

Dermatosis nodular en las piernas

Nodular dermatosis in the legs

Leonardo A. Sánchez-Saldaña

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino, de 17 años de edad, natural de Lima, estudiante universitaria, sin historia previa de tuberculosis, consulta por enfermedad de 2 meses de evolución, inicio insidioso y progresivo, caracterizado por la aparición de lesiones nodulares asintomáticas en las piernas.

La paciente refiere la aparición en forma espontánea de lesiones como moretones en las piernas, que le causan dolor al presionarla. Como antecedentes refiere alergia a la penicilina y prima con tuberculosis pulmonar en tratamiento. No historia personal de tuberculosis.

Al examen físico preferencial se aprecia en ambas piernas nódulos y placas eritemato-violáceas, de límites difusos,

superficie irregular, indurada y algunas con escamas finas que afectan la cara anterior y lateral lateral de las piernas predominantemente. Figura N° 1 a 4. La paciente presenta buen estado general.

Los exámenes complementarios: Hematológico, bioquímico y renal de rutina dentro de valores normales. Velocidad de sedimentación globular 20 mm. PPD 15 mm. Cultivo de biopsia cutánea negativo para micobacterias típicas y atípicas. La biopsia de la lesión muestra paniculitis lobulillar con vasculitis e infiltrado linfocitocitario con focos de necrosis. Coloración Ziehl Nielsen negativo. Figuras N° 5 a 10. La radiografía de pulmones muestra incremento de la trama fibrointersticial a predominio izquierdo.



Figura N° 1. Inicio con nódulos eritematosos en la cara anterior de las piernas, al evolucionar dejan hiperpigmentación.



Figura N° 2. Nódulo eritematoso, consistencia reblandecida, superficie con borde escamoso.



Figura N° 3. Placa eritemato-violácea en cara anterior de la pierna, superficie escamosa.



Figura N° 4. Nódulos y placas en la pierna cara antero lateral. Lesiones en diferentes estadios evolutivos.

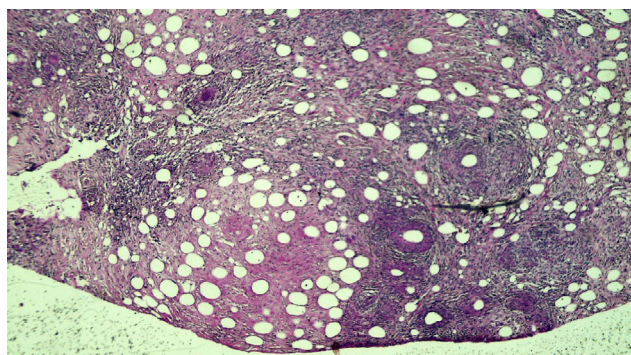


Figura N° 5. Panniculitis lobulillar con vasculitis y áreas de necrosis del lobulillo adiposo.

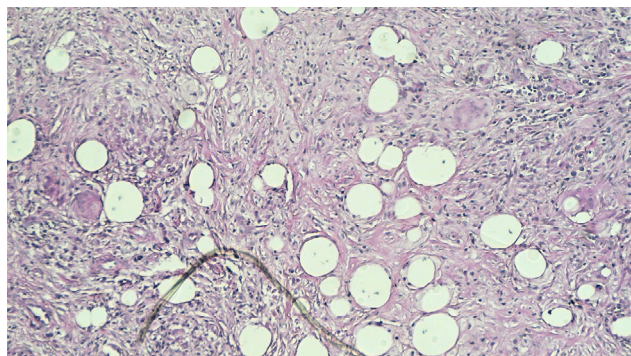


Figura N° 6. Granuloma tuberculoso con células gigantes multinucleadas.

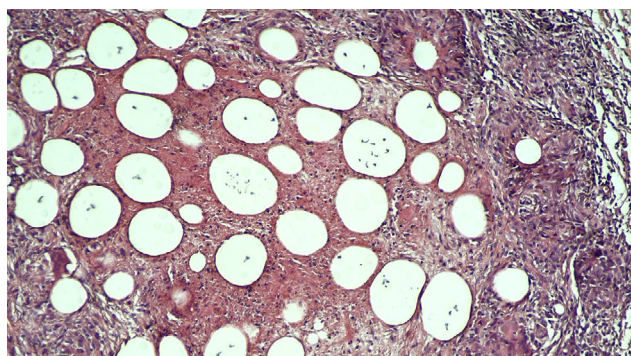


Figura N° 7. Granuloma tuberculoso y área de necrosis.

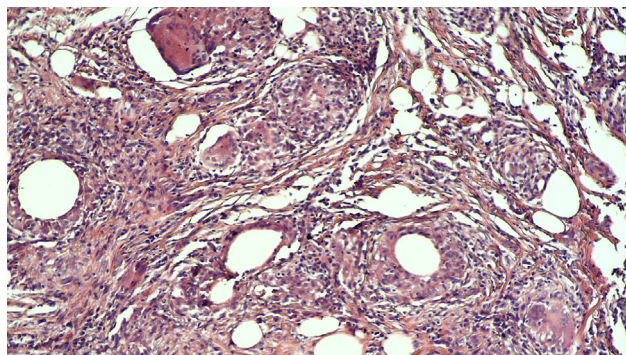


Figura N° 8. Panniculitis lobular; áreas de necrosis y células gigantes multinucleadas.

