

ERITEMA INDURADO DE BAZIN

Erythema induratum of bazin

Elizabeth Thomas Gavelán¹, Leonardo Sánchez-Saldaña², Eliana Sáenz-Anduaga³, Robert Zegarra-del-Carpio¹

RESUMEN

El eritema indurado de Bazin, es una enfermedad nodular crónica, recurrente asociada a una hipersensibilidad al bacilo tuberculoso, que típicamente se localiza en la cara posterior de las piernas de mujeres de edad media, y cuyo patrón histopatológico es una paniculitis lobular con vasculitis y presencia de granuloma tuberculoso. Presentamos el caso de una paciente de 18 años que acudió a la consulta por presentar placas eritematovioláceas en la cara interna y posterior de las piernas, de un mes de evolución. Se hace una breve revisión de esta entidad y se recalca la importancia del diagnóstico diferencial con patologías que se presentan como nódulos o placas inflamatorias en las piernas.

Palabras clave: Eritema indurado de Bazin, Tuberculosis nodular, Vasculitis nodular,

Dermatol Peru 2006;16(2):160-3

ABSTRACT

The erythema induratum of Bazin is a recurrent chronic nodular disease associated to a hypersensitivity to tuberculosis bacillus, that typically localizes in posterior aspects of legs of middle age women and with a histopathology pattern of lobular panniculitis with vasculitis and tuberculoid granuloma. A female patient 18 years old is presented with erythematous violaceous plaques at posterior and inner side of legs of one month of evolution. A brief review of this entity is made with especial emphasis on differential diagnoses.

Key words: Erythema induratum of Bazin, nodular tuberculosis, nodular vasculitis

INTRODUCCIÓN

El eritema indurado de Bazin (EIB) es una dermatosis nodular crónica y recurrente, relacionada con una hipersensibilidad al bacilo tuberculoso (tuberculide). Se caracteriza por una induración subcutánea no dolorosa con formación de nódulos o placas que a menudo se ulceran, localizadas en la cara pos-

terior de las extremidades inferiores, sobre todo en mujeres jóvenes, cuyo patrón histopatológico es el de una paniculitis lobulillar con vasculitis y presencia de granulomas tuberculoideos. El EIB fue descrito inicialmente por Ernest Bazin en 1861, como lesiones nodulares induradas, subcutáneas, ubicadas en la cara posterior de las piernas, en mujeres de edad media de la vida. Es un proceso común en nuestro medio y sobre todo en Europa.

El EIB y la vasculitis nodular (VN) han creado controversia por su similitud clínica e histopatológica; no obstante, a pesar de que se ha intentado separar ambos cuadros, existe en la actualidad una tendencia a considerarlas como una sola entidad. En general se utiliza el término de vasculitis nodular si la causa es desconocida, y si está relacionada con la tuberculosis se denomina EIB^(1,2).

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 18 años de edad, soltera, natural y procedente de Lima, que acude a la consulta externa de dermatología refiriendo enfermedad de un mes de evolución, de inicio insidioso y curso progresivo, con la aparición de un nódulo en el tercio inferior interno de la pierna izquierda que

1. Médico Residente de Dermatología del Hospital Militar Central

2. Médico Dermatólogo Clínica Privada

3. Médico asistente del Servicio de Dermatología Hospital Militar Central

Fecha de recepción: 2 de junio de 2006. Fecha de aceptación: 20 de junio de 2006.



Figura 1. Placa indurada en la pierna derecha, cara posterior



Figura 3. Nódulo eritematoso en tobillo derecho

aumenta de tamaño para formar una placa eritemato-violácea, la cual llega a ulcerarse con salida de secreción purulenta amarillenta espesa. Dos semanas después presenta otra lesión nodular que evoluciona a una placa de aproximadamente 4 cm de diámetro, eritemato-violácea, en la cara posterior y media de pierna derecha; otra lesión parecida en ambos tobillos y en el muslo izquierdo. La paciente recibió dicloxacilina como tratamiento sin mejoría alguna.

Antecedentes

Como antecedente patológico de importancia refiere un cuadro de similar presentación hace un año. Además presenta alergia de contacto a metales. Niega contacto con enfermos de tuberculosis.

Examen clínico

En la exploración física se observó la presencia de placas palpables, dolorosas, en la cara posteroinferior de las piernas derecha e izquierda (Figuras 1 y 2), ambos tobillos (Figura 3) y muslo izquierdo. Además se evidencia salida de secreción purulenta de la placa nodular de la pierna izquierda (Figura 2). Resto del examen clínico general no contributorio.

