

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas (ICBP) "Victoria de Girón"

Eritema nudoso asociado a parasitismo por *Ascaris lumbricoides*. Presentación de caso

Nudose erythema associated to *Ascaris lumbricoides* parasitism. Case's presentation

Aurora M. Novoa López^I, Jorge L. García Consuegra^{II} y Marbelis Gómez Morgado^{III}

^IEspecialista Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Educación Médica Superior. Profesor e Investigador Auxiliar. auroranlopez@infomed.sld.cu

^{II}Doctor en Medicina Veterinaria. Especialista en Transferencia de Embriones. Profesor Asistente de Microbiología. jorgelg@giron.sld.cu

^{III}Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Residente de Tercer Año de Cirugía General. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". auroranlopez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El Eritema nudoso es una paniculitis, de relativa frecuencia, que se expresa como manifestación de trastornos internos de gran envergadura, como las enfermedades del tejido conectivo, las enfermedades infecciosas y el cáncer. Es por ello, que los pacientes que lo presenten, deben ser estudiados cuidadosamente en busca de la causa.

Objetivo: Presentar un caso clínico de Eritema nudoso resaltando el diagnóstico de la causa parasitaria y su tratamiento.

Presentación de Caso: Se muestra el caso de una paciente femenina de 29 años, de raza blanca, residente en un municipio rural (Jatibonico), profesora de escuela primaria, sin antecedentes patológicos, quien acude a consulta por eritema elevado muy doloroso en la superficie anterior de ambos miembros inferiores, malestar general y artralgias. Se le diagnosticó clínicamente un eritema nudoso, y durante varios meses se realizaron complementarios para establecer la posible causa; se encontró solo un parasitismo intestinal por *Ascaris lumbricoides*. Recibió tratamiento médico con antiparasitarios, y desapareció el eritema.

Conclusiones: El diagnóstico clínico certero, más la búsqueda constante de la causa del eritema nudoso y el tratamiento del parasitismo encontrado, llevaron a la

solución del problema de la paciente. El eritema nudoso siempre debe ser estudiado por la posibilidad de ser un síndrome reactivo a procesos graves.

Palabras clave: Eritema nudoso, causas, Parasitismo intestinal, *Ascaris lumbricoides*, diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: Nodose erythema is a panniculitis, of relative frequency, that it is expressed like a manifestation of internal disorders of great significance, like the illnesses of the connective tissue, the infectious diseases and the cancer. So the patients that show it, must be studied carefully in search of the cause.

Objective: To Present a nodose erythema clinic case highlighting the diagnose of parasitical cause.

Case's presentation: Is show the case of a white female patient, 29 years old, resident at rural municipality (Jatibonico), elementary school teacher, without pathological past health history, that assist at the consult for nodular due to a high very painful erythema on the anticus surface of both inferior members, general discomfort and arthralgia. Was clinically diagnosed a nodose erythema, and during several months were performed complementary to establish the possible cause, finding only an intestinal parasitism for *Ascaris lumbricoides*. He received medical treatment with antiparasitics, disappearing the erythema.

Conclusions: The accurate diagnostic, furthermore, a constantly cause searching of the cause of the nodose erythema plus the treatment of parasitism found, solve the patient's problem. Nodose erythema always must be studied due to the possibility to be a reactive syndrome of seriously ill process.

Key words: Nodose erythema, cause, intestinal parasitism, *ascaris lumbricoides*, diagnostic.

INTRODUCCIÓN

El eritema nudoso, descrito en 1798 por el dermatólogo inglés Willan, es la variante más frecuente de las paniculitis septales. Este trastorno se caracteriza por la presencia de nódulos eritematosos sensibles y placas de eritema localizadas en las superficies extensoras de los miembros. Estas lesiones pueden remitir espontáneamente o persistir y ser incapacitantes. Muchas veces también pueden ser recurrentes en el tiempo, y genera gran ansiedad en los pacientes.^{1,2}

Se plantea que esta paniculitis es seis veces más frecuente en el sexo femenino, a cualquier edad; existe un pico de frecuencia entre los 30 y 40 años, y puede formar parte del eritema multiforme, se asocia a urticaria, púrpura y lesiones nodulares mayores en algunos casos. Los pacientes deben ser bien estudiados, pues se considera al eritema nudoso, un proceso dermatológico reactivo a enfermedades inflamatorias intestinales, conectivopatías, trastornos autoinmunes, enfermedades infecciosas y parasitarias, sarcoidosis, cáncer y en algunos casos, embarazo.¹⁻⁴

