

Sesión Clínica
09 de Noviembre de 2022

“Eritema Nodoso”

Dra. Saray Suárez García
José A. Herrera Rubio

Servicio de Medicina Interna
Complejo Asistencial Universitario de León
SACYL

TÓRAX:

No observo micronódulos, engrosamiento intersticial ni otras alteraciones en el parénquima pulmonar.

No se aprecian tampoco adenopatías hiliares o mediastínicas de tamaño significativo.

Imagen nodular densa en mediastino anterior compatible con resto tímico.

No se aprecia derrame pleural.

ABDOMEN:

Hepatomegalia con atenuación homogénea sin lesiones ocupantes de espacio ni dilatación de la vía biliar.

Bazo de tamaño normal y atenuación homogénea.

Páncreas, suprarrenales y riñones sin alteraciones salvo un desplazamiento hacia abajo del riñón derecho por la hepatomegalia.

No observo adenopatías ni otras alteraciones en la grasa mesentérica.

Tampoco se aprecian adenopatías retroperitoneales de tamaño patológico.

No se observa líquido libre peritoneal.

Descripción Microscópica:

A nivel de toda la dermis y tejido celular subcutáneo llama la atención la presencia de un moderado infiltrado inflamatorio que se dispone alrededor de los vasos y de los anejos cutáneos, constituido por linfocitos con algún neutrófilo y muy aislados eosinófilos. Dicho infiltrado permea las paredes vasculares con distintos grados de intensidad provocando, sobre todo a nivel de arterias de mediano calibre situadas en el límite dermo-hipodérmico, marcado estrechamiento en sus luces con imágenes de endarteritis y ocasionales depósitos fibrinoides en sus paredes. Asimismo existe una discreta extravasación de hematíes y ligeros signos de polvo nuclear o leucocitoclastia. En el tejido celular subcutáneo se observan cambios similares a nivel de los capilares y de los vasos de mediano calibre, provocando focalmente cambios de paniculitis lobulillar, apreciándose algunos tramos vasculares más afectados que otros.

Las técnicas de INMUNOHISTOQUÍMICA realizadas muestran positividad para CD3, CD4 y CD8 en la población linfoide observada y negatividad para CD20, CD56 y CD30. Las técnicas de Citoqueratina AE1-AE3 y CD34 no aportan datos histológicos relevantes, al igual que las técnicas de HISTOQUÍMICA realizadas (PAS, Azul-Alcián y Grocott).

NOTA:

los hallazgos histológicos son COMPATIBLES con una POLIARTERITIS NODOSA CUTÁNEA, no obstante sería necesario realizar una CORRELACIÓN ANATOMO-CLÍNICA para llegar a un DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO CONCLUYENTE.

Diagnóstico:

PUNCHS CUTÁNEOS DE PIERNA IZQUIERDA (2):

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS COMPATIBLES CON **POLIARTERITIS NODOSA CUTÁNEA**. VER DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA Y NOTA

Poliarteritis Nodosa Cutánea (PANc)

Vasculitis de mediano y pequeño calibre, del panículo adiposo subcutáneo,

Variante clínica? / Entidades distintas?

Muy baja frecuencia, incidencia real se desconoce (31 por millón)

Cualquier edad, máximo entre 4ª y 6ª década

Mujeres / Hombres 1,7/1

Fisiopatología se desconoce, se cree producida por IC (IgM y C3)

Múltiples factores desencadenantes

- Strept. Beta-hemolítico grupo A
- minociclina

VHB es menos común que en la PAN sistémica

Poliarteritis Nodosa Cutánea (PANC)

Principales características clínicas:

Nódulos subcutáneos dolorosos 80%, eritema y edema en el 50%
Predominio en miembros inferiores

Livedo reticularis 50-80%

Curso crónico con remisiones y recurrencias

Evolución a úlceras que curan con fibrosis y deformación

Las manifestaciones extra cutáneas se presentan en un 30%, en general son moderados y transitorios, fundamentalmente artralgias, mialgias y neuropatía periférica.

La fiebre se describe en el 9%

Clinical manifestations of systemic polyarteritis nodosa

Manifestation	Frequency, percent
Systemic symptoms	80
Fever, malaise, weight loss	
Neuropathy	75
Mononeuritis multiplex, polyneuropathy	
Arthralgias and/or myalgias	60
Articular and/or diffuse extremity pain	
Cutaneous	50
Livedo reticularis, purpura, ulcers	
Renal disease	50
Elevated creatinine, hematuria, glomerulonephritis	
Gastrointestinal symptoms	40
Abdominal pain, rectal bleeding	
Hypertension	35
New onset	
Respiratory manifestations	25
Infiltrates, nodules, cavities	
Central nervous system disease	20
Stroke, confusion	
Orchitis	20
Testicular pain, swelling	
Cardiac involvement	10
Cardiomyopathy, pericarditis	
Peripheral vascular disease	10
Claudication, ischemia, necrosis	

Adapted from: Pagnoux C, Seror R, Henegar C, et al. Clinical features and outcomes in 348 patients with polyarteritis nodosa. *Arthritis Rheum* 2010; 62:616.

UpToDate®

Poliarteritis Nodosa Cutánea (PANC)

Diagnóstico

Cuadro Clínico

Histología

Exclusión de otras vasculitis, no hay test de laboratorio específicos

ANCA, ANA, FR (típicamente -)

PCR VSG (escasamente +)

Crioglobulinas (-)

Complemento (N)

Proposed diagnostic criteria for cutaneous polyarteritis nodosa

Characteristic cutaneous manifestations:
<ul style="list-style-type: none">Subcutaneous nodules, livedo reticularis, ulcers, retiform purpura, digital ischemia
Consistent histopathologic findings:
<ul style="list-style-type: none">Fibrinoid necrotizing vasculitis of medium-sized arteries in the deep dermis/subcutis
Absence of:
<ul style="list-style-type: none">Fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$ for ≥ 2 weeks, unexplained weight loss ≥ 4 kgHypertension (new-onset diastolic blood pressure >90 mmHg)Progressive renal failure (serum blood urea nitrogen >40 mg/dL or creatinine >1.5 mg/dL)Cerebral ischemia, cerebral hemorrhageMyocardial infarction, ischemic heart disease, pericarditis, heart failureIntestinal hemorrhage, intestinal infarctionPeripheral neuropathy remote from cutaneous lesionsArthralgia (arthritis) or myalgia (myositis) remote from cutaneous lesionsAbnormal arteriography (microaneurysms, stenosis, or occlusion of visceral arteries)

Adapted from:

- Nakamura T, Kanazawa N, Ikeda T, et al. Cutaneous polyarteritis nodosa: revisiting its definition and diagnostic criteria. *Arch Dermatol Res* 2009; 301:117.
- Lightfoot RW Jr, Michel BA, Bloch DA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of polyarteritis nodosa. *Arthritis Rheum* 1990; 33:1088.

UpToDate®

Poliarteritis Nodosa Cutánea (PANC)

Tratamiento

Cuadros leves: AINES / Colchicina / esteroides tópicos

Cuadros severos: Corticoides sistémicos a dosis antiinflamatorias