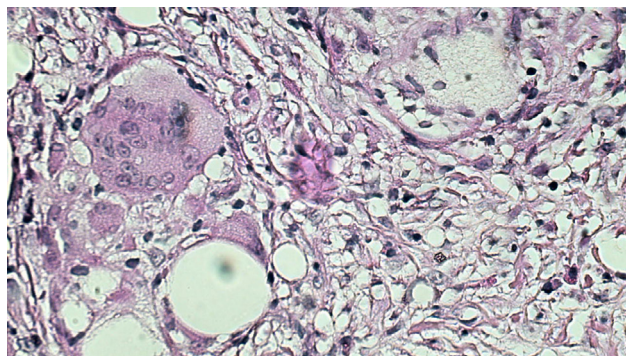


Figura N° 9. A. Infiltrado inflamatorio compuesto de histiocitos, linfocitos y células gigantes multinucleadas.

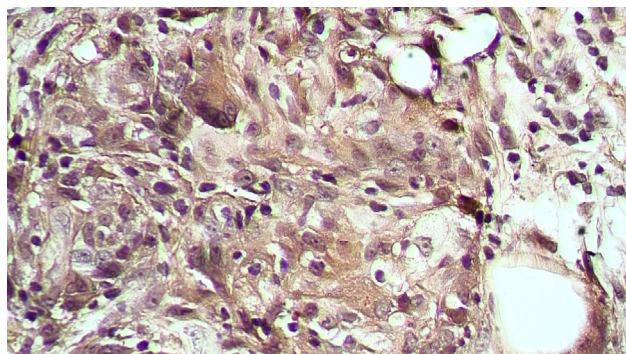


Figura N° 9. B. Granuloma tuberculoso con Infiltrado inflamatorio compuesto de histiocitos, células epitelioides y células gigantes multinucleadas.

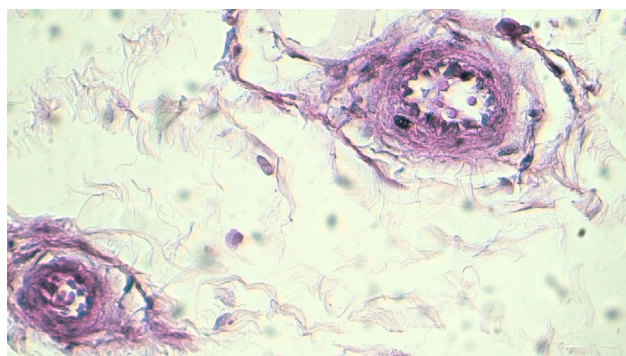


Figura N° 10. Vasculitis de vasos de mediano calibre.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Diagnóstico: Eritema Inurado de Bazin

COMENTARIO

El *eritema indurado de Bazin* (EIB) es una enfermedad nodular profunda crónica relacionada con una hipersensibilidad al bacilo tuberculoso, caracterizada clínicamente por una induración subcutánea no dolorosa con formación de nódulos o placas que a menudo se ulceran, localizadas en la cara posterior 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; incluida dentro del grupo de las tuberculides¹⁻³.

El EIB fue descrito por primera vez por *Ernest Bazin* en 1861^{1,2} como una erupción indolente de nódulos mal definidos localizadas en las piernas de mujeres de mediana edad, quien lo denominó “*escrofulide eritematosa*”^{1,3,4}.

Es actualmente una vasculitis alérgica nodular crónica o paniculitis lobulillar con vasculitis, causada por hipersensibilidad al bacilo tuberculoso o a sus fracciones presente o pasado, a un foco a distancia, con hiperergia a la tuberculina y respuesta al tratamiento antituberculoso^{1,4}. Esta asociación ha constituido una controversia debido a la imposibilidad de aislar a la micobacteria en las lesiones cutáneas y a la ausencia de tuberculosis activa demostrable en la mayoría de los pacientes. Hoy la *vasculitis nodular* es considerada como un desorden reactivo a varios factores etiológicos, uno de los cuales puede ser el bacilo de la tuberculosis. El hallazgo mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa) de fragmentos de ADN de *Mycobacterium tuberculosis* en biopsias cutáneas de lesiones de EIB han contribuido a confirmar la etiología tuberculosa en una subpoblación de vasculitis nodular con hipersensibilidad a la tuberculina¹. Algunos autores prefieren reservar el término EIB para los casos asociados a tuberculosis y el de vasculitis nodular para el resto, mientras que otros consideran a estos términos sinónimos que se describen una misma entidad clínico-histopatológica, independientemente del factor causal o desencadenante. La clave durante el proceso del diagnóstico está en distinguir el EIB de origen tuberculoso de otras formas de vasculitis nodular no relacionada con la tuberculosis¹.