La forma de presentación característica es súbita, con la aparición simétrica de nudosidades eritematosas sensibles localizada en los miembros superiores e inferiores

y eventualmente en la cara, de forma bilateral. Estas nudosidades pueden tener de 1 a 5 cm de diámetro, y pueden confluir al formar placas rosadas que elevan la piel. En ocasiones, aparece en las mismas una coloración amarillenta o verdosa con el paso de los días (eritema contusiforme), que es bastante característica de su evolución. La ulceración y la atrofia no se describen en este trastorno. El eritema puede acompañarse de fiebre, astenia, artralgias, cefalea, dolor abdominal, vómitos, tos, diarrea, conjuntivitis o epiescleritis, y prolongarse por 3 a 6 semanas. Es inusual la recurrencia.¹⁻⁷

El diagnóstico de esta paniculitis es frecuentemente clínico, pero ante la duda, se puede realizar la biopsia, que muestra generalmente una paniculitis septal sin vasculitis con la presencia de los llamados granulomas radiales de Miescher, que consisten en agregaciones nodulares de pequeños histiocitos que rodean un núcleo central de apariencia estrellada o de "plátano hendido", aunque la histología varía de acuerdo con la causa. Muchos autores plantean la no realización de la biopsia hasta realizar un adecuado estudio clínico humoral para descartar las principales causas, ya que frecuentemente aparecen alteraciones en estas pruebas, que evidencian la causa, que es lo que debe ser tratado y evitan la biopsia.¹⁻⁸

Dentro de las causas parasitarias de Eritema Nudoso, la más frecuentemente señalada en la literatura, es la giardiasis; sin embargo, parásitos como la ameba histolítica, el *Necator americanus* y el *Ascaris lumbricoides*, también pueden producir este tipo de reacción.^{1, 9-13}

Se decide presentar un caso clínico de eritema nudoso con énfasis en el diagnóstico de la causa parasitaria y su terapéutica, por la pertinencia del tema, pues el parasitismo intestinal, relativamente frecuente en Cuba, ha incrementado su incidencia en general. Por otra parte, el caso en cuestión ofrece la particularidad de que el Eritema nudoso es la única manifestación clínica del parasitismo, que hubiera pasado inadvertido, pues los síntomas gastrointestinales y generales característicos del mismo, nunca se presentaron en la paciente, y se logra la solución del cuadro y la desaparición de los síntomas, con el tratamiento antiparasitario solamente.

El caso fue diagnosticado en un policlínico de la ciudad de Sancti Spíritus, y concluido su estudio en un hospital de La Habana, se considera de interés general y alerta a profesionales de la Medicina sobre el hecho de que existen manifestaciones inespecíficas de enfermedad, donde lo más importante no es la manifestación *per se*, si no, la causa que la produce.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de Eritema nudoso y resaltar el diagnóstico de la causa parasitaria y su tratamiento.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 29 años, de raza blanca, de profesión maestra de educación primaria con antecedentes de salud, quien acudió a consulta por enrojecimiento de la piel de ambos miembros inferiores, malestar general, dolores articulares y febrícula, que llevaba ya 5 días de evolución y no mejoraba.

Al examen físico se observó la presencia de nudosidades dolorosas pequeñas en ambos miembros inferiores, en las superficies de extensión, con la piel que los

recubría ligeramente eritematosa, discreto edema maleolar, y se constata temperatura de 37 grados. En esos momentos, presentaba la faringe muy enrojecida, con algunos exudados, por lo que se le impuso tratamiento con cefalexina, 500mg c/8 horas y medidas generales.

El cuadro febril y el estado general mejoraron muy poco, la zona eritematosa con nudosidades se mantiene, y persiste más allá de los 21 días, por lo que se le indica un estudio completo. (Figuras 1 y 2).



Figura 1. Eritema elevado en la cara anterior de la pierna derecha.



Figura 2. Lesión eritematosa en cara interna de la pierna izquierda.

Se realizaron hemograma completo, LDH, Prueba de Mantoux, conteo absoluto de eosinófilos proteína C reactiva, exudado nasofaríngeo, baciloscopia de Hansen, exámenes virológicos (VIH, Citomegalovirus, VEB, Herpesvirus), antígenos de virus B y C, heces fecales seriadas, coprocultivo bacteriológico y parasitológico, urocultivo, exudado vaginal, hemoquímica, TASO, y pruebas inmunológicas para descartar conectivopatías, electroforesis de proteínas, factor reumatoideo, Inmunocomplejos circulantes, DNA de doble cadena: ANA y ANCA, crioaglutininas y cuantificación de inmunoglobulinas.

Se realizó también ultrasonido abdominal, radiografía de tórax, endoscopia digestiva y ecografía del tiroides.

