

Eritema indurado de Bazin

Sayonara Zaputt Cabrera¹, Marcelo Merchán Manzano¹, Yadira Tapia²

¹ Dermatólogo

² Médico Pasante del Servicio de Dermatología.

Recibido: Enero 14, 2010. Aceptado: Febrero 8, 2011.

Correspondencia:

Departamento de Dermatología. Hospital Vicente Corral Moscoso

Dir.: Av. 12 de Abril y Av. El Paraíso.

Teléfono 593 7 288 2100

Rev Med HJC 2011;3(1):76-79

Resumen

El Eritema Indurado de Bazin (EIB), es una dermatosis nodular, crónica, recurrente con tendencia a la ulceración, que generalmente se localiza en la cara posterior de las piernas de mujeres de mediana edad y se encuentra asociada a una hipersensibilidad al bacilo tuberculoso. Presentamos el caso de una paciente de 38 años de edad que acudió por presentar nódulos eritemato-violáceos, blando, renitente, doloroso en la cara postero-lateral de piernas, de tres meses de evolución, que no presento mejoría clínica luego de múltiples terapias con antibiótico y corticoides orales, a quien se le instauró terapia triconjugada antituberculosa con la resolución total de su cuadro a las tres semanas luego de iniciado el tratamiento.

Descriptores DeCS. Eritema indurado de Bazin, tuberculide, terapia antituberculosa.

Bazin's indurated erythema

Abstract

The indurated erythema of Bazin (BEI) is a nodular dermatosis, chronic, recurrent with tendency to ulceration, which is usually is located at the back of the legs of middle-aged women and is associated with a hypersensitivity to the tuberculosis bacillus.

We present the case of a 38-year-old patient who presented with erythematous-violaceous nodules, soft renitent, painfully at the posterior-lateral side of legs, of three-month period evolution, which presented no clinical improvement after multiple antibiotic therapies and oral corticosteroids, who was introduced with tripleconjugate antituberculosis therapy with complete resolution of their clinical symptoms at three weeks after starting treatment.

Keywords. Bazin's indurated erythema, tuberculid, antituberculosis therapy.

Introducción

El eritema indurado de Bazin (EIB) es una dermatosis nodular crónica; caracterizada por nódulos subcutáneos, no dolorosos, con tendencia a la ulceración, localizada en la cara posterior de piernas, predominantemente en mujeres de mediana edad, relacionada con hipersensibilidad al *Mycobacterium Tuberculosis* (MTB); denominada tuberculide. En la histopatología encontramos: paniculitis lobulillar con presencia de granulomas tuberculoides, necrosis caseosa y en algunas ocasiones cambios vasculíticos [1,2,3].

La etiopatogenia de el EIB y su relación con el MTB es controversial ya que la micobacteria no puede ser cultivada en las lesiones cutáneas, sin embargo los reciente estudios reportados en la literatura utilizando la técnica de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) han demostrado la presencia del ADN del micobacterium en biopsias tomadas a estos pacientes, lo que confirma la relación entre el EIB y el MTB [10,11].

Caso Clínico

Paciente mujer de 38 años de edad, casada, natural y procedente de Cariamanga, que acude a la consulta externa de dermatología refiriendo dermatosis de tres meses de evolución, de inicio insidioso y curso progresivo, con la aparición de un nódulo dolorosos en cara posterior de pierna derecha, que aumenta de tamaño progresivamente y llega a la ulceración, con salida de material purulento, por lo que acude a facultativo quien Dx de celulitis y prescribe tratamiento con penicilina intramuscular y dicloxacilina, sin obtener mejoría. Varios días más tarde, presenta nuevas lesiones de similares características en tercio inferior de la misma pierna y en cara posterior de pierna, los mismos que se tornan dolorosos y limitan los movimientos. Por lo que nuevamente es valorada por facultativo quien prescribe tratamiento con prednisona, ciprofloxacina y clindamicina sin obtener mejoría, por lo que es remitida al hospital regional.

Antecedentes

No refiere antecedentes personales, fa-



Figura 1A.
Nódulos eritemato-violáceos en cara lateral y posterior de piernas

miliares ni epidemiológicos de importancia.

Examen clínico

En el examen físico se observó la presencia de nódulos eritemato - violáceos, dolorosos, con descamación en la superficie, localizados en la cara postero-lateral de piernas, además nódulo ulcerado en cara interna de pierna izquierda (Figura 1 A y B).

Paraclínicos

Radiografía de tórax, biometría, bioquímico y parcial de orina dentro de los parámetros normales. PPD 29 mm (Figura 2).

El estudio histopatológico mostró una paniculitis lobulillar con vasculitis e infiltrado linfohistiocitario con focos de necrosis (Figura 3 A y B). Coloración de Ziehl-Nielsen negativa.



Figura 1B.
Nódulo ulcerados con presencia de material purulento en cara interna tercio inferior de pierna izquierda



Figura 2

Placa eritematosa, indurada de 29 mm. en cara interna de antebrazo (PPD positivo).

Tratamiento

Se inició terapia antituberculosa con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, presentando una gran mejoría clínica a las tres semanas de instaurada la terapia (figura 4 AyB), cumplió 6 meses de tratamiento. No ha presentado recurrencia en los últimos seis meses de seguimiento.

Discusión

El EIB en una dermatosis nodular crónica, que frecuentemente se presen-

ta en mujeres de mediana edad, como nódulos y/o placas subcutáneas, dolorosas induradas, eritemato-violáceas, pobremente definidas, con tendencia a la ulceración central, persistentes o recurrentes que generalmente se localizan en la cara posterior y lateral de las piernas, pueden dejar cicatrices atróficas o hiperpigmentadas [1,2]

Bazin en 1855 fue el que primero describió el EIB, en 1861, antes de la identificación del bacilo tuberculoso lo clasificó como un escrofulide erite-

matoso benigno, usando el termino escrofulide para referirse generalmente a nódulos violáceos profundos.

No fue hasta después del descubrimiento del MBT en 1882 que el término escrófula llegó a asociarse con TB. En 1896 Jean Darier renombró estas lesiones como tuberculide y así designó a un grupo de dermatosis en individuos sin historia previa de TB activa, que tuvieron una histopatología tuberculoide y la presencia de una intensa reacción al test de tuberculina [3,6,7,8]

Este concepto es discutido por muchos autores, puesto que existen reporte de pacientes con un cuadro clínico similar al EIB, pero que nunca han tenido historia de TB y el test de tuberculina es negativo. Audry en 1898, fue el primero en cuestionar la relación causal entre EIB y TB al no encontrar los cambios histopatológicos relacionados con TB en las biopsias de sus pacientes [3,4,6]

En 1945, Montgomery y colaboradores introducen el término vasculitis nodular (VN) para designar las lesiones de eritema indurado de origen no tuberculoso [3,5]

Diagnóstico

El diagnóstico del EIB se realiza tomando en cuenta las características clínicas de las lesiones, localización, respuesta hiperérgica al test de tuberculina (PPD), con induraciones mayores a 20mm [3,7]; hallazgos histopatológico compatibles con TB, detección de material

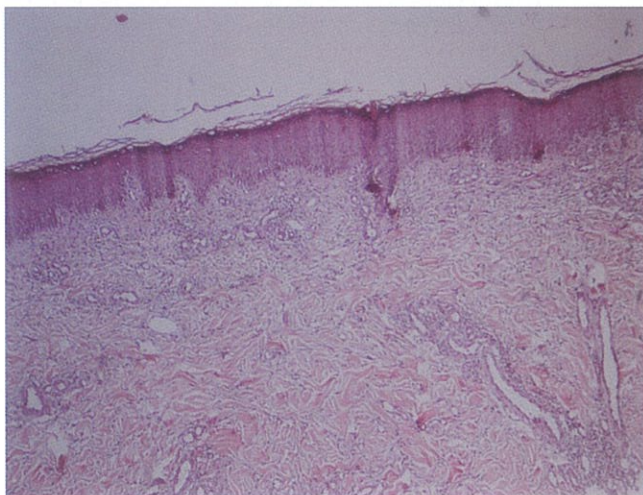


Figura 3A

10X Infiltrado linfohistiocitario, que compromete dermis profunda y tejido celular subcutáneo, formando granulomas.

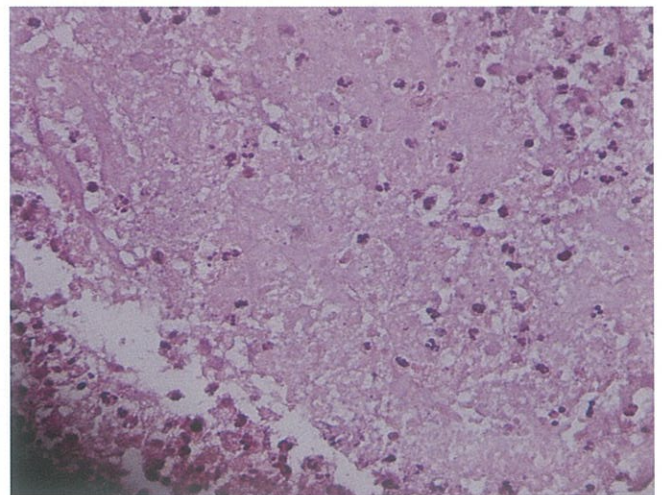


Figura 3B

40X de área central de granuloma en donde se observa necrosis.

de ADN de MTB por PCR, sin embargo, la incapacidad para detectarlo, no necesariamente excluye el diagnóstico [10,11,12]; además este se confirma ante la evidencia de una favorable respuesta a la terapia antituberculosa [3].

La prueba de QuantiFERON-TB podría también ser empleada, para interpretar los resultados de PPD cuando existe historia posible o certera de vacunación con BCG. Las células T de un individuo previamente sensibilizado al MBT producirán gama interferón sobre los antígenos de MBT reencontrados, sin embargo las células T de individuos no sensibilizados no lo harán [6].

Cuando se sospecha de una tuberculide, se recomienda investigar infección tuberculosa activa subclínica con una biopsia incisional que incluya una adecuada cantidad de tejido subcutáneo de la lesión temprana a más de la historia clínica y un exhaustivo examen físico. Pruebas de laboratorio adicionales que incluyan un examen de sangre completo, índice de eritrosedimentación y pruebas de función hepática y renal.

En caso de hallazgos negativos de Tb, se recomienda buscar hepatitis C y otras infecciones [3,6].

Patología

En muestras técnicamente adecuadas, biopsias incisionales o una biopsia profunda por punch, se exhibe un patrón predominantemente de paniculitis lobular que muestra una inflamación granulomatosa con necrosis focal, vasculitis, y fibrosis septal en varias combinaciones [3].

El patrón lobular inflamatorio puede ser inicialmente focal, limitado a las áreas alrededor de los vasos, o difuso, afectando a varios lóbulos de grasa. El infiltrado granulomatoso muestra células epitelioides, histiocitos, y células gigantes que pueden ser del tipo Langhans o tipo cuerpo extraño. Ocasionalmente podemos ver granulomas bien formados e incluso granulomas tuberculoides con necrosis caseosa central. En algunos casos se pueden ver necrosis extensas de panículos con infiltrado inflamatorio neutrofílico formando verdaderos abscesos. La presencia de vasculitis no

siempre está demostrada y no se considera un requisito para hacer el diagnóstico [3,9].

La epidermis puede estar intacta o ulcerada. A menudo están presentes infiltrados inflamatorios linfohistiocíticos perivasculares y perianexiales superficiales y profundos. En algunos casos con paniculitis amplia, los infiltrados granulomatosos pueden extenderse a la dermis reticular profunda [9].

Tratamiento

La terapia tetra-conjugada antituberculosa con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y estambutol se ha mostrado muy eficaz en el tratamiento y disminución de las recurrencias del EIB, por lo que es considerada por muchos autores como la terapia de primera elección para el manejo de esta patología [3,13,14,15].

En 1995 Scheneider y colaboradores demostraron la efectividad de este régimen aun en ausencia de una tuberculosis probada [3,15].

A pesar de estos hallazgos el riesgo de reacciones adversas al tratamiento antituberculoso ha hecho que varios autores recomienden reservar el tratamiento antituberculoso para aquellos casos en los cuales el paciente demuestra una reacción fuertemente positiva a la prueba de Mantoux en piel, QuantiFERON-TB positivo o ADN de MBT obtenido por PCR [3,6,14,15].

Algunas medidas básicas de tratamiento incluyen el reposo absoluto. El uso de AINES podría aliviar la sintomatología asociada con las lesiones ulceradas y debería ser considerado.

Aunque menos estudiados, los tratamientos adicionales que incluyen yodo de potasio, dapsona, colchicina, antimaláricos, tetraciclinas, sales de oro y prednisona han sido reportados como efectivos en el tratamiento del EIB, sin embargo estos no evitan las recurrencias tardías [3,6].

Conclusión

Presentamos este caso, porque algunos autores citados en este artículo ponen en discusión el concepto de tuberculide

para el eritema indurado de Bazin; mas sin embargo, con el respaldo en varias revisiones bibliográficas, a nuestra paciente le iniciamos la terapia antituberculosa, la misma que demostró una gran eficacia en la resolución de la patología y además seis meses luego de concluida la etapa de tratamiento, no ha presentado recidivas.

Referencias Bibliográficas

1. López D, Delpiano A. Eritema Indurado. Revisión de 40 casos. *Piel*. 1995; 11:15-18.
2. Rademaker M, Lowe D, Munro D. Erythema induratum (Bazin's disease). *J Am Acad Dermatol*. 2001;45:325-61.
3. Mascaró JM, Baselga E. Erythema induratum of Bazin. *Dermato Clin*. 2008; 26; 439-445.
4. Thomas E, Sánchez L, Sáenz-Anduaga E, Zagarra-del-Carpio. Eritema indurado de Bazin. *Dermatol Peru*. 2006;16(2):160-3.
5. Mancebo A, Escobar V, González A. Eritema indurado de Bazin. Estudio de un caso clínico pediátrico. *Acta Pediatr Mex*. 2010; 31(4):188-192.
6. Sharon V, Goodarzi H, Chambers C, Fung M, Armstrong A. Erythema induratum of Bazin. *Dermatology Online Journal*. 2010; 16 (4): 1.
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. Demarchi M, Hernández M. Eritema indurado de Bazin. A propósito de un caso. *Arch Argen Dermatol*. 2004;54:11-5.
9. Schneider JW, Jordan HF. Erythema Induratum of Bazin. A histopathological study of 20 cases. *Am J Dermatopathol*. 1996;18:172-85.
10. Jacinto SS, Nogales KB. Erythema Induratum of Bazin: Role of polymerase chain reaction in diagnosis. *Int J Dermatol*. 2003; 42:380-1.
11. Baselga E, Margall N, Barnadas M. Detection of Mycobacterium tuberculosis DNA in lobular granulomatous panniculitis (erythema induratum-nodular vasculitis). *Arch Dermatol*. 1997;133:457-62.
12. 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.
13. Lopez de Maturana D, Wagemann E, Amaro P, Ramonda P. Tratamiento antituberculoso en el eritema indurado. *Piel*. 1997; 11:27-31.
14. 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.
15. Förström L, Hannuksela M. Antituberculous treatment of erythema induratum of Bazin. *Acta Derm Venereol*. 1970; 50:143-7.