

METODO DEL CASO (X). Mujer de 21 años con eritema nodoso, diarrea con dolor abdominal y artritis

Joan M. Nolla Solé, Laura Berbel Arcobé, Paola Vidal Montal, Diego Benavent Nuñez, Javier Narvaéz García
Departament de Ciències clíniques. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona

Caso clínico

Mujer de 21 años

- Antecedente de *uveítis anterior* unilateral hace 8 meses, resuelta con tratamiento tópico
- No antecedentes familiares relevantes
- No toma medicación habitual

Motivo de consulta:

- Dolor y tumefacción en tobillos y pequeñas articulaciones de manos desde hace 5 días
- Lesiones cutáneas dolorosas en ambas piernas (eritema nodoso)
- Febrícula persistente (37.5–37.8 °C)
- Diarrea mucosa intermitente desde hace 2 semanas, sin sangre ni pus
- Dolor abdominal leve en fosa iliaca derecha desde hace aproximadamente 10 días

Caso clínico

Exploración física:

- Nódulos subcutáneos dolorosos en cara anterior de ambas piernas (eritema nodoso)
- Artritis en tobillos y metacarpofalángicas
- Abdomen blando, dolor leve a la palpación en fosa iliaca derecha
- No hepatoesplenomegalia. No adenopatías palpables.

Analítica:

- VSG: 52 mm/h
- Hemoglobina: 11.8 g/dL Leucocitos: 10,200/mm³ (fórmula normal). Plaquetas: 410,000/mm³
- ANA, FR, ACPA: negativos. HLAB27 (-)

Caso clínico

Indica:

- Diagnóstico diferencial
- Elementos clave para establecer el diagnóstico
- Diagnóstico más probable

Diagnóstico diferencial (A). Eritema nodoso

El eritema nodoso (EN) es la forma más frecuente de paniculitis septal sin vasculitis, y representa un marcador cutáneo de procesos inflamatorios sistémicos diversos. Se manifiesta clínicamente como nódulos eritematosos, dolorosos y simétricos, localizados habitualmente en la cara anterior de las piernas. Su etiología es amplia y varía en función del contexto geográfico, la edad y los antecedentes del paciente.

A continuación, se expone el diagnóstico diferencial del EN, estructurado por grandes grupos etiológicos:

1. Infecciones

- Estreptococo β -hemolítico grupo A: principal causa en niños y adultos jóvenes. Relación con faringoamigdalitis reciente. Solicitar ASLO y cultivo faríngeo.
- Tuberculosis: más prevalente en áreas endémicas. Valorar contacto previo, prueba de tuberculina e interferón- γ .
- Yersinia, Salmonella, Campylobacter: cuadros gastrointestinales previos.
- Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia: en contextos respiratorios.
- Virus (EBV, hepatitis B/C, VIH): menos frecuentes, pero a considerar en inmunodeprimidos.

Diagnóstico diferencial (A). Eritema nodoso

2. Enfermedades sistémicas de naturaleza inflamatoria

- Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: asociación clásica. El EN puede preceder o acompañar brotes.
- Sarcoidosis: suele acompañarse de adenopatías hiliares bilaterales (síndrome de Löfgren).
- Espondiloartritis: especialmente en formas con colitis o uretritis asociada (síndrome de Reiter).
- Behçet: en menor frecuencia, dentro de su espectro de vasculitis mucocutáneas.

3. Fármacos

- Sulfamidas, anticonceptivos orales, antibióticos betalactámicos, anti-TNF.

4. Neoplasias

- Linfomas, leucemias, adenocarcinomas (pulmón, colon).

5. Idiopático

- En un 30–50% de los casos, no se identifica causa concreta.

Diagnóstico diferencial (A). Eritema nodoso

Puntos clave en la evaluación

- Historia clínica detallada (infecciones recientes, síntomas digestivos, respiratorios o constitucionales).
- Exploración dirigida (adenopatías, uveítis, artritis).
- Analítica básica, reactantes de fase aguda, estudio de imagen torácico.
- Pruebas dirigidas según sospecha clínica (cultivos, serologías, IGRA, colonoscopia).

Diagnóstico diferencial (B). Artritis + diarrea

La asociación entre artritis y diarrea sugiere un proceso sistémico con compromiso articular y gastrointestinal. Este binomio clínico puede presentarse en múltiples entidades, tanto infecciosas como inflamatorias o reactivas. El enfoque diagnóstico debe considerar la cronología de los síntomas, el patrón articular, y la presencia de manifestaciones sistémicas acompañantes. Cabe tener presente los siguientes procesos:

1. Artritis reactiva

- Etiología: enteropatógenos (Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter), Chlamydia.
- Clínica: artritis asimétrica de grandes articulaciones (rodillas, tobillos), generalmente postinfecciosa (1–4 semanas tras episodio entérico o urogenital).
- Otras manifestaciones: entesitis, conjuntivitis, uretritis, balanitis circinada, queratodermia blenorragica.
- Asociación genética: HLA-B27.

2. Espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

- Etiología: enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa.
- Clínica: artritis periférica (tipo 1: oligoartritis con brotes de EII; tipo 2: poliarticular crónica e independiente del curso intestinal). Posible sacroilitis o espondilitis axial.
- Asociaciones: uveítis, pioderma gangrenoso, eritema nudoso.
- Diagnóstico: endoscopia con biopsia si EII no conocida previamente.

Diagnóstico diferencial (B). Artritis + diarrea

3. Artritis infecciosa concomitante a enteritis

- Etiología: Infecciones entéricas por bacterias invasivas (Salmonella, Campylobacter, Yersinia), con posible bacteriemia o diseminación hematológica.
- Clínica: diarrea aguda + monoartritis o artritis séptica.
- Evaluación: hemocultivos, cultivos de heces, artrocentesis si monoartritis.

4. Enfermedades autoinmunes sistémicas con afectación digestiva

- Lupus eritematoso sistémico (LES): diarrea por vasculitis mesentérica, infecciones oportunistas o colitis lúpica; artritis no erosiva.
- Vasculitis sistémicas: poliarteritis nodosa, vasculitis ANCA (aunque menos frecuente con diarrea).

5. Enfermedad celíaca

- Clínica: diarrea crónica, pérdida ponderal, anemia, y artralgias/artritis en algunos casos.
- Asociaciones: HLA-DQ2/DQ8, otras enfermedades autoinmunes.
- Diagnóstico: serología (anti-transglutaminasa IgA), biopsia duodenal.

6. Fármacos y tóxicos

- Diarrea y artritis como efectos secundarios de anti-TNF, inhibidores de checkpoint, o tras inmunoterapia.
- También en contextos de colitis por antibióticos o diarrea por *C. difficile*.

Diagnóstico diferencial (B). Artritis + diarrea

Puntos clave en la evaluación:

- Inicio agudo y secuencia temporal: artritis postinfecciosa vs. artritis concomitante.
- Tipo de artritis: mono/oligoarticular vs. poliarticular.
- Presencia de manifestaciones sistémicas: fiebre, lesiones cutáneas, uveítis.
- Exploraciones clave: coprocultivos, serologías, HLA-B27, endoscopia digestiva.

Sospecha diagnóstica:

Enfermedad inflamatoria intestinal con artropatía periférica y eritema nodoso

Claves del diagnóstico

¿ Por qué hay que pensar en una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ?

- Tríada clínica sugestiva: artritis periférica + diarrea mucosa + eritema nodoso.
- Edad joven y sexo femenino: grupo típico de debut de EII.
- Dolor abdominal localizado (fosa iliaca derecha): compatible con afectación ileocecal.
- Uveítis anterior previa: manifestación extraintestinal clásica de EII.
- Elevación marcada de reactantes (VSG 52 mm/h).
- Más probable una enfermedad de Crohn (compromiso articular en debut, dolor en fosa ilíaca derecha, edad, entre otros)

¿ Qué tipo de artritis es ?

Artritis **periférica** aguda asociada a EII:

- Oligoartritis de grandes articulaciones.
- Suele coincidir con la actividad inflamatoria intestinal.
- No erosiva, autolimitada, seronegativa.

Claves del diagnóstico

¿Qué pruebas diagnósticas están indicadas?

1. Coprocultivos y parásitos en heces

Descartar infección entérica aguda (diferencial con artritis reactiva).

2. Serología para gérmenes enteropatógenos

Especialmente *Campylobacter*, *Yersinia*, *Salmonella*.

3. Serología celíaca (anti-transglutaminasa IgA)

Descartar enfermedad celíaca como causa conjunta de diarrea y artralgias.

4. Prueba de interferón- γ (IGRA) y/o Mantoux

Descartar tuberculosis como causa de eritema nodoso.

5. Estudio inmunológico: HLAB27/ANA, ACPA, FR (pruebas negativas)

Estudio endoscópico: ileocolonoscopía con biopsia

Prueba clave. Buscamos:

1. Lesiones aftosas, úlceras lineales, estenosis o mucosa parcheada.
2. Infiltrado inflamatorio transmural y granulomas no caseificantes (si presentes, orientan a Enfermedad de Crohn).