

cartas al director

Eritema nudoso

Sr. Director: El eritema nudoso (EN) es una reacción inflamatoria-inmunológica de los pequeños vasos del pánículo adiposo de la dermis, en la que intervienen 2 tipos de reacciones alérgicas, una tipo III (antígeno-anticuerpo) y otra tipo IV o retardada.

Se trata de una entidad inespecífica de etiología muy variada (tabla 1). La frecuencia varía mucho de unos puntos geográficos a otros e, incluso, en una misma zona a lo largo de los años.

Tiene mayor incidencia en mujeres de 20-50 años. Se caracteriza por la presentación brusca de nódulos sensibles, calientes, de color rojo brillante, que evolucionan como las contusiones en 3-6 semanas, no forman placas ni se ulceran ni supuran y curan sin secuelas. Se localizan fundamentalmente en zona tibial, aunque también los podemos encontrar en brazos, rodillas y raramente en cara y cuello. Suele acompañarse de fiebre y mal estado general.

Existe una variante clínico-morfológica del EN típico descrita por Bafverstedt en 1954, denominado EN migratorio, caracterizado por un curso más crónico (1-6 meses) con mayor tendencia a la recidiva, siendo las lesiones menos dolorosas, de desarrollo más lento y en forma migratoria. Estas lesiones suelen ser asimétricas e incluso pueden afectar a una sola pierna. Desde el punto de vista histológico, es idéntico al EN típico.

Se trata de una mujer de 60 años, con antecedentes personales de adenoidectomía en la infancia, histerectomía simple por miomatosis, gonartrosis y alergia a dermatofagoides.

Acude a consulta por cuadro de dolor abdominal tipo cólico con aumento del número de deposiciones de consistencia blanda y de más de una semana de evolución, junto con fiebre de 38,5 °C y afectación del estado general.

Ante la sospecha clínica de gastroenteritis infecciosa, se solicita estudio microbiológico de heces, siendo éste positivo para *Campylobacter* y se instaura tratamiento de reposición hidroelectrolítica y antibioticoterapia sensible al germen. A los pocos días acude de nuevo por presentar en miembro inferior izquierdo una lesión nodular eritemato-

sa muy dolorosa, de presentación brusca y migratoria a antebrazo izquierdo. Dados los antecedentes de infección por *Campylobacter* y las características de dichas lesiones, se inicia tratamiento con yoduro potásico, a dosis de 400 mg/día, mejorando rápidamente y se establece el diagnóstico de posible EN *migrans* asociado a gastroenteritis aguda por *Campylobacter*.

La conducta a seguir en estos casos es:

– Anamnesis: tratamientos médicos recientes, infecciones (gastroenteritis, faringoamigdalitis), cambios en el ritmo intestinal (Crohn, colitis ulcerosa).

– Exploración: auscultación cardiopulmonar, palpación, percusión y auscultación abdominal.

– Pruebas complementarias: hemograma, VSG, ASLO (si hay antecedente de faringoamigdalitis), radiografía de tórax, prueba de la tuberculina, serología para *Yersinia* y *Campylobacter*, coprocultivo si existe antecedente de gastroenteritis aguda.

El tratamiento es causal (si hay etiología clara) y sintomático.

Reposo en decúbito y vendaje compresivo (en miembro inferior), ácido acetilsalicílico, indometacina, naproxeno. Corticoides en casos rebeldes en los que se ha descartado causa infecciosa.

El yoduro potásico se puede considerar tratamiento diagnóstico a dosis de 400-900 mg/día, dada la buena respuesta de las lesiones a este fármaco, aunque no se conoce el mecanismo de acción. Es diagnóstico en EN *migrans*, aunque el EN clásico también responde, pero menos espectacularmente.

MARTA GASCÓN LÓPEZ^a y JOSÉ ANDRÉS MAISONAVE GONZÁLEZ^b
^aMédico residente de tercer año MFyC. ^bTutor de MFyC.
 Centro de Salud Valdezarza-Sur. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Arndt KA. Ed. Panamericana.
 Fitzpatrick, Johnson, Polano, Suurmond, Wolff. Atlas de dermatología clínica (2.ª ed.). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 478-479.
 Harrison. Principios de medicina interna (13.ª ed.). Vol. I. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1334, 357-358, 1932.
 Iglesias Díez L. Paniculitis. *Medicine* ; 3790.

Reacciones adversas de la carbamacepina. A propósito de un caso

Sr. Director: La carbamacepina es un medicamento antiepiléptico cuyo uso se inició en el año 1960 para el tratamiento específico de la neuralgia del trigémino¹. Posteriormente, en el año 1975, se introdujo en el tratamiento

Tabla 1. Etiología del eritema nudoso

Fármacos: anticonceptivos orales, sulfamidas
Infecciones
<i>Streptococcus</i> , <i>Yersinia</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Mycoplasma</i>
Micosis profundas
Tuberculosis
Virus y clamidias (linfogranuloma venéreo, hepatitis B)
Asociado a enfermedades como sarcoidosis (síndrome de Lofgren –adenopatías hiliares y eritema nudoso–), enfermedad de Beçhet, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, leucemias
Idiopático: lo más frecuente