



## Eritema nudoso causado por *Salmonella typhimurium*

E. Orsola Lecha<sup>a</sup>, D. Planchuelo Calatayud<sup>b</sup>, B. Rosillo Coromina<sup>a</sup>,  
F.J. Cañamares Barroso<sup>a</sup>, I. Cid Xutglà<sup>a</sup>

Publicado en Internet:  
8-enero-2014

Emilio Orsola Lecha:  
8215eol@comb.cat

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. ABS Santa Eulalia Sud. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. España  
• <sup>b</sup>MIR-MFyC. ABS Santa Eulalia Sud. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. España.

### Palabras clave:

- Eritema nudoso
  - *Salmonella typhimurium*
- Gastroenteritis
  - Diarrea

### Resumen

La *Salmonella typhimurium* es una etiología poco frecuente del eritema nudoso. Esta enfermedad se caracteriza por presentar nódulos dolorosos en las piernas, sobre todo a nivel pretibial, pudiéndose afectar el estado general. El diagnóstico se hará por coprocultivo y por la presentación de diarrea, tras haber descartado otros problemas con pruebas complementarias negativas. El tratamiento es sintomático.

### Key words:

- Erythema nodosum
  - *Salmonella typhimurium*
- Gastroenteritis
  - Diarrhea

### Abstract

*Salmonella typhimurium* is a rare etiology of erythema nodosum. This disease is characterized by painful nodules in legs, especially in the pretibial region, usually affecting general condition. The diagnosis is made by stool culture and the presence of diarrhea, after ruling out other problems with negative tests. Treatment is symptomatic.

## Erythema nodosum caused by *Salmonella typhimurium*

## INTRODUCCIÓN

Por el carácter poco frecuente del eritema nudoso (EN), y por la etiología hallada en nuestro paciente (*Salmonella typhimurium*), muy poco frecuente como causa de EN, creemos que este caso clínico es digno de mención.

## CASO CLÍNICO

Niño de cuatro años, afebril, con amigdalitis pultácea, frotis faríngeo negativo a estreptococo, y con

el resto de la exploración física normal. Dos días antes tuvo fiebre y diarrea. Por todo ello se orienta como un cuadro vírico, realizando tratamiento sintomático. A los dos días, por persistencia de las deposiciones líquidas, se solicita coprocultivo que es positivo a *Salmonella typhimurium*. A los 15 días de inicio del cuadro, el niño presenta unas lesiones eritematosas y algunos nódulos pretibiales, dolorosas, en ambas extremidades inferiores, en número de 8-9, de tamaño de 2-3 cm de diámetro, sin otros signos ni síntomas.

Ante la clínica, orientamos el cuadro como EN secundario a *S. typhimurium*. Solicitamos radiografía

Cómo citar este artículo: Orsola Lecha E, Planchuelo Calatayud D, Rosillo Coromina B, Cañamares Barroso FJ, Cid Xutglà I. Eritema nudoso causado por *Salmonella typhimurium*. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:337.e157-e159.

de tórax y analítica con hemograma, bioquímica, velocidad de sedimentación globular (VSG), factor reumatoide, antiestreptolisinas y anticuerpos anti-nucleares (ANA), para descartar otras posibles etiologías<sup>1</sup>. La radiografía de tórax no objetiva alteraciones radiológicas y las determinaciones analíticas son normales.

A la semana desaparecen los nódulos, con curación completa.

## DISCUSIÓN

El EN es una paniculitis septal aguda que no se acompaña de vasculitis. Es la más frecuente en los niños, y se caracteriza por presentar a nivel subcutáneo nódulos eritematosos, simétricos, calientes, dolorosos y con bordes mal definidos de aparición brusca, con mayor frecuencia en las extremidades inferiores a nivel pretibial, y más raramente en las extremidades superiores o en la zona facial<sup>2</sup>.

Las lesiones pueden medir de 0,5 a 5 cm de diámetro y persisten de dos a seis semanas. Durante este periodo, los nódulos cambian de coloración, de rojo a azulado, desapareciendo posteriormente.

Puede estar afectado el estado general, con fiebre, artralgias y edemas en las extremidades inferiores. Es más frecuente en adolescentes y raro antes de los dos años.

Se trata de un proceso con múltiples etiologías, y que aparece como reacción de hipersensibilidad por causa infecciosa, autoinmune, efecto secundario de algún fármaco o de causa idiopática<sup>3</sup>. Clásicamente, la más frecuente era la idiopática, seguida de la tuberculosis y la faringitis estreptocócica. Actualmente, el origen tuberculoso ha ido disminuyendo<sup>4</sup>, dándose paso a las causas derivadas de gastroenteritis, mayoritariamente secundarias a *Salmonella enteritidis*<sup>5</sup>.

