de 34 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico clínico de EN, que ingresaron en los servicios de Medicina Interna y Dermatología.

Criterios de inclusión:

- Pacientes ingresados en el Servicio de Dermatología con el diagnóstico clínico de EN.
- Pacientes egresados del Servicio de Medicina Interna con enfermedades sistémicas para estudio, tratamiento y que concomiten con EN como elemento clínico asociado.

Criterio de exclusión:

- Pacientes que presentaron estado de salud crítico por enfermedades clínicas que les impidió participar en el estudio.

Se estudiaron las historias clínicas de cada paciente, teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales de salud, descripción del tipo de lesión, número de lesiones, localización y tiempo de evolución del EN, síntomas acompañantes y tratamiento médico utilizado.

Se analizaron los exámenes complementarios de rutina, indicados en cada servicio, en busca de los factores etiológicos. Se incluyeron: hemograma completo con diferencial y eritrosedimentación, perfil renal, glicemia, perfil hepático, lipídico, exudado nasofaríngeo, radiografía de tórax, ultrasonido de abdomen, HIV, serología (VDRL), antígeno de superficie, exudado vaginal, orina, heces fecales y baciloscopía.

Como causa idiopática, se consideraron los casos con estudio etiológico negativo, valorando como estudio mínimo la historia clínica, examen físico en búsqueda de causas conocidas de EN, y exámenes de rutina. De forma adicional, se registró el tratamiento utilizado en el cuadro agudo de la enfermedad.

El diagnóstico de EN se estableció por criterios clínicos o por estudio histológico compatible.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Se realizó el análisis documental de la bibliografía consultada, textos de referencia para el tema de estudio, reportes estadísticos de EN, así como los registros de trabajo del autor principal, correspondientes al período en que se desarrolló la investigación.

Métodos de nivel empírico:

Entrevista y observación: se realizaron entrevistas a profundidad, que permitieron al entrevistado expresarse con libertad y exponer los datos necesarios para conocer lo relacionado con el EN y determinar los posibles factores etiológicos.

Métodos de estadística descriptiva: todos los datos fueron registrados en una base de datos creada en el sistema Excel, para garantizar su confiabilidad y confección de tablas dinámicas por el sistema estadístico Epi-Info. Se utilizaron muestras paramétricas con media porcentual en las variables cualitativas. Los resultados se expusieron en tablas y gráficos.

Aspectos éticos: los datos fueron utilizados con fines científicos y se mantuvo total confidencialidad.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes con EN según sexo y edad. Los grupos de edades no se distribuyeron homogéneamente: el más representado fue el comprendido entre 30-39 años,con 13 pacientes (38,2 %), seguido del de 40-49 años, con 8 (23,5 %). Predominó el sexo femenino con 22 pacientes, para un 64,7 %.

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Grupo de edades (años)	Femenino		Masculino		Total	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
20-29	3	75	1	25	4	11,8
30-39	9	69,2	4	30,8	13	38,2
40-49	5	62,5	3	37,5	8	23,5
50-59	4	57,1	3	42,8	7	20,6
60 y más	1	50	1	50	2	5,9
Total	22	64,7	12	35,3	34	100

FR: Frecuencia relativa; FA: Frecuencia absoluta.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Las características de la población estudiada, su distribución etiológica (secundario vs. idiopático) y estacionalidad de aparición se detallan en la tabla 2. La enfermedad fue más frecuente en el período de invierno, representando el 61,7 %. En cuanto al tipo de EN, se destacaron los pacientes con eritema nudoso idiopático (55,8 %).

Tabla 2. Distribución de pacientes según clasificación etiológica y estacionalidad

Estaciones	EN idiopático		EN secundario		Total	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Verano	6	46,2	7	53,8	13	38,2
Invierno	13	61,9	8	38,1	21	61,7
Total	19	55,8	15	44,1	34	100

FR: Frecuencia relativa; FA: Frecuencia absoluta.

En la tabla 3 se muestra el tiempo de evolución de la enfermedad. La mayoría de los pacientes evolucionó de 1 a 3 meses, con 23 pacientes (67,6 %).

