

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Nódulos eritematosos ulcerados en las piernas

Ulcerated erythematous nodules on legs

Victoria C. Mardon¹, Gabriela V. Chavez², Carla Trila³ y Alejandra Abeldaño⁴

¹ Médica Concurrente de Dermatología

² Médica Dermatóloga

³ Médica Anatomopatóloga

⁴ Jefa de la Unidad de Dermatología

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Victoria C. Mardon

E-mail: mardonvictoria@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 6/9/2018

Fecha de trabajo aceptado: 6/12/2018

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (4): 208-210

CASO CLÍNICO

Una mujer de 31 años, sin antecedentes personales de relevancia, consultó por la presencia de lesiones en las piernas, de 8 años de evolución, pruriginosas, dolorosas y recidivantes, que aparecieron después del primer embarazo y empeoraron con los dos embarazos posteriores. Realizó tratamiento con corticosteroides por vías oral, tópica e intralesional, con leve mejoría (último tratamiento hacía un año). En el examen físico presentaba nódulos eritematosos aislados en la cara posterior de las piernas y una placa eritematoviolácea infiltrada con ulceración central, cubierta por una costra serohemática, de 8 cm de diámetro, en la cara posterior de la pierna izquierda (Foto 1).

Se observaban múltiples máculas redondeadas hiperpigmentadas, de aspecto residual, en los miembros inferiores. El estudio histopatológico por *losange* informó: paniculitis septal con compromiso lobulillar paraseptal, sin

vasculitis; ausencia de microorganismos con técnicas de PAS y Ziehl-Neelsen (Fotos 2 y 3). Reacción de Mantoux (PPD 2UT): 40 mm (hiperérgica). Tomografía computarizada de tórax: áreas de aspecto atelectásico en el segmento apical de LSI más retracción del parénquima y bronquiectasias. Área de aspecto consolidativo adyacente a la pleura visceral parcialmente calcificada (proceso infeccioso *vs.* secular). Algunas opacidades nodulillares, centrolobulillares, en el segmento apical de LSI y el segmento apical de LII. Imágenes nodulares parcialmente calcificadas, la de mayor diámetro de 5 mm, en el segmento apical de LII.

La paciente fue derivada al Servicio de Neumología e inició tratamiento con cuatro fármacos: isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 2 meses. Actualmente, se encuentra en tratamiento con isoniácida y rifampicina, con resolución de las lesiones y sin recurrencia (Foto 4).



FOTO 1: Placa eritematoviolácea ovalada infiltrada con una úlcera central de 8 cm en la cara posterolateral de la pierna izquierda.

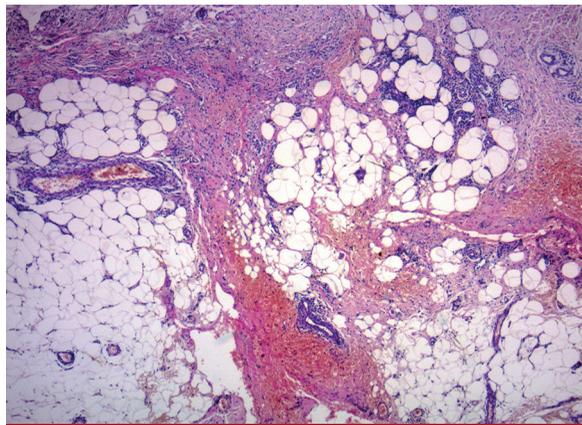


FOTO 2: Paniculitis septal con compromiso lobulillar paraseptal. Ausencia de vasculitis (HyE, 4X).

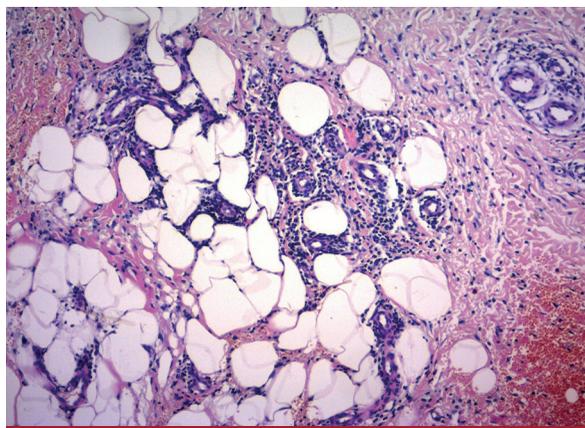


FOTO 3: Infiltrado inflamatorio mixto (HyE, 40X).

DIAGNÓSTICO

Eritema indurado de Bazin (EIB).

COMENTARIOS

A mediados del siglo XIX, Ernest Bazin utilizó por primera vez el término eritema indurado para describir una erupción nodular en la cara posterior de las piernas en mujeres de mediana edad, que suponía de origen tuberculoso (TBC) por la frecuente coexistencia con la tuberculosis pulmonar. Más tarde, se observó que no todos los casos estaban asociados con esta infección y se reconocieron tres formas. La asociada con TBC, llamada EIB; la relacionada con otras enfermedades o fármacos, y la forma idiopática, estas dos últimas denominadas vasculitis nodulares¹⁻⁹.

El EIB se considera una tuberculide causada por una reacción de hipersensibilidad retardada, mediada por células T, a la diseminación hematogena de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) o fragmentos de este microorganismo, asociada con hiperreactividad a la tuberculina y buena respuesta al tratamiento antifímico^{3,5,8,10}.

Es más frecuente en las mujeres de entre 30 y 40 años, obesas y que tienen algún grado de insuficiencia venosa; los hombres representan el 5-10% del total de los casos^{1,5,7-10}. Se observa más a menudo en las poblaciones con alta prevalencia de tuberculosis y en los meses fríos^{1,9}.

Clínicamente, se caracteriza por presentar nódulos o placas induradas, eritematovioláceas, de contornos mal definidos, dolorosas, bilaterales, en la cara posterior de las piernas. Algunos elementos se reblandecen y se forman úlceras irregulares superficiales, de bordes azulados, que al curar suelen dejar áreas atróficas e hiperpigmentadas^{2,3-5,7-10}. De modo excepcional, las lesiones pueden ubicarse en los muslos, glúteos, brazos y mamas^{5,7}. Su evolución es crónica, con resolución lenta y recidivante a lo largo de años^{1,5,8-10}. Los pacien-



FOTO 4: Resolución de las lesiones con la terapia antituberculosa. Paciente en el quinto mes de tratamiento.

tes suelen presentar buen estado general y ausencia de síntomas sistémicos acompañantes (fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso)^{1,8}.

En el estudio histopatológico se observa principalmente paniculitis lobulillar con vasculitis de los vasos de mediano y pequeño calibre, granulomas tuberculoideos con células epitelioides y gigantes, con necrosis de caseificación o sin ella^{1,4,5,7,9,10}.

Si bien la vasculitis está presente en la mayoría de los casos de EIB, en algunas ocasiones no se la pudo demostrar; incluso, hay controversia sobre el tamaño, la naturaleza y la ubicación de los vasos afectados^{1,4,8}. En una revisión de 101 biopsias en 86 pacientes, Segura *et ál.* encontraron que en 10 biopsias (9,9%) no se visualizaba vasculitis¹. Por lo tanto, la vasculitis no debe considerarse un criterio *sine qua non* para el diagnóstico histopatológico cuando todas las demás características clinicopatológicas son compatibles con el diagnóstico^{1,4,8} y el término 'eritema indurado de Bazin' es más preciso que 'vasculitis nodular' para nombrar este proceso¹.

La tinción de Ziehl-Neelsen no muestra la presencia de la micobacteria. Mediante técnicas de amplificación por PCR se ha detectado, con alta frecuencia (25-77%), DNA de MTB en las biopsias de las lesiones cutáneas^{8,10}.

El diagnóstico definitivo se establece con las características clínicas e histopatológicas compatibles, la con-

firmación de la asociación con MTB por la prueba de Mantoux fuertemente positiva, la detección por PCR o la buena respuesta a la terapia antituberculosa^{3,5,8,9}.

Deben realizarse exploraciones complementarias para descartar una infección tuberculosa a distancia (historia de contactos, radiografía de tórax, baciloscopia y cultivo de esputo y orina en medio de Löwenstein)^{2,4,8}.

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen eritema nudoso (el principal), lipogranulomatosis subcutánea de Rothmann-Makai, poliarteritis nudosa, paniculitis subaguda nodular migratoria, vasculitis nodular y tromboflebitis idiopática recurrente^{8,10}.

El tratamiento del EIB debe realizarse con tuberculostáticos mediante tres o cuatro fármacos de primera

línea y, si bien no hay estudios controlados que comparen los diferentes esquemas, se sugiere que estos no duren menos de 9 meses. La curación es más rápida y la frecuencia de recaídas es menor que cuando se utiliza monoterapia con isoniacida. La evolución suele ser favorable con este régimen terapéutico^{2,6-10}. En los casos no asociados con TBC se han utilizado, con resultados variables, corticosteroides, antiinflamatorios no esteroides, tetraciclinas, dapsona y, con mejores resultados que con los anteriores, yoduro de potasio^{4,10}.

AGRADECIMIENTO

A Gabriel Casas por su contribución con el diagnóstico histopatológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Segura S, Pujol RM, Trindade F, Requena L. Vasculitis in erythema induratum of Bazin: A histopathologic study of 101 biopsy specimens from 86 patients. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:839-851.
- Suárez Castañón C, Pérez Méndez C, Álvarez Cuesta CC, Corrales Canel B, et al. Eritema indurado de Bazin asociado a infección por *Mycobacterium tuberculosis*. *Arch Argent Pediatr* 2012;110:43-46.
- Rojas-Lechuga MJ, Antúnez-Lay A, Cataldo K, Abarzúa A. Eritema indurado de Bazin diseminado. *Piel (Barc)* 2018;33:266-268.
- Zaputt Cabrera S, Merchán Manzano M, Tapia Y. Eritema indurado de Bazin. *Rev Med HJC* 2011;3:76-79.
- Campos M, Urdaneta E. Eritema indurado de Bazin. Estudio clínico y paraclínico de 20 casos. *Acta Med Colomb* 1977;2:27-34.
- Rademaker M, Lowe DG. Erythema induratum (Bazin's disease). *J Am Acad Dermatol* 1989;21:740-745.
- Gilchrist H, Patterson JW. Erythema nodosum and erythema induratum (nodular vasculitis): diagnosis and management. *Dermatologic Ther* 2010;23:320-327.
- Mascaró JM, Baselga E. Erythema induratum of Bazin. *Dermatol Clin* 2008;26:439-445.
- Demarchi M, Hernández MI, Poggio N, Abeldañó A, et al. Eritema indurado de Bazin. A propósito de un caso. *Arch Argent Dermatol* 2004;54:11-15.
- Thomas Gavelán E, Sánchez-Saldaña L, Sáenz-Anduaga E, Zegarra del Carpio R. Eritema indurado de Bazin. *Dermatol Perú* 2006;16:160-163.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Caso clínico: LESIONES HIPERPIGMENTADAS PALMOPLANTARES/ Respuestas

★
Respuestas correctas: 1) d; 2) d; 3) b; 4) d

HIPERPIGMENTACIÓN POR CAPECITABINA

La capecitabina es un carbamato de fluoropiridina no citotóxica que actúa como precursor del 5-fluorouracilo. Se utiliza en el tratamiento de los tumores sólidos en estadios avanzados (colon y mama).

Se reconocen distintos efectos adversos, en especial, los cutaneomucosos.

También puede afectar el pelo y las uñas y producir onicólisis, fragilidad y decoloración.

Se destaca la hiperpigmentación palmoplantar, de mucosas y

lentigos, la cual retrograda una vez suspendido el fármaco. Es importante diferenciar esta afección de la eritrodiseftesia palmo-plantar o del síndrome de manos, pies y boca, ya que este último compromete más la calidad de vida del paciente, con presencia de vesículas, descamación, xerosis, ardor y, en los casos más graves, úlceras en los puntos de presión, lo que lleva muchas veces a la suspensión del tratamiento. El síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica se han notificado rara vez con el uso de este fármaco.

BIBLIOGRAFÍA

- Childress J, Lokich J. Cutaneous hand and foot toxicity associated with cancer. *Am J Clin Oncol* 2003;26:435-436.
- Caprez J, Rahim U, Ansari A, Lodhi MU, et al. Hyperpigmentation with Capecitabine: Part of hand-foot syndrome or a separate entity? *Cureus* 2018;10: e2397.
- Verma P. Capecitabine-induced acral and mucosal hyperpigmentation. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2017;83:583.