De todas estas pruebas, solo fueron positivas la proteína C reactiva, en la electroforesis de proteínas un aumento de las alfa-1 con ligera disminución de las gamma, y una de las heces fecales seriadas donde aparecen escasos huevos de

necator. La biopsia de piel mostró una paniculitis septal característica, con infiltrado inflamatorio a predominio polimorfonuclear.

Se decidió comenzar de inmediato el tratamiento con mebendazol en dosis de 100 mg, dos veces al día por 3 días; repetir el ciclo tres veces, y no utilizar antiinflamatorios no esteroideos ni esteroides intencionalmente para valorar la evolución. Al tercer día de tratamiento, comienza a disminuir el eritema y las manifestaciones de dolor articular y malestar general, desapareció 5 días después la febrícula, y a los 10 días habían desaparecido las nudosidades subcutáneas y la paciente refería una gran sensación de bienestar.

Seis meses después, no había vuelto a presentar ninguna otra manifestación dermatológica ni general, con lo que se concluye el caso como un Eritema nudoso producido por parasitismo intestinal por *Ascaris lumbricoides*.

DISCUSIÓN

Dentro de las causas de Eritema nudoso, hay que descartar, sin dudas, como la más frecuente, la infección estreptocócica de las vías respiratorias. Otras causas incluyen sarcoidosis, lepra, enfermedades inflamatorias intestinales, conectivopatías, enfermedades malignas, medicamentos y el parasitismo intestinal, donde la Ascariasis, no es de las causas más frecuentes

El *Ascaris lumbricoides* es un verme cilíndrico cosmopolita, que frecuentemente infecta al hombre por vía oral, a través de agua o alimentos contaminados. Tiene la característica de migrar dentro del organismo, inclusive, presenta un ciclo pulmonar que puede causar el Síndrome de Loeffler, y generalmente es capaz de producir una eosinofilia considerable, que como dato curioso, no se produjo en esta paciente.

Las manifestaciones digestivas incluyen diarreas, vómitos, dolor abdominal, y puede llegar a producir oclusión intestinal cuando se agrupa en paquetes que obliteran la luz del intestino. A su vez puede migrar y producir manifestaciones respiratorias y de otros órganos, puede abandonar el organismo por orificios naturales. En la Ascariasis, están descritas manifestaciones dermatológicas fundamentalmente papulares y habones urticarianos, aunque se describe también la posibilidad de eritema multiforme o eritema nudoso en algunos casos.⁸⁻¹³

Hay ocasiones en que una urticaria persistente obliga al médico a descartar parasitismo intestinal, pero no es el ascaris de los parásitos que más la producen. Están descritos casos de ameba y giardia como causas relativamente frecuentes de manifestaciones dermatológicas, entre ellas, el Eritema nudoso.⁹⁻¹³

Lo curioso del caso que se presenta, radica en la ausencia de síntomas digestivos de la paciente, y en que solamente la aparición del Eritema nudoso, constituyó el signo de alarma para el diagnóstico de parasitismo intestinal. Es llamativo que existió un cuadro faríngeo al inicio, pero el exudado fue negativo, y el eritema no mejoró con el tratamiento antibiótico. Otras posibilidades como tuberculosis, lepra y enfermedades del tejido conectivo, fueron descartadas.

Por tratarse de una mujer en edad fértil, también se pensó en las enfermedades del tejido conectivo; sin embargo, no se diagnosticaron por los complementarios realizados.

En muchas ocasiones, no se le confiere al parasitismo intestinal, la importancia que tiene, ya que la atención médica se desvía hacia otros padecimientos de mayor envergadura y que pudieran causar la muerte; sin embargo, para la mejoría progresiva de la calidad de vida de la población, no se puede olvidar la importancia de diagnosticar y tratar el parasitismo intestinal. Por otra parte, existen parásitos que en el huésped inmunodeprimido, puede causar rápidamente la muerte.⁸⁻¹³

Llama la atención en el caso en cuestión, cómo se realizó un estudio profundo de muchas enfermedades que pueden presentarse con Eritema nudoso, y sin embargo, el diagnóstico preciso se realizó con un examen de heces fecales. Es importante rescatar el valor de complementarios sencillos e incruentados, que a veces se subvaloran o no se realizan en el estudio de casos como este, y que realmente pueden aportar al correcto manejo del caso. En opinión de los autores, los exámenes de heces fecales, se relegan a un segundo plano, y muchas veces se obvian en algunos casos donde debieran ser indicados, y lo que es más importante, realizados correctamente.

En el presente estudio, algunos profesionales cuestionaron la realización de las heces fecales seriadas, ocurre, que en ocasiones se prefieren los complementarios sofisticados para un estudio diagnóstico, y se olvida el adagio médico que plantea que se debe ir "de lo más simple a lo más profundo para diagnosticar los casos complejos".^{1,2}

La explicación de que se presente el Eritema nudoso en un parasitismo intestinal consiste en que su aparición, obedece generalmente a una respuesta de hipersensibilidad cutánea que pudiera ser inducida por varios estímulos. Se plantea que pudiera producirse una acumulación de inmunocomplejos en los alrededores de los pequeños vasos de los septum del tejido graso en el tejido conectivo. Estos inmunocomplejos también pudieran circular y causar los síntomas generales. Estudios de inmunofluorescencia pueden demostrar depósitos de inmunoglobulinas en los vasos del septum del tejido graso subcutáneo. Todo esto se acompaña de los fenómenos de hipersensibilidad tipo IV evidentes en esta paniculitis. Investigaciones recientes parecen demostrar que los portadores de Eritema nudoso tienen un porcentaje mayor de radicales libres de oxígeno, posiblemente producidos por la activación de los neutrófilos.⁹⁻¹³

En opinión de los autores, la biopsia cutánea pudiera ser diferida, y realizarse si fuese necesario para diagnosticar la causa, ya que el diagnóstico clínico es bastante acertado, y eso conllevaría una menor manipulación del paciente. Los autores han tratado un caso de faringitis estreptocócica como causa de Eritema nudoso, al cual no realizaron biopsia, y resolvió completamente el cuadro con el tratamiento antibiótico adecuado. En el caso de la paciente, se realizó la biopsia para completar mejor el estudio.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso de Eritema nudoso de causa parasitaria, de gran interés práctico y docente, que alerta sobre cómo se debe reconocer el Eritema nudoso como un indicador de enfermedad o proceso morboso, y no como una enfermedad en sí, e incita a investigar también en todos los casos que lo presenten, la posibilidad de un parasitismo intestinal, que pudiera comprometer la calidad de vida y hasta la propia vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldman L, Ausiello D. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 23ra ed. España: Eselvier SA; 2009.
2. Harrison. Principios de Medicina Interna. 17a ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
3. Rampin L, Musto A, Marzola MC, Tadayyon S, Ferretti A, Chondrogiannis S & Rubello D. Diagnosis of unknown sarcoidosis associated to erythema nodosum with ¹⁸F-FDG PET/CT. Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (English Edition.). 2013;32(3):190-192.
4. Giorgini C, Vassallo C, Ciocca O, Donadini F, & Borroni R. Su un caso di panniculite granulomatosa lobulare con pattern sarcoideo e comportamento clinico inaspettato. Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia. 2013;126(1): 133-136.
5. Valletta E. Malattie infiammatorie croniche intestinali. Quaderni acp. 2013; 20(1): 3-15.
6. Hernández GAM & Sanabria CR. Enfermedad de Behcet. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014; 71(611): 523-528.
7. Walker SL, Lebas E, Doni SN, Lockwood DN & Lambert SM. The Mortality Associated with Erythema Nodosum Leprosum in Ethiopia: A Retrospective Hospital-Based Study. PLoS neglected tropical diseases. 2014; 8(3): e2690.
8. Hernández FJ, Garibay AR, Zavaleta SS, Arteaga AG, & Gallegos LD. Eritema nodoso asociado a Entamoeba histolytica. Rev Cent Dermatol Pascua. 2013; 22(1).
9. Bernardes Filho F, Quaresma MV, Vendramini DL, Bonkevits F, Damiani L, Alves AO & da Costa Nery JA. Eritema nodoso pós-infecção de via aérea superior-a propósito de dois casos. Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. 2013; 71(3): 361-364.
10. Harries AD, Taylor J. Erythema nodosum associated with invasive amoebiasis and giardiasis. Br J Dermatol. 1986; 114:394.
11. McKnight J, Tietze PE. Dermatologic manifestations of giardiasis. J Am Board Fam Pract. 1992; 5:425-8.
12. Jiménez HF y cols. Eritema nodoso asociado a Entamoeba histolytica . Rev Cent Dermatol Pascua. Ene-Abr., 2013; 22(1).
13. Cantey PT, Roy S, Lee B, Cronquist A, Smith K, Liang J, Beach MJ. Study of Nonoutbreak Giardiasis: Novel Findings and Implications for Research The American Journal of Medicine. 2014; 124(12):1175.

Recibido: 22 de septiembre de 2015.

Aprobado: 4 de octubre de 2016.