Tabla 3. Distribución de pacientes según tiempo de evolución del eritema nudoso

Tiempo de evolución	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1 a 3 meses	23	67,6
4 a 6 meses	8	23,5
6 meses a 1 año	3	8,8
Total	34	100

En la tabla 4 se agruparon los casos de EN según localización y número de lesiones. La localización más frecuente se observó en miembros inferiores, con un 88,2 %. El número de lesiones de EN sobresaliente fue el de 5 a 10 lesiones, para un 47,1 %.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 4. Distribución de pacientes según localización y número de lesiones de eritema nudoso

Localización	Número de lesiones							
	1 a 4		5 a 10		Más de 10		Total	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Cara	-	-	-	-	-	-	-	-
Tronco	1	100	-	-	-	-	1	2,9
Abdomen	1	100	-	-	-	-	1	2,9
Miembros superiores	2	100	-	-	-	-	2	5,9
Miembros inferiores	4	13,3	16	53,3	10	33,3	30	88,2
Total	8	23,5	16	47,1	10	29,4	34	100

La distribución de pacientes con EN, según factores etiológicos, se muestra en la tabla 5. Predominaron los pacientes con infecciones (20,6 %), seguidos de aquellos con enfermedades del colágeno (11,7 %).

Tabla 5. Distribución de pacientes según factores etiológicos de eritema nudoso secundario

Factores etiológicos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Enfermedad colágeno previa	4	11,7
Enfermedades neoplásicas	2	5,8
Enfermedad inflamatoria intestinal	1	2,9
Enfermedad de Behçet	-	-
Infecciones	7	20,6
Fármacos	1	2,9
Sarcoidosis	-	-
Embarazo	-	-
Total	15	44,1

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

En la tabla 6 se observa la distribución de pacientes con EN según tratamiento médico usado. La mayoría de ellos recibió la terapia con AINES (47,1 %).

Tabla 6. Distribución de pacientes según tratamiento médico usado en eritema nudoso

Tratamiento médico	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Esteroides	3	8,8
AINES	16	47,1
Antibióticos	4	11,7
AINE + antibiótico	8	23,5
Otros	3	8,8

DISCUSIÓN

Las características demográficas de los resultados obtenidos son similares a las reportadas en la mayoría de los estudios. Estos resultados coinciden con lo referido por la literatura y la tendencia mundial, pues demostró que la prevalencia de EN es más frecuente después de los 30 años de edad y es de tres a seis veces más frecuente en las féminas.[6,7]

En el estudio de Jacquin-Porretaz et al.[7] se reporta que el 87,7 % de la muestra con EN se encuentran en la segunda década de la vida, a diferencia de este estudio. Se evidencia su baja proporción antes de los 20 años.

Los resultados difieren ligeramente de otro estudio que destaca la mayor frecuencia de EN en el rango etario de 25 a 30 años. Otros datos refieren que el 90 % de las edades de los pacientes con EN, se encuentra entre los 34 y 45 años.[8,9]

Los datos obtenidos se corresponden con el estudio de Chowaniecet al.,[10] que expone el mayor porcentaje de pacientes en el grupo entre 30 y 39 años (37,7 %), y una menor proporción de pacientes mayores de 60 años.

En cuanto al sexo, los resultados discrepan respecto a los de Greco et al.:[11]de 214 pacientes, 93 eran hombres y 121 mujeres. Sin embargo, en un estudio realizado por Bjorn Mortensenet al.[12] se muestra que entre pacientes positivos al VIH el 88,9 % eran hombres. Este último resultado se relaciona con la frecuencia de pacientes masculinos con VIH y con la prevalencia en este tipo de enfermos de EN.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Los autores consideran que los resultados del estudio de esta enfermedad pueden variar según algunos aspectos, como el lugar de residencia de los enfermos y la prevalencia de diferentes enfermedades causales, sobre todo las de origen infeccioso.

Desde el punto de vista clínico, en más de la mitad de los pacientes estudiados —en su mayoría con diagnóstico de EN— la causa fue desconocida y no se hallaron patologías asociadas. En otro estudio referido por Xu et al.[13] se expone hasta un 38 % de los pacientes sin causa conocida, aunque se manifiesta relación entre el EN y la leucemia mieloide.

En el 20,6 % de los pacientes estudiados la causa fue infección del tracto respiratorio superior, hallazgo que se describe en la investigación de Szczęchet al.,[14] con predominio de las infecciones causadas por estreptococo. En el estudio anterior se constata también la presencia de otros tipos de infecciones, como son la enfermedad de Hansen, enfermedad autoinmune y neoplasias. Es numerosa la cantidad de patologías infecciosas descritas con presentación de eritema nudoso en otros estudios.[3-7]La enteritis por parasitismo y asociada a infección por *Giardialamblia* se describe en varios casos, según Novoa López et al.[1]

Entre las etiologías encontradas en esta investigación, hay una menor proporción de causas secundarias a las reportadas en otros trabajos.[9] Es posible que este dato esté sesgado, porque a pesar de que se incluyeron pacientes hospitalizados, en los que el estudio etiológico probablemente fue más exhaustivo, solo se realizaron exámenes de rutina elementales a todos los pacientes y no así a los que se estudiaron y manejaron de manera ambulatoria, los que llevaron un seguimiento clínico en consultas externas.