Exámenes auxiliares

Los examen de laboratorio hematológicos, bioquímicos y de orina se encuentran dentro de los parámetros normales. Velocidad de sedimentación globular, 20 mm; PPD, 15 mm. Radiografía tórax: incremento de la trama fibrointersticial a predominio izquierdo.



Figura 2. Placa ulcerada cara interna pierna izquierda

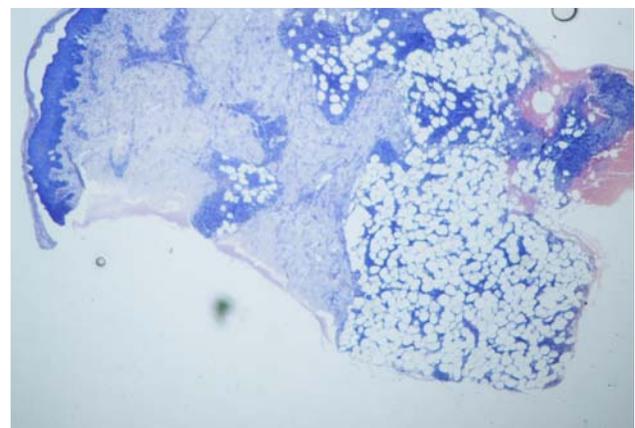


Figura 4. Infiltrado inflamatorio que afecta el paniculi adiposa

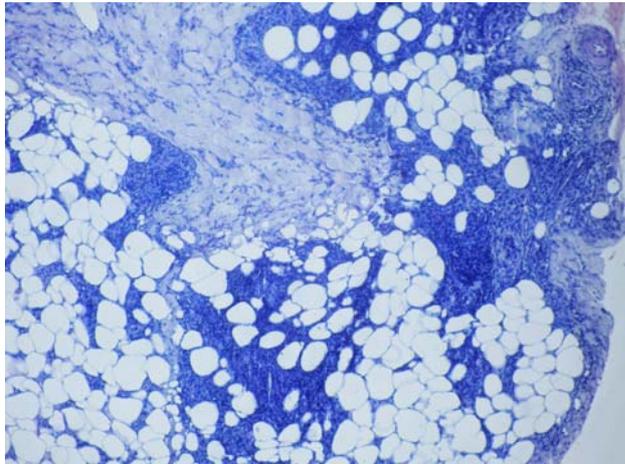


Figura 5. Infiltrado linfohistiocitario a nivel lobulillar

El estudio histopatológico mostró una paniculitis lobulillar con vasculitis e infiltrado linfohistiocitario con focos de necrosis (Figuras 4, 5 y 6). Coloración de Ziehl-Nielsen negativa.

COMENTARIO

El eritema indurado de Bazin, denominado también tuberculosis nodular profunda o vasculitis nodular, es considerado por muchos autores una vasculitis nodular producida por el bacilo tuberculoso. Se presentan en enfermas que padecen una tuberculosis que por fenómenos de hipersensibilidad tipo II, presentan lesiones nodulares a distancia. En ellas no se detecta la micobacteria.

El EIB es una condición frecuentemente reportada en Asia y Europa. Ocurre entre 0,066 y 0,15% de los pacientes dermatológicos⁽³⁾. En nuestro medio es una forma de presentación

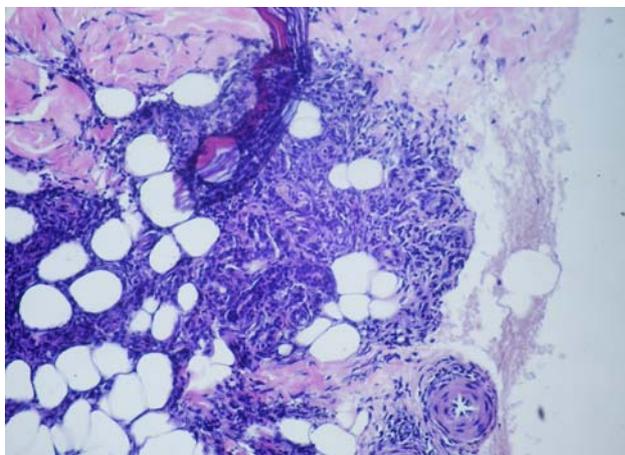


Figura 6. Paniculitis lobulillar con vasculitis con focos de necrosis.

común, se ha reportado una incidencia de 18,75% en el norte (Trujillo)⁽⁴⁾. Se presenta mayormente en mujeres de mediana edad^(5,6-9). Los hombres representan un 5 a 10% de los casos^(1,6,10).

