

Eritema indurado de Bazin: ¿una forma de tuberculosis?

M.S. Molina Bermejo, C. Ciria de Pablo y A.M. Tirado Errazquin

Médicos de Familia del Área 2. Madrid.

La existencia de nódulos cutáneos obliga a realizar un diagnóstico diferencial entre distintas entidades clínicas. La localización y los factores predisponentes del paciente ayudan a realizar dicho diagnóstico. A continuación se presenta el caso clínico de una mujer con una lesión nodular en miembro inferior con el diagnóstico anatomopatológico de paniculitis lobulillar necrotizante. La existencia de un Mantoux positivo y la mejoría clínica de la lesión al tratamiento antituberculoso hace que valoremos el papel etiopatogénico del *M. tuberculosis* en dicha patología.

Palabras clave: nódulo cutáneo, paniculitis, *M. tuberculosis*.

The existence of cutaneous nodules makes it necessary to perform a differential diagnosis between different clinical entities. The location and predisposing factors of the patient help to perform such diagnosis. In the following, the clinical case is presented of a woman with a nodular lesion in the lower limb with the pathology diagnosis of necrotizing lobular panniculitis. The existence of a positive Mantoux and clinical improvement of the lesion with antituberculous treatment leads us to assess the etiopathogenic role of *M. tuberculosis* in this disease.

Key words: cutaneous nodule, panniculitis, *M. tuberculosis*.

INTRODUCCIÓN

La aparición de lesiones cutáneas nodulares permite al médico de familia realizar diferentes diagnósticos de presunción (tabla 1). A continuación, se presenta el caso de una mujer con el diagnóstico de eritema indurado de Bazin, entidad clínica con un mecanismo etiopatológico aún desconocido (probablemente multifactorial) en la cual el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* parece tener un papel relevante.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Motivo de consulta

Mujer de 57 años que consulta por la aparición de un nódulo cutáneo violáceo en cara anterior de rodilla izquierda.

Antecedentes personales

Fumadora de 10-15 cigarrillos/día, sin otros hábitos tóxicos. Hepatitis C, en seguimiento por el Servicio de Digestivo del hospital de referencia, pendiente de valorar inicio de tratamiento. Transaminasas controladas en los límites

de normalidad desde hace un año y medio. Gonartrosis con sinovitis crónica en rodilla derecha. Colecistomizada por cólicos biliares de repetición de etiología litiásica. Lesión nodular en rodilla izquierda hace un año, de características clínicas semejantes a las actuales con resultado en el estudio anatomopatológico: no concluyente.

Anamnesis

Acude a consulta por aparición de una lesión nodular de color violáceo en la zona rotuliana izquierda de varias semanas de evolución, no dolorosa. No asocia otros datos clínicos de interés (no presenta fiebre, no síndrome constitucional, no dificultad para la movilidad articular)

Exploración física

Buen estado general; hidratación de piel y mucosas: normal. Auscultación cardiopulmonar: normal. Presión arterial (PA): 120/70 mmHg. Lesión nodular única en rodilla izquierda de coloración violácea, no dolorosa, de consistencia semidura, no desplazable, no supuración local. Resto de superficie cutánea corporal: sin hallazgos.

Exploraciones complementarias

– Analítica: *hemograma*: hematies: 4,75 mill/mm³; hemoglobina: 13,7 g/dl; VCM: 84 μm³; hematocrito: 40%; plaquetas: 217 miles/mm³; leucocitos: 4,73 miles/mm³ (eosinófilos: 14%; resto: normal).

Correspondencia: M.S. Molina Bermejo.
C/ Cid, 13, 3.º A.
28220 Madrid.

Correo electrónico: salulibarrí@yahoo.es

Recibido el 10-12-03; aceptado para su publicación el 3-5-04.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas nodulares (paniculitis)

Paniculitis reactivas
Eritema nudoso
Vasculitis nodular/eritema indurado de Bazin
Enfermedades metabólicas
Paniculitis pancreática
Paniculitis postesteroidea
Paniculitis por déficit de α -1-antitripsina
Traumatismos/cuerpos extraños
Paniculitis traumática
Paniculitis facticia
Enfermedades autoinmunes
Paniculitis lúpica
Periarteritis nodosa cutánea
Paniculitis en la esclerodermia
Paniculitis en la dermatomiositis
Paniculitis en la artritis reumatoide
Infecciones
Infecciones bacterianas (estreptococo β -hemolítico, pseudomonas)
Micosis (<i>Candida</i>)
Víricas (virus de Epstein-Barr, citomegalovirus)
Neoplasias (paniculitis histiocítica citofágica)
Paniculitis paraneoplásica (tromboflebitis migratoria superficial)

– **Bioquímica:** colesterol: 170 mg/dl; triglicéridos: 44 mg/dl; urea: 56 mg/dl; creatinina: 0,82 mg/dl; hierro: 105 μ g/dl; ferritina: 184 ng/ml; transferrina: 260 mg/dl; GGT: 31 U/l; GOT: 46 U/l; GPT: 95 U/l; fosfatasa alcalina: 56 U/l; bilirrubina total: 0,46 mg/dl.

– Radiografía de tórax: elongación aórtica; resto, sin hallazgos.

– Mantoux: positivo con 18 mm.

– Anatomía patológica: paniculitis lobulillar necrotizante y granulomatosa o *eritema indurado de Bazin*.

Tratamiento y evolución

Después de valorar las pruebas complementarias se decide comenzar tratamiento antituberculoso (isoniacida/piridoxina 150 mg/día). Remisión de la lesión tras un mes de tratamiento; no obstante, se realiza tratamiento hasta completar 6 meses del mismo, controlando periódicamente las cifras de transaminasas (que no se alteraron durante todo el proceso).

DISCUSIÓN

El eritema indurado de Bazin es para algunos autores¹, una “tuberculosis nodular hipodérmica”. Con las técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) se ha conseguido identificar el ADN del *M. tuberculosis* en las lesiones², pero nunca se ha cultivado en las mismas³.

Afecta a mujeres en la edad media y son factores predisponentes la insuficiencia venosa, el frío y la humedad.

Los nódulos se localizan preferentemente en la zona posterior de las piernas y suelen ser múltiples, dolorosos a la presión y evolucionan de modo crónico y recidivante. Si la lesión es individual puede curar en varias semanas⁴.

El diagnóstico diferencial principal sería con el eritema nudoso⁵ y la anatomía patológica es fundamental para diferenciar dichas entidades clínicas (siendo el eritema nudoso una paniculitis septal).

En este caso no constaba ningún contacto conocido o sospechoso con personas enfermas de tuberculosis (se descartó con una radiografía de tórax normal la enfermedad tuberculosa, aunque es el estudio microbiológico el que proporciona el diagnóstico de certeza) y tampoco se tiene constancia de ningún factor predisponente para la aparición de estos nódulos cutáneos (no existen datos clínicos de insuficiencia venosa). La localización de la lesión (en cara anterior de la pierna) orientaría como primer diagnóstico a un eritema nudoso.

El tratamiento del eritema indurado de Bazin, consiste en medidas de reposo, evitar el frío, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), yoduro potásico y, en algunos casos, fármacos tuberculostáticos¹.

El hecho de que respondiera rápida y satisfactoriamente a la isoniácida lleva a pensar en el *M. tuberculosis* como posible agente etiológico de la lesión.

Esta paciente presenta una hepatopatía crónica estable, y ha permitido la utilización de tuberculostáticos sin que por ello haya existido una descompensación de los parámetros analíticos hepáticos. Otra posibilidad terapéutica hubiera sido utilizar yoduro potásico o AINE ante la posibilidad de desencadenar hepatotoxicidad con la isoniácida (¿hubiera evolucionado del mismo modo la lesión?). No obstante, al presentar un Mantoux positivo y establecer el diagnóstico de infección tuberculosa⁶, la opción terapéutica con isoniácida parece la más acertada para tratar la lesión cutánea (ya que la quimioprofilaxis primaria con isoniácida no estaría claramente indicada en esta paciente, debido a su edad y a su hepatopatía crónica).

Por último, el resurgimiento de la tuberculosis que se está experimentando en las últimas décadas hace pensar si deberíamos tener presente, ante lesiones cutáneas de este tipo, esta entidad clínica como diagnóstico inicial.

BIBLIOGRAFÍA

- Santacruz Torres A, Hernández Patiño AM, Martínez Martínez VE, Romo Peláez EY, Salas García M, Villalobos L. Eritema indurado de Bazin. Presentación de 4 casos. Rev Mex Ang. 2000;28:76-80.
- Margall N, Baselga E, Coll P, Barnadas M, Sánchez F de Moragas JM, et al. Utilidad de la reacción en cadena de la polimerasa para el diagnóstico del eritema indurado de Bazin. Med Clin. 1996;19:730-4.
- Roustan Gullón G. Paniculitis. Medicine. 2001;1:1723-30.
- Iglesias Díez L, Ortiz Romero PL, Guerra Tapia A. Paniculitis. En: Luzán 5. Tratado de Dermatología. S.A. Ediciones, 1994: p. 639-44.
- Pejenaute Labari E, Moreno Cano P. Eritema indurado de Bazin. FMC. 2001; 8: 722.
- Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. Grupo de trabajo del área TIR de SEPAR. Arch Bronconeumol. 2002;38:441-51.