Las limitaciones en esta investigación fueron de carácter prospectivo, ya que el paciente no pudo ser contactado nuevamente y pudo existir pérdida de información relevante, como datos de recaída, uso de drogas (lo que hubiera disminuido el porcentaje de casos idiopáticos) y duración de la enfermedad. Otra limitación es que las conclusiones obtenidas solo pueden extrapolarse al ambiente hospitalario.

Por otro lado, ninguno de los casos de EN se diagnosticaron con biopsia (lo que podría haber llevado a imprecisiones diagnósticas). No obstante, todos los pacientes fueron evaluados por dermatólogos con experiencia clínica, y con la placa eritematonodular dolorosa tan característica, es poco probable el error diagnóstico en ausencia de diagnóstico cutáneo alternativo.

Los datos expuestos coinciden con lo reportado por De Simone et al.,[15] con una mayor incidencia de casos en los meses de invierno y primavera, lo que guarda relación con la aparición de infecciones respiratorias altas y el desarrollo de la enfermedad.

Los autores sostienen la tesis planteada en otros estudios de que el tiempo de evolución del EN está determinado por ciertos factores desencadenantes externos, que pueden determinar el inicio de las lesiones, como las condiciones socioambientales en las que se desenvuelve el individuo, y procesos infecciosos o causas secundarias.[16]

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Un estudio realizado por ingleses arroja resultados discrepantes: predominan pacientes con una variedad de EN crónico y un tiempo de evolución mayor al año. Las causas principales están relacionadas con enfermedades autoinmunes.[6]

La evolución natural de la mayoría de los casos de esta patología es hacia la curación espontánea de las lesiones, sin complicaciones. Esto significa que cada lesión individual tarda en curar, sin tratamiento, unas cuatro semanas. En casos más persistentes, el período de curación puede prolongarse hasta las seis semanas.[11-14]

Si el proceso tiende a presentar un curso prolongado, se puede plantear la existencia de una causa medicamentosa —en este estudio un paciente tenía prescripción de forma continua de sulfonamidas. En el caso de un EN recidivante, suele corresponderse a casos ocasionados por infecciones recurrentes estreptocócicas,que en este estudio se presentaron dos pacientes.

El compromiso cutáneo constituyó el principal motivo de consulta inicial de todos los casos estudiados, con presencia de lesiones bilaterales en extremidades inferiores. Solo cuatro casos presentaron, además, compromiso de extremidades superiores, tronco y abdomen, que representaron el 11,7 %. Un estudio realizado por Golisch et al.[17] muestra resultados similares. Coinciden los resultados de este trabajo con la literatura revisada respecto a la tendencia mundial de que el EN tiene presentación en miembros inferiores y específicamente en la zona pretibial.[6]

No se conoce la causa de predilección de esta enfermedad para presentarse en extremidades inferiores. Se supone que diversos factores como el riego sanguíneo en miembros inferiores, efectos gravitacionales del sistema venoso y el tipo de sistema linfático en esas áreas intervienen en este mecanismo.[1]

Respecto a las localizaciones del EN, datos foráneos exponen, tanto en varones como en mujeres, a los miembros inferiores como la localización más frecuente.[17] Existen evidencias de que la incidencia de EN es 20 veces más frecuente en extremidades inferiores respecto al resto del cuerpo. En cuanto al número de lesiones, el estudio coincidió con la existencia de alrededor de 10 lesiones aproximadamente por paciente.

El EN es la manifestación cutánea más frecuente relacionada con la colitis ulcerativa, lo que se constató con un caso. Las lesiones en piel aparecen al mismo tiempo o preceden a las manifestaciones gastrointestinales.[18]

El EN puede representar un marcador cutáneo de tumores malignos, indicando el inicio o empeoramiento de la enfermedad. La dermatosis sigue un curso paralelo al cáncer.