El EIB se caracteriza clínicamente por la presencia en las pantorrillas de nódulos y/o placas induradas eritemato-violáceas, de contornos mal definidos, dolorosos y con frecuencia bilaterales, persistentes o recurrentes. Algunos se reblandecen determinando úlceras irregulares, superficiales, de bordes azulados, muy rebeldes, que al curar dejan cicatrices atróficas hiperpigmentadas, a diferencia del eritema nodoso^(5,6-9,11). Se han descrito presentaciones atípicas unilaterales o localizadas en brazos o muslos con mayor frecuencia en hombres^(1,6,10). Su evolución es crónica, con resolución lenta y recidivante a lo largo de años, con mayor intensidad en épocas frías, invierno y principios de primavera^(1,5,7,9,12).

En la histopatología se observa principalmente una paniculitis lobular que comparte muchas características con la vasculitis nodular⁽¹³⁻¹⁵⁾. En estadios iniciales se forman colecciones discretas de células inflamatorias a predominio de neutrófilos, luego se va produciendo una necrosis extensa de los adipocitos de los lóbulos, los cuales son fagocitados por los histiocitos, transformándose en células de aspecto espumoso. En las lesiones bien establecidas se observa un infiltrado granulomatoso compuesto de histiocitos, células epitelioides, células gigantes multinucleadas y linfocitos, adyacentes a las áreas de necrosis. Cuando se produce daño intenso de los vasos, se observa áreas extensas de necrosis caseosa y las lesiones muestran una histopatología de tuberculosis^(1,13,14,16,17). Las tinciones de Zielh-Nielsen no muestran presencia de la micobacteria. Por PCR se ha detectado con alta frecuencia (25% a 77%) ADN de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) en sus lesiones cutáneas^(1,3,17-20).

Existía la controversia de si el EIB era o no una verdadera tuberculide, debido a que algunos autores lo consideraban solo como cuadros de vasculitis nodular que se podían presentar por diversas causas como lo hace el eritema nodoso, y que sólo se lo llamaría EIB cuando se encuentre asociado al MTB^(5,12). Hoy se clasifica al EIB, o vasculitis nodular de origen tuberculoso, dentro de las tuberculides. Esto implica que se trata de una reacción de hipersensibilidad tipo retardada mediada por células T a la diseminación hematogena del MTB o fragmentos de este organismo, acompañándose de una hiperreactividad a la tuberculina (los linfocitos T de pacientes con EIB muestran una respuesta exagerada al PPD) y de una buena respuesta al tratamiento antituberculoso^(7,11,21,22).

El diagnóstico de EIB es hecho sobre la base de las características clínicas morfológicas, test de tuberculina positivo, evidencia circunstancial de tuberculosis en cualquier órgano del cuerpo, complementado con los hallazgos histopato-

lógicos y detección del ADN del micobacterium por PCR. El diagnóstico puede ser confirmado con la terapia antituberculosa⁽¹²⁾.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con patologías que presentan nódulos inflamatorios en las piernas tales como eritema nodoso (principal), la lipogranulomatosis subcutánea de Rothmann-Makai, poliarteritis nodosa, paniculitis subaguda nodular migratoria, vasculitis nodular y tromboflebitis idiopática recurrente, entre otras. En cada caso el examen histopatológico es útil^(12,23).

El tratamiento más importante para el EIB es la combinación de cuatro drogas tuberculostáticas dado por seis meses^(24,25). También se han utilizado, con resultados variables, los corticoides⁽²⁶⁾, antiinflamatorios no esteroideos, tetraciclinas⁽⁶⁾ y, con mejores resultados que con los anteriores, el yoduro de potasio^(8,27). Estos tratamientos alternativos deberían reservarse para los casos de vasculitis nodular no tuberculosa, ya que en el EIB de origen tuberculoso el tratamiento antituberculoso ha demostrado un menor número de recurrencias comparado con los otros tratamientos⁽²⁵⁾.

Consideramos que el abordaje de estos pacientes se ve facilitado, a la luz de los conocimientos actuales, al haberse comprobado la existencia de una relación causal con la tuberculosis en un subgrupo de pacientes con EIB, mediante detección de ADN de MTB por PCR en las lesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Requena L, Sánchez E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:325-51.
2. López D, Delpiano A. Eritema Indurado. Revisión de 40 casos. *Piel*. 1995;11:15-18.
3. Jacinto SS, Nograles KB. Erythema Induratum of Bazin: Role of polymerase chain reaction in diagnosis. *Int J Dermatol*. 2003;42:380-1.
4. Tincopa O, Jave-Morales B. Tuberculosis cutánea. Estudio clínico, histopatológico y de frecuencia. *Dermatol Peru*. 1999;9:10-18.
5. Chen YH, Yan JJ. Eritema indurado: Estudio clinicopatológico de la reacción en cadena de la polimerasa. *J Formos Med Assoc*. 2001;100(4):244-9.
6. Bondi EE, Margolis DJ, Lazarus GS. Panniculitis. En: Fitzpatrick Dermatology in General Medicine. 5ª Ed. N. York: Mc GrawHill; 1999:1349-50.
7. Kuramoto Y, Alba S, Tagami H. Erythema induratum of Bazin as a type of tuberculid. *J Am Acad Dermatol*. 1990;22:612-6.
8. Förström L, Hannuksela M. Antituberculous treatment of erythema induratum of Bazin. *Acta Derm Venereol*. 1970;50:143-7.
9. Pierini LE, Abulafia J, Wainfeld S. Idiopathic lipogranulomatous hypodermatitis. *Arch Dermatol*. 1968;98:290-8.
10. Montgomery H, O'Leary PA, Barker NW. Nodular vascular diseases of the legs. *JAMA*. 1945;128:335-341.
11. Rademaker M, Lowe D, Munro D. Erythema induratum (Bazin's disease). *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:325-61.
12. Tincopa O, Sánchez L. Tuberculosis cutánea. *Dermatol Peru*. 2003;13:195-217.
13. Weedon D, Strutton G. Infecciones bacterianas y por rickettsias: Patrones histológicos. En: Weedon. *Piel. Patología* 1ª Ed. Madrid: Marbán Libros SL. 2002;519-542.
14. Hood A, Kwan TH, Mihn M, et al. Diseases of the subcutis. En: *Primer of Dermatopathology*. 3ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002:487-511.
15. Schneider JW, Jordan HF. Erythema Induratum of Bazin. A histopathological study of 20 cases. *Am J Dermatopathol*. 1996;18:172-85.
16. Jordan F, Schneider J. Nodular tuberculid: A report of four patients. *Ped Dermatol*. 2000;17(3):183-8.
17. Baselga E, Margall N, Barnadas M, et al. Detection of Mycobacterium tuberculosis DNA in lobular granulomatous panniculitis (erythema induratum-nodular vasculitis). *Arch Dermatol*. 1997;133:457-62.
18. Sol YJ, Goh CL. Utilidad clínica de la reacción en cadena de la polimerasa en el descubrimiento del Mycobacterium tuberculosis en diferentes tipos de tuberculosis cutánea y tuberculides. *An Acad Med Singapur*. 2001;30:3-10.
19. Degitz K, Messer G, Schirren H, et al. Successful treatment of erythema induratum of Bazin following rapid detection of mycobacterial DNA by polymerase chain reaction. *Arch Dermatol*. 1993;129:1619-20.
20. Degitz K. Detection of Mycobacterial DNA in the skin. Etiologic insights and diagnostic perspectives. *Arch Dermatol*. 1996;132:71-5.
21. Demarchi M, Hernández M. Eritema indurado de Bazin. A propósito de un caso. *Arch Argen Dermatol*. 2004;54:11-5.
22. Ollert MW, Thomas P, Korting HC, Schraut W, Braun Falco O. Erythema Induratum of Bazin. Evidence of T-lymphocyte hyperresponsiveness to purified protein derivative of tuberculin: Report of two cases and treatment. *Arch Dermatol*. 1993;129:469-73.
23. Pérez L, Muñoz C. Eritema indurado de Bazin. *Dermatol Pediatr Lat*. 2005;3:142-8.
24. Lopez de Maturana D, Wagemann E, Amaro P, Ramonda P. Tratamiento antituberculoso en el eritema indurado. *Piel*. 1997;11:27-31.
25. Heinemann C, Katz M, Elsner P. Erythema induratum of Bazin and Poncet's disease-successful treatment with antituberculous drugs. *J Eur Dermatol Venereol*. 2003;17:334-6.
26. Lebel M, Lassonde M. Erythema induratum of Bazin. *J Am Acad Dermatol*. 1986;14:738-42.
27. Schulz EJ, Whiting DA. Treatment of erythema nodosum and nodular vasculitis with potassium iodide. *Br J Dermatol*. 1976;94:75-8.