

Eritema nodoso y alteraciones neurológicas

Serafín López-Palmero^a, José Miguel Lain-Guelbenzu^a, Rosa Algarra-García^b y Carlos San-Román-Terán^a

Servicios de ^aMedicina Interna y ^bAnatomía Patológica del Hospital Comarcal de Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga. España.

Caso clínico

Varón de 72 años, español, con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad ulcerosa gastroduodenal, consulta por aparición de lesiones cutáneas dolorosas, eritematosas, localizadas en la región supraclavicular izquierda y en la cara posterior de ambas pantorrillas, de unos 3 meses de evolución, con carácter fluctuante.

Así mismo, refería, en los últimos 3-4 años, de forma insidiosa hormigueo y sensación de quemazón en la región plantar bilateral y en ambos antebrazos, junto con pérdida de sensibilidad en región lumbar-glútea.

En la exploración física destacaba la presencia de una lesión nodular de unos 3-4 cm de diámetro, eritematosa, dolorosa a la palpación, en región gemelar izquierda; di-sesestias en la región plantar y antebraquial bilateral, así como hipostesia en región lumbar-glútea y en ambos miembros inferiores.

En las pruebas complementarias destacaba la elevación de reactantes de fase aguda (VSG: 55 mm 1.^a h y proteína C reactiva: 96 mg/dl).

Evolución y diagnóstico

Ante la sospecha clínica y epidemiológica (el padre y hermano del paciente fueron diagnosticados de enfermedad de Hansen) se realizó toma de exudado nasal que evidenciaba BAAR (bacilos ácido-alcohol resistentes) y, así mismo, biopsia de nervio periférico (nervio sural) y eritema nodoso, objetivando BAAR tanto en hipodermis como en el espacio perineural, sin evidencia de granulomas (figs. 1 y 2).

Por otra parte, se evaluó una PAAF (punción-aspiración con aguja fina) realizada un mes antes, de una lesión nodular, en región supraclavicular, que objetivaba una "linfadenitis granulomatosa".

Tras la confirmación histológica/microbiológica de lepra se instauró un régimen antibiótico específico (rifampicina 600 mg/día + dapsona 100 mg/día + clofazimina 50 mg/día). A los 6 meses de seguimiento se mostraba remisión de las lesiones cutáneas y notable mejoría del déficit neurológico.

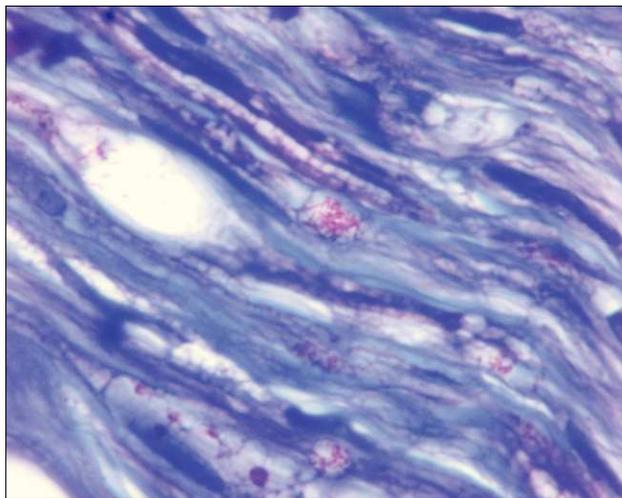


Figura 1. Biopsia de nervio sural: infiltrado linfohistiocitario con bacilos ácido-alcohol resistentes, sin evidencia de granulomas.

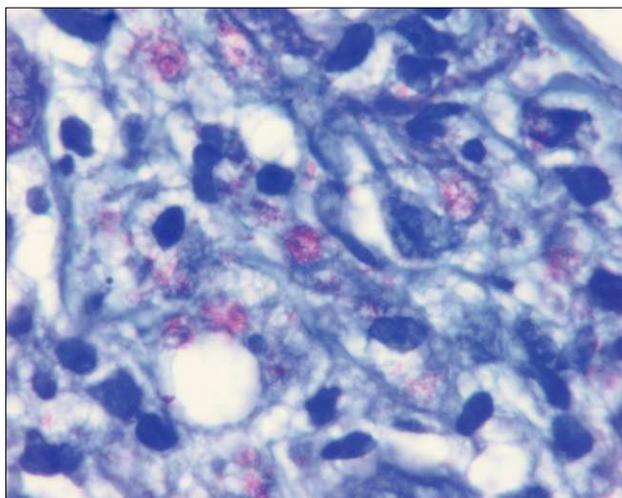


Figura 2. Biopsia cutánea: infiltrado linfohistiocitario con bacilos ácido-alcohol resistentes, rodeando vasos, apéndices dérmicos y nervios en la hipodermis.

Comentario

La lepra, también conocida como enfermedad de Hansen, es una enfermedad infecciosa granulomatosa crónica¹, causada por *Mycobacterium leprae*², que produce alteraciones cutáneas y del nervio periférico³, fundamentalmente.

En el año 2002, el número de casos registrados, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), era de 597.000,

Correspondencia: Dr. S. López-Palmero.
Avda. Jabega, 9, 2.º B. Urb. Don Miguel.
La Cala del Moral. 29720 Málaga. España.
Correo electrónico: serafinejido@hotmail.com

Manuscrito recibido el 20-5-2005; aceptado el 29-12-2005.

la mayoría de los cuales se concentraban en países asiáticos⁴.

En España, la prevalencia es inferior a un caso por 10.000 habitantes, y predominan los casos importados⁵.

La respuesta inmune del huésped frente a *Mycobacterium leprae* condiciona un amplio rango de manifestaciones clínicas (desde la forma tuberculoide hasta la lepromatosa).

La presencia, en este paciente, de nódulos cutáneos, linfadenitis y escasa presencia de granulomas orienta hacia el diagnóstico de la forma "lepromatosa borderline".

El eritema nodoso⁶ se caracteriza por nódulos subcutáneos eritemato-violáceos, dolorosos, de localización usualmente pretibial. Se desconoce su patogenia aunque podría tratarse de una reacción de hipersensibilidad retardada frente a diversos antígenos. Su diagnóstico es básicamente clínico, y se reserva la biopsia para los casos atípicos (localización inusual, persistencia superior a 6-8 semanas, ulceración, etc.).

Se han descrito numerosas condiciones asociadas a eritema nodoso, tales como fármacos, infecciones estreptocócicas, tuberculosis, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Behçet y embarazo.

Debe plantearse un diagnóstico diferencial, incluyendo otras formas de paniculitis⁷, especialmente con vasculitis nodular (también denominada eritema indurado), enfermedad de Weber-Christian (paniculitis nodular febril recurrente), infecciones subcutáneas (estafilococos, *Sporothrix schenckii*, *Nocardia brasiliensis*, *Mycobacterium marinum*, *Leishmania braziliensis*, *Francisella tularensis*), tromboflebitis superficial, granuloma anular subcutáneo y vasculitis cutánea.

El diagnóstico de la lepra es eminentemente clínico. Así, uno o más de los siguientes criterios (máculas/placas hipopigmentadas⁸, con pérdida de sensibilidad; engrosamiento de nervios periféricos y presencia de BAAR en material de biopsia) aportan una sensibilidad del 76-97% y un valor predictivo positivo del 91-98%¹.

El diagnóstico histológico, cuando se dispone, constituye el criterio de referencia.

El tratamiento ha de basarse en la poliquimioterapia, y la rifampicina, dapsona y clofazimina son los fármacos de primera línea.

La duración del tratamiento recomendada por la OMS es de 2 años. Se han empleado otros regímenes (6 y 12 meses), aunque no se dispone de ensayos clínicos controlados.

Bibliografía

1. Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. Lancet. 2004;363:1209-19.
2. Casal M. Cómo denominar a las micobacterias diferentes a *Mycobacterium tuberculosis* y a *M. leprae*. Enferm Infecc y Microbiol Clin. 2003;21:296-8.
3. Croft RP, Nicholls PG, Steyerberg EW, Richardus JH, Cairns W, Smith S. A clinical prediction rule for nerve-function impairment in leprosy patients. Lancet. 2000;355:1603-6.
4. WHO. Leprosy global situation. Wkly Epidemiol Rev. 2002;77:1-8.
5. Florez A, Feal C, García-Doval I, Abalde MT. Enfermedad de Hansen: a propósito de dos casos de lepra lepromatosa en Pontevedra. Med Clin (Barc). 2002;118:718-9.
6. García-Porrúa C. Erythema nodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. Arthritis Rheumatism. 2000;43:584-92.
7. Requena L. Panniculitis. Part I. Mostly septal panniculitis. J Am Acad Dermatol. 2001;45(2):163-83.
8. Almeida P. Lesiones cutáneas hipopigmentadas en un inmigrante de raza negra. Rev Clin Esp. 2004;204:29-31.