Algunos investigadores alertan sobre la posibilidad de un cáncer oculto asociado a EN, principalmente cuando las lesiones cutáneas persisten por más de seis meses. Se ha descrito con carcinomas de riñón, páncreas, colon, recto y tumor carcinoide, pero en especial con las neoplasias de origen hematológico: linfomas y leucemias.[13]

En este estudio, dos pacientes tenían neoplasias del sistema linfoproliferativo. Además del EN presentaban púrpuras y otras lesiones inespecíficas.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Las diferencias en cuanto a la etiología del EN con otros artículos reportados se fundamentan porque esta investigación se generó en el escenario hospitalario. Como causas frecuentes se observa el uso de anticonceptivos orales y el embarazo, lo que no se presentó en los casos analizados.

Aproximadamente más de mitad de los casos fueron idiopáticos, y los casos secundarios se asociaron en su mayoría a cuadros infecciosos. Las enfermedades del colágeno fue el cuadro no infeccioso más frecuente.

El interés por el EN no solo reside en obtener una correcta aproximación diagnóstica a la lesión cutánea; por lo general los casos tiene un pronóstico excelente. El verdadero reto radica en alcanzar el diagnóstico de los posibles procesos extracutáneos y sistémicos asociados para indicar un tratamiento específico.[3]

Varios estudios intentan encontrar los factores que indican un EN secundario. Pocos lograron resultados estadísticos significativos. Bjorn Mortensen et al.[12] y Meriglier et al.[18] reportan que las variables siguientes favorecen la aparición del EN secundario: historia de infección de vía aérea superior, diarrea, presencia de sinovitis, antiestreptolisina elevada, prueba de tuberculina (Mantoux*)* positiva y radiografía de tórax alterada.

Sawadaet al.[19] revelan en otro estudio que la fiebre prolongada (>7 días), presencia de tos, odinofagia, diarrea, artritis, leucocitosis, proteína C reactiva seis veces o más por encima del valor normal, velocidad de eritrosedimentación>50 mm/h y radiografía de tórax alterada, fueron marcadores de EN secundario. En este estudio, la combinación de fiebre y de EN no recurrente fueron los parámetros más significativos del EN secundario.

No obstante, otros autores como Coleman et al.[20] y Varas et al.[2] insisten en que no hay ningún dato que indique en qué pacientes con EN es probable la existencia de una enfermedad subyacente asociada.

Considerar las variaciones geográficas es importante a la hora de determinar la causa de EN, adaptando el estudio del paciente según la prevalencia local de las distintas enfermedades. Relacionado con este aspecto existe una limitación: la mayor parte de las publicaciones provienen de Europa y son escasas en Latinoamérica.

Como la lista de posibles etiologías es extensa, es necesario definir qué estudios adicionales se deben realizar a los pacientes con EN para conseguir una aproximación diagnóstica que sea costo-eficaz.[11]

Con respecto a la terapéutica utilizada, los casos de causa secundaria recibieron tratamiento según la etiología identificada, y los de origen infeccioso fueron tratados con antibióticos, incluyendo inicio de poliquimioterapia para enfermedad de Hansen.

El manejo farmacológico consistió principalmente en analgesia con AINES (56,9 %), paracetamol (39,5 %), opiáceos (4,3 %), corticoides orales (8,8 %) y colchicina (4,3 %). Un paciente recibió pentoxifilina y otro azatioprina.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Se considera el EN una enfermedad en la que un diagnóstico causal temprano permite un tratamiento adecuado. Resulta difícil su identificación y manejo tanto en la atención primaria de salud como en la atención secundaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Novoa López AM, García Consuegra JL, Gómez Morgado M. Eritema nudoso asociado a parasitismo por *Ascarislumbricoides*. Presentación de caso. Revhabanera ciencméd [Internet]. 2016 [citado 13/05/2020];15(6):934-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600009

2. Varas P, Antúnez-Lay A, Bernucci JM, et al. Eritema nudoso: causas más prevalentes en pacientes que se hospitalizan para estudio, y recomendaciones para el diagnóstico. RevMed Chile [Internet]. 2016 [citado 23/03/2020];144(2):162-8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000200003

3. Martínez-García G, González-Blanco DM, Alemán-Suárez I, et al. Eritema nudoso como forma de presentación del lupus eritematoso sistémico. A propósito de un caso. RevMéd Electrón [Internet]. 2016 [citado 13/01/ 2020];38(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400007

4. Leung AKC, Leong KF, Lam JM. Erythema nodosum.World J Pediatr.2018;14(6):548-54. Citado en PubMed; PMID: 30269303.

5. Molina Ruiz AM, Requena L. Erythemanodosum. MedClin (Barc) [Internet]. 2016 [citado 21/05/2020];147(2):81-6. Disponible en:https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775316300707?via%3Dihub