Otras causas son fármacos (difenilhidantoína), bacterias (*Yersinia* sp.), virus (de Epstein Barr, de la hepatitis B, de la inmunodeficiencia humana), hongos (*Histoplasma*) y neoplasias (leucemia)<sup>6</sup>.

*Salmonella typhimurium* puede encontrarse en cualquier alimento crudo de origen animal y en algunas frutas y verduras. También se encuentra en las tortugas de agua, por lo que no es recomendable tenerlas como mascotas. La prevención del contagio se basa en una cocción adecuada y una higiene escrupulosa<sup>7</sup>.

En el diagnóstico del EN se debe realizar una correcta anamnesis insistiendo sobre los síntomas gastrointestinales y sobre la medicación que pueda estar tomando el paciente en ese momento<sup>8</sup>.

La visualización de los típicos nódulos es el signo principal para el diagnóstico clínico del EN. El hemograma completo, VSG, función hepática renal y tiroidea, títulos de anticuerpos antiestreptolisina O, factor reumatoide, ANA, realización de test faríngeo para estreptococo, prueba de tuberculina, radiografía de tórax y coprocultivo en caso de diarreas, orientan el diagnóstico diferencial<sup>9</sup>.

En el caso de recidiva (entre un 4 y un 10% de los casos) es conveniente obtener biopsia, para estudio histopatológico, cultivos bacterianos y micóticos.

En el diagnóstico diferencial debe tenerse en cuenta la paniculitis de Weber-Christian, que se presenta en forma de nódulos dolorosos en el pie, acompañados de fiebre, artralgias y mialgias. Otra entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial es el eritema indurado o paniculitis nodular o vasculitis de Pierre Bazin, que aparece en la parte posterior de las piernas, con tendencia a ulcerarse y recidivar, y cuya etiología más frecuente es la tuberculosis.

Otros diagnósticos posibles serían la erisipela, las celulitis, los traumatismos o el maltrato infantil.

El tratamiento es sintomático, con antiinflamatorios y reposo relativo. Debe tratarse la etiología si se objetiva. Algunos autores recomiendan yoduro potásico (en estadios precoces) o corticoides<sup>10</sup>. En nuestro caso hemos llegado al diagnóstico etiológico por la clínica y posterior confirmación del coprocultivo, descartando otras etiologías con pruebas complementarias.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## ABREVIATURAS

**ANA:** anticuerpos antinucleares • **EN:** eritema nudoso  
• **VSG:** velocidad de sedimentación globular.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Canduela Martínez V, Mongil Ruiz Y, Cagigas Daza P, Docio Nieto S. Eritema nudoso asociado a infección por *Salmonella enteritidis*. *Acta Pediatr Esp*. 1998;56:411-2.
2. Moros M, Labay M, Martín-Calama J, Morte A. Eritema nudoso asociado a infección por *Salmonella enteritidis*. *An Pediatr (Barc)*. 2000;52:298-9.
3. Sota I, Oñate E, Pérez-Yarza EG. Eritema nudoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:403-7.
4. Seijas L, Seijas MJ, Rodríguez C, Esparza MJ. Eritema nudoso de causa tuberculosa. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2001;3(12):49-54.
5. Romero González B, Fernández Ortiz B. Eritema nudoso en la infancia. *An Esp Pediatr*. 1998;29:317-9.
6. Gómez Campderá J, Navarro M, Medrano C, Escudero B. Eritema nudoso en la infancia. Estudio de 30 casos. *Rev Esp Pediatr*. 1994;50:423-7.
7. Nelson Ruiz M, Sonia Calle E, Hugo Gálvez C. Identificación de *Salmonella spp* en tortugas motelo (*Geochelone denticulada*) de un criadero de la ciudad de Iquitos. *Rev Investig Vet*. 2010;21:1.
8. Martínón Sánchez F, Casares Mourino FJ, Miramón Jiménez MC, Martínón Sánchez ML, Rodríguez Miguélez MV, Mato Prada J. Eritema nudoso. Estudio de 22 casos en edad pediátrica. *Pediatrka*. 1984;4:294-9.
9. Artola Aizalde E, Gorrotxategui Gorrotxategui P, López Palma F, Guerrero Pereda R, Unanue Tejera G, Palacio Pina M, et al. Eritema nudoso en pacientes pediátricos. Un estudio de 22 casos. *An Esp Pediatr*. 1993;39:191-3.
10. Agüero D, Cubero MC, Martín O. Eritema nudoso a propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:451-6.