



SITUACIONES CLÍNICAS

Eritema indurado de Bazin: a propósito de un caso

A. Peña Irún^{a,*}, G. Santiago Ruiz^a y A. González Santamaría^b

^a Medicina Interna, Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega, Santander, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio Cántabro de Salud, Santander, España

Recibido el 19 de septiembre de 2010; aceptado el 27 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 5 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Paniculitis;
Eritema indurado de
Bazin;
Tuberculosis

Resumen Consideramos el eritema indurado de Bazin como un tipo de paniculitis. Dentro de este concepto se incluyen diversas enfermedades inflamatorias del tejido adiposo con origen etiopatogénico diferente. El estudio histopatológico nos aportará información sobre el tipo de infiltrado, que junto a la anamnesis y otras pruebas complementarias nos llevará al diagnóstico. © 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Panniculitis;
Erythema induratum
of Bazin;
Tuberculosis

Erythema induratum of Bazin: presentation of a case

Abstract Erythema induratum of Bazin is considered as a form of panniculitis. This concept includes various adipose tissue inflammatory diseases of different aetopathogenic origins. The histopathological study will give us information about the type of infiltration, which together with the anamnesis and other additional testing will lead to the diagnosis. © 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

El eritema indurado de Bazin es una paniculitis, es decir, un proceso inflamatorio de la grasa subcutánea, de distribución lobulillar, que está causado por afectación de los vasos profundos del panículo.

Se presenta en forma de nódulos o placas bilaterales, de curso crónico y recurrente, localizados en la cara posterior y lateral de las piernas, con clara tendencia a la ulceración.

Se considera una lesión relacionada con el bacilo de la tuberculosis y es necesario su diagnóstico para realizar un tratamiento con fármacos tuberculostáticos.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 73 años con antecedentes de síndrome depresivo e insuficiencia mitral severa por prolapso de válvula mitral. Estaba en tratamiento con venlafaxina, lormetazepam y un diurético. Acude a la consulta por un cuadro de 2 años de evolución de lesiones en las piernas en forma de nódulos y placas recidivantes de color rojo-violáceo y no dolorosas (fig. 1). En ningún momento presentaba síndrome general, fiebre u otros síntomas.

Con la sospecha inicial de eritema indurado, debido al aspecto de las lesiones y su evolución clínica, se solicitaron una serie de pruebas complementarias, entre las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaro.pena@scsalud.es (A. Peña Irún).



Figura 1 Nódulos y placas recidivantes de color rojo-violáceo y no dolorosos.

que se encontraban Mantoux de 25 mm, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 13, función renal y transaminasas normales, elemental y sedimento de orina normal, anticuerpos antinucleares (ANA) negativos y 2 pruebas de imagen (radiografía de tórax y ecografía de abdomen) sin hallazgos.

El diagnóstico lo confirmó la biopsia de uno de los nódulos, en la que se halló una paniculitis de predominio lobulillar que indicaba eritema indurado de Bazin.

Se inició tratamiento con isoniacida, rifampicina y pirazinamida durante 2 meses, dejando isoniacida y rifampicina hasta completar 6 meses. El tratamiento fue bien tolerado y las lesiones fueron desapareciendo progresivamente hasta la resolución, quedando únicamente zonas de atrofia e hiperpigmentación residual.

Comentario

Esta lesión fue descrita por primera vez por Bazin en 1861 y años más tarde se asoció al bacilo de la tuberculosis, no como una infección verdadera sino como una tuberculide, que consiste en una reacción de hipersensibilidad a *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) diseminado o a alguno de sus antígenos¹.

El fenómeno principal consiste en una vasculitis de vasos de pequeño y mediano calibre localizados en el pániculo adiposo, siendo la paniculitis un efecto colateral isquémico con componente necroinflamatorio.

Como norma general, el cultivo del bacilo de Koch (BK) en la lesión será negativo. En los casos en que fuera positivo, no actuaría como patógeno directo sino como antígeno.

Se recomienda investigar la presencia de enfermedad subclínica asociada, ya que aunque no es frecuente se han visto casos de tuberculosis activa relacionada con el eritema indurado. Por lo tanto, es imprescindible hacer una buena historia clínica y examen físico así como una radiografía de tórax que nos ayudará a la detección de enfermedad tuberculosa. Debemos realizar una biopsia de la lesión con reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

Tabla 1 Diagnóstico diferencial de paniculitis.

Septal		Lobulillar	
Con vasculitis	Sin vasculitis	Con vasculitis	Sin vasculitis
Panarteritis nudosa	Eritema nudoso	Eritema indurado de Bazin	Paniculitis lobulillar idiopática Por causas físicas Enfermedades sistémicas: Lupus Infecciones Histiocítico-citofágica Linfomas Paniculitis pancreática Déficit alfa 1 antitripsina

para *M. tuberculosis* y una prueba de Mantoux, para demostrar paniculitis lobulillar asociada a tuberculosis. También se tiene que solicitar una analítica general con hemograma, VSG, función hepática y podría ser útil añadir alfa 1 antitripsina, ANA y ecografía abdominal que nos ayudará en el diagnóstico diferencial con otras paniculitis (tabla 1)².

El diagnóstico³ definitivo viene dado por:

- Características clínicas e histopatológicas compatibles.
- Confirmación de la asociación con *M. tuberculosis* por Mantoux fuertemente positivo o detección por PCR. Si no se demuestra la asociación, entonces recibiría el nombre de vasculitis nodular.
- Buena respuesta a terapia antituberculosa. Lo confirmaría a posteriori.

El tratamiento debe ser a base de fármacos tuberculostáticos. Al tener baja carga de bacilos, si las resistencias⁴ primarias a fármacos de primera línea son bajas, podrían ser adecuadas pautas de isoniacida y rifampicina. El tratamiento en monoterapia con isoniacida, aunque eficaz en muchos casos, no se recomienda por el riesgo de desarrollo de resistencias. Sin embargo, el tratamiento de elección es la triple terapia antituberculosa (isoniacida, rifampicina y pirazinamida) en la pauta clásica de estos 3 fármacos durante 2 meses seguido de isoniacida y rifampicina 4 meses más. Esto resuelve las lesiones y evita las recaídas⁵.

Bibliografía

1. Mascaró JM, Baselga E. Erythema induratum of Bazin. *Dermatol Clin.* 2008;26:439–45.
2. Miranda Filloy JA, Vázquez Rodríguez TR, García Porrúa C. Paniculitis. Concepto. Clasificación. Manifestaciones clínicas y diagnóstico. *Medicine.* 2009;10:2199–204.

3. Victoria Sharon MD, Heidi Goodarzi MD. Erythema induratum of Bazin. *Dermatol Online J.* 2010;16:1.
4. García Rodríguez JF, Mariño Callejo A, Lorenzo García MV, Rodríguez Mayo M, Domínguez Domínguez D, Sesma Sánchez B, et al. Resistencias *Mycobacterium tuberculosis* en el Ferrol. Factores asociados. *Med Clin (Barc).* 1999;113:572–4.
5. García Rodríguez JF, Monteagudo Sánchez B, Mariño Callejo A. Tuberculosis cutánea: estudio descriptivo de 15 años. *Enf Infecc Microbiol Clín.* 2008;26:205–11.