6. Bruce Hickman D, My Yong A, Ac Wee D, et al. Erythema nodosumleprosum. British Journal Hosp Med (Lond) [Internet]. 2018 [citado 01/04/2020];79(1):54. Disponible en: https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/hmed.2018.79.1.54

7. Jacquin-Porretaz C, Devalland C, Delapparent T, et al. Idiopathic granulomatous mastitis associated with erythema nodosum. Case reports. Ann DermatolVenereol [Internet]. 2019 [citado 11/05/2020];146(8-9):571-6. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0151963819301644?via%3Dihub

8. Min MS, Fischer R, Fournier JB. Unilateral Erythema Nodosum following Norethindrone Acetate, EthinylEstradiol, and Ferrous Fumarate Combination Therapy. Case Rep Obstet Gynecol. 2016;5726416. Citado en PubMed; PMID: 27110414.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

9. Ozbagcivan O, Akarsu S, Avci C, et al. Examination of the Microbial Spectrum in the Etiology of Erythema Nodosum: A Retrospective Descriptive Study. J Immunol Res. 2017;8139591. Citado en PubMed; PMID: 28634591.

10. Chowaniec M, Starba A, Wiland P. Erythema nodosum - review of the literature. Rheumatologic. 2016;54(2):79-82. Citado en PubMed; PMID: 27407284.

11. Greco F, Catania R, Le Pira A, et al. Erythema nodosum and Mycoplasma pneumoniae infections in childhood: further observations in two patients and a literature review. J Clin Med Res. 2015;7(4):274-7. Citado en PubMed; PMID: 25699127.

12. Bjorn-Mortensen K, Ladefoged K, Simonsen J, et al. Erythema nodosum and the risk of tuberculosis in a high incidence setting. Int J Circumpolar Health. 2016;75:10. Citado en PubMed; PMID: 27784508.

13. Xu X, Liang G, Duan M, et al. Acute myeloid leukemia presenting as erythema nodosum: a case report. Medicine (Baltimore). 2017;96(47):e8666. Citado en PubMed; PMID: 29381943.

14. Szczęch J, Matławska M, Rutka M, et al. Clinical presentation of erythema nodosum. Post N Med. 2018;(1):25-8. DOI: 10.25121/PNM.2018.31.1A.25.

15. De Simone C, Caldarola G, Scaldaferri F, et al. Clinical, histopathological, and immunological evaluation of a series of patients with erythema nodosum. Int J Dermatol. 2016;55(5):e289-94. Citado en PubMed; PMID: 26917228.

16. Sehrawat M, Dixit N, Sardana K, et al. Exploring the combination of SSKI and topical heparin in a case of erythema nodosummigrans. DermatolTher. 2018 Jul;31(4):e12610. Citado en PubMed; PMID: 29644775.

17. Golisch KB, Gottesman SP, Segal RJ. Compression stockings as an effective treatment for erythema nodosum: case series. Int J WomensDermatol. 2017 Sep 29;3(4):231-3. Citado en PubMed; PMID: 29234719.

18. Meriglier E, Asquier L, Roblot F, et al. A case of Q fever with erythema nodosum.Infection. 2018 Feb;46(1):127-9. Citado en PubMed; PMID: 28819912.

19. Sawada T, Suehiro M, Takaya K. Lower-leg cellulitis-like manifestations of erythema nodosum induced by Chlamydophilapneumoniae infection. Indian J Dermatol. 2016 Mar-Apr;61(2):237. Citado en Pubmed; PMID: 27057055.

20. Coleman EL, Cowper SE, Stein SM, et al. Erythema Nodosum-like Eruption in the Setting of Sorafenib Therapy.JAMA Dermatol. 2018;154(3):369-70. Citado en Pubmed; PMID: 29453869.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.

Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Julio César Camero-Machín: conceptualización, *software*, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, redacción–borrador original, y redacción-revisión y edición.

KiuvysAnuy-Echevarría: curación de datos, análisis formal, investigación y redacción-borrador original.

Juan Carlos Curbelo-Fajardo: curación de datos, metodología, supervisión, validación, redacción–borrador original, y redacción-revisión y edición.

MahelisIvonne Hernández-Concepción: administración del proyecto y supervisión.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Camero-Machín JC, Anuy-Echevarría K, Curbelo-Fajardo JC, Hernández-Concepción MI. Comportamiento clínico-epidemiológico del eritema nudoso en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio.RevMéd Electrón [Internet]. 2021 Nov.-Dic. [citado: fecha de acceso];43(6). Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4043/5293

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu