

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68i6.10207>

Eritema nodoso secundario a colpitis resistente por *Chlamydia trachomatis*

Nodosum erythema to refractory colpitis for Chlamydia trachomatis

Diego Fernando Uriarte Mayorga,¹ Carlos Rodrigo Urquieta Gamón,² Viviana Raquel Barrón Mondaca,³ Andrea Giselle Mena Cortés⁴

Sr. editor:

Comunicamos el caso clínico de una paciente de 25 años, originaria de la ciudad de La Paz, Bolivia, con el antecedente de múltiples infecciones urinarias desde hacía tres años aproximadamente. Acudió con un familiar, quien refirió un cuadro clínico de aproximadamente dos semanas de evolución, con “bolitas rojas dolorosas” en las extremidades inferiores, acompañadas, en ocasiones, de alzas térmicas, además de disuria y flujo vaginal fétido. A la exploración física se observó una dermatosis localizada en la extremidad inferior en la cara interna de la región pretibial constituida por múltiples nódulos eritematosos de bordes irregulares y dolorosos a la palpación (**Figura 1**). Ante la sospecha de eritema nodoso y de una infección ginecológica, se solicitó un estudio histopatológico que evidenció engrosamiento de los septos, con formación de granulomas epitelioides no caseificantes con células gigantes multinucleadas. **Figura 2**

Además de realizar interconsulta con Ginecología, se solicitaron exámenes complementarios, con lo que se estableció el diagnóstico de colpitis de repetición con identificación de *Chlamydia trachomatis*. Se prescribió tratamiento con reposo, elevación de las extremidades, indometacina a dosis de 25 mg vía oral cada 12 horas y doxiciclina 100 mg vía oral cada 24 horas durante 3 semanas, con alivio del cuadro clínico.

¹ Dermatólogo, práctica privada, La Paz, Bolivia.

² Ginecólogo, Clínica Maternidad Privada Montalvo, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

³ Patólogo oncólogo, La Paz, Bolivia.

⁴ Médico cirujano, La Paz, Bolivia.

Recibido: noviembre 2023

Aceptado: mayo 2024

Correspondencia

Diego Fernando Uriarte Mayorga
drdiegourarte@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Uriarte-Mayorga DF, Urquieta-Gamón CR, Barrón Mondaca VR, Mena-Cortés AG. Eritema nodoso secundario a colpitis resistente por *Chlamydia trachomatis*. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (6): 881-883.



Figura 1. Múltiples nódulos eritematosos dolorosos a la palpación.

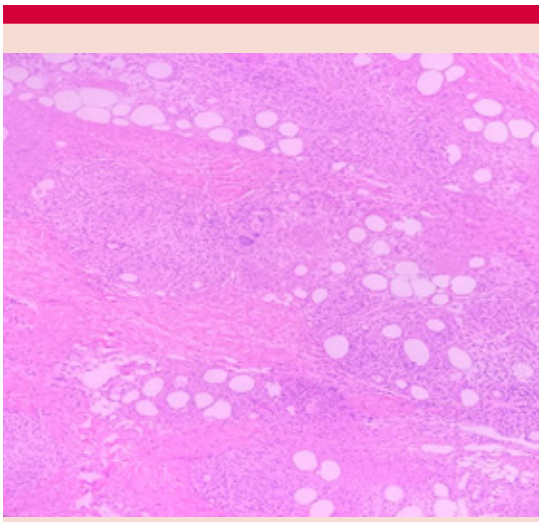


Figura 2. Paniculitis con engrosamiento de los septos, formación de granulomas epitelioides y células gigantes multinucleadas. Hematoxilina y eosina, x40.

El eritema nodoso es la forma de paniculitis más frecuente, producida por una reacción desenca-

denada por un estímulo externo, que puede ser un proceso infeccioso, inflamatorio, embarazo o consumo de fármacos; sin embargo, en la mayoría de los casos se considera de origen idiopático. Se manifiesta con mayor frecuencia en mujeres entre la segunda y tercera décadas de la vida. En términos clínicos, inicia con una fase prodrómica pseudogripal que dura entre una y tres semanas, posteriormente aparecen los nódulos eritematosos característicos, no ulcerativos y dolorosos en las extremidades inferiores. Por lo general, el cuadro se alivia de manera espontánea y requiere únicamente soporte sintomático.

Es una paniculitis septal aguda común¹ con un amplio espectro de causas: infecciones por estreptococos, por especies de *Yersinia*, *Salmonella*, tuberculosis, lepra, gastroenteritis por *Campylobacter*, neumonía por *Mycoplasma*, tularemia, leptospirosis, psitacosis, brucelosis, linfogranuloma venéreo, infecciones virales –entre ellas las causadas por el virus del herpes simple, de Epstein-Barr, de hepatitis B y C–, coccidioidomycosis, histoplasmosis, blastomicosis, amebiasis, giardiasis; causas no infecciosas como consumo de drogas, malignidad, enfermedad inflamatoria intestinal, embarazo, enfermedad de Whipple, entre otras.^{2,3}

El diagnóstico es principalmente clínico, a través de una anamnesis detallada y un examen físico minucioso; sin embargo, con el fin de determinar la causa pueden solicitarse exámenes complementarios: hemograma, determinación de proteína C reactiva, prueba de Mantoux, radiografía de tórax, frotis faríngeo, cultivo, pruebas rápidas, estudio coproparasitológico e, incluso, biopsia cutánea en casos atípicos, cuando los nódulos se extienden a las extremidades superiores o al tórax o cuando las lesiones se tornan ulcerativas o miden más de 5 cm de diámetro.^{1,4,5}

El tratamiento incluye medidas de cuidado general, como reposo, analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos hasta evidenciar alivio del cuadro clínico y tratar la causa subyacente en caso de identificarla.^{2,4} Por lo general, el pronóstico es bueno, pero existe riesgo de recurrencia, sobre todo en casos de origen idiopático.^{4,5} De acuerdo con la bibliografía revisada, se encontraron casos secundarios a otros procesos infecciosos, principalmente bacterianos, como infecciones estreptocócicas, por *Mycobacterium tuberculosis* o enterobacterias; sin embargo, no se dispone de casos reportados de eritema nodoso secundario a una infección de transmisión sexual, como el caso comunicado. En Bolivia no se cuenta con registros suficientes, por lo que éste sería el primer caso reportado de eritema nodoso secundario a *Chlamydia trachomatis*.

REFERENCIAS

1. Roth N, Biedermann L, Fournier N, Butter M, et al. Occurrence of skin manifestations in patients of the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study. *Plos One* 2019; 14 (1): e0210436. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210436>
2. Fujikawa T, Senoo A. Recurrent erythema nodosum as a warning of tuberculous lymphadenitis. *Mayo Clin Proc* 2019; 94 (1): 174-17. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.11.018.
3. Porges T, Shafat T, Sagy I, Zeller L, Bartal C, Khutarniuk T, Jotkowitz A, Barski L. Clinical, epidemiologic, and etiologic changes in erythema nodosum. *Isr Med Assoc J* 2018; 20 (12): 770-772.
4. Morgado F, Batista M, Coutinho I, Cardoso JC, Tellechea Ó. Erythema nodosum and sarcoid granulomas-letting the cat out of the bag. *Dermatol Online J* 2018; 24 (12).
5. Pérez-Carrillo V, Rondón-Carvajal J. Enfoque general del paciente con eritema nudoso. *Rev CES Med* 2020; 34 (1): 53-63. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.1.5>