El EIB se caracteriza clínicamente por la presencia de nódulos y/o placas induradas, eritemato-violáceas, de contornos mal definidos, dolorosos a la presión y con frecuencia bilaterales, persistentes o recurrentes^{1,2}. Algunas lesiones se reblandecen determinando úlceras irregulares,

superficiales, de bordes azulados, que al curar dejan cicatrices atróficas pigmentadas¹⁻³. Estas formas ulceradas corresponden a la variedad de Hutchinson del EIB¹. Las lesiones tienen especial predilección por la cara anterolateral de piernas y preferentemente se desarrollan sobre eritrocianosis supramaleolar o sabañones. Se ha descrito presentaciones atípicas unilaterales o localizadas en brazos o muslos con mayor frecuencia en hombres^{1,2}. Su evolución es crónica, con resolución lenta y recurrente a lo largo de años, con mayor frecuencia en épocas frías, invierno y principios de primavera^{1,2}.

El patrón histopatológico del EIB es el de una paniculitis lobulillar que comparte muchas características con la vasculitis nodular⁵⁻⁷. En estadios iniciales se observa colecciones discretas de células inflamatorias a predominio de neutrófilos, luego aparece una extensa necrosis de los adipocitos, los cuales son fagocitados por los histiocitos, transformándose en células de aspecto espumoso. En las lesiones bien establecidas de EIB se observa 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 sanguíneos, se observa áreas extensas de necrosis caseosa y las lesiones muestran una histopatología de tuberculosis². La tinción de Ziehl-Nielsen no muestra la presencia de micobacterias^{2,5-8}.

Se postula que tanto una reacción de hipersensibilidad de tipo III como una de tipo IV, o la combinación de ambos mecanismos fisiopatológicos, estarían involucrados en el desarrollo del EIB. Por otro lado una hipersensibilidad retardada a componentes del bacilo tuberculoso proveniente de un foco latente de TBC, podría ser la causa de la vasculitis, lo que deriva en isquemia, inflamación y finalmente necrosis grasa de los lobulillos.

El diagnóstico de EIB se realiza sobre la base de las características clínicas e histopatológicas compatibles; la confirmación de la asociación con *M. tuberculosis* por Mantoux fuertemente positiva o detección por PCR y la buena respuesta a la terapia antituberculosa.

El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con el eritema nudoso y con la vasculitis nodular. El estudio histopatológico es útil para diferenciarlos⁹.

El tratamiento del EIB asociados a tuberculosis debe ser a base de fármacos tuberculostáticos. El tratamiento de elección es la triple terapia antituberculosa con isoniacida, rifampicina y pirazinamida en pauta clásica de estos 3 fármacos durante 2 meses seguido de isoniacida y rifampicina 4 meses más. Esto resuelve las lesiones y evita

las recaídas. El tratamiento en monoterapia con isoniacida, aunque eficaz en muchos casos, no se recomienda por el riesgo de desarrollo de resistencias. Otros tratamientos utilizados han sido corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, tetraciclinas y yoduro de potasio; pero éstos deberían ser reservados solo para los casos de vasculitis nodular no tuberculosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Demarchi M, Hernández MI, Poggio N, Abeldaño A, Kien MC y Chohuela EN. Eritema indurado de Bazin. A propósito de un caso. Arch. Argent. Dermatol. 2004;54:11-15.
2. Thomas E, Sánchez-Saldaña L, Sáenz-Anduaga E, Zegarra del Carpio R. Eritema indurado de Bazin. Dermatol Perú 2006;16(2):160-3.
3. Tincopa OW, Sánchez-Saldaña L. Tuberculosis cutánea. Dermatol Perú 2003;13(3):195-214.
4. Campos M, Urdaneta E. Eritema indurado de Bazin. Estudio clínico y paraclínico de 20 casos. Acta Médica Colombiana 1977;2(1):27-34.
5. Weedon D, Strutton G. Infecciones bacterianas y por rickettsias: Patrones histológicos. En: Weedon. Piel. Patología 1° Ed. Madrid. Marbán Libros SL. 2002:519-542.
6. Hood A, Kwan TH, Mihn M, et al. disease of the subcutis. En Primer of Dermatopathology 3° ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2002:487-511.
7. Schneider JW, Jordan HF. Erythema Induratum of Bazin. A histopathological study of 20 cases. Am J Dermatopathol 1996;18:172-185.
8. Morales C, Carreño L, Sanhueza V. Paniculitis y eritema indurado de Bazin. Rev chilena Dermatol 2010;26(3):318-320.
9. Rodríguez O. Tuberculosis cutánea. Rev Fac Med UNAM 2003;46(4):157-150.

Correspondencia: Dr. Leonardo A. Sánchez-Saldaña
Email: dr_leonardosanchez@yahoo.es

Recibido: 21-01-2020
Aceptado: 15-02-2020



VISITA NUESTRA REVISTA

DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

www.dermatologiaperuana.pe

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA