

Paniculitis granulomatosa recidivante en paciente con enfermedad autoinmune: ¿eritema indurado de Bazin o manifestación inmunomediada?

Luis Alejandro López-Yepes¹ , Ana Lucía Urrutia-Brán² 

¹Hospital de Referencia Nacional de Enfermedades Respiratorias (HRNER), Hospital El Pilar y Clínica Privada, Ciudad Guatemala, Guatemala

²Epidemiología y Estadística, Clínica Privada, Ciudad de Guatemala, Guatemala

Recibido: 15/09/2025

Aceptado: 06/10/2025

En línea: 31/12/2025

Citar como: López-Yepes LA, Urrutia-Brán AL. Paniculitis granulomatosa recidivante en paciente con enfermedad autoinmune: ¿eritema indurado de Bazin o manifestación inmunomediada? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (diciembre); 10(3): 142-144. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a14>.

Cite this as: López-Yepes LA, Urrutia-Brán AL. Recurrent granulomatous panniculitis in a patient with autoimmune disease: Bazin's indurated erythema or immune-mediated manifestation? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (December); 10(3): 142-144. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a14>.

Autor para correspondencia: Luis Alejandro López Yépes. drlopezyepes@yahoo.com

Palabras clave

- ▷ eritema indurado de Bazin
- ▷ paniculitis
- ▷ autoinmunidad
- ▷ tuberculosis cutánea
- ▷ inmunosupresores

Resumen

Mujer joven con antecedentes de artritis reumatoide y síndrome de Sjögren sin tratamiento, diagnosticada de eritema indurado de Bazin de etiología tuberculosa activa. Tras buena respuesta inicial al tratamiento antifímico, tuvo recaída al pasar a fase de mantenimiento, que hizo sospechar de resistencia a isoniazida o rifampicina, con paso a tratamiento de nueve meses con los cuatro fármacos, y con resolución completa de las lesiones. Unos meses después, presentó una segunda recaída, esta vez de base inmunomediada en ausencia de bacilos. La paciente mostró excelente respuesta clínica posterior a inmunosupresores, confirmando el origen autoinmune del proceso en el segundo momento.

Keywords

- ▷ erythema induratum of Bazin
- ▷ panniculitis
- ▷ autoimmunity
- ▷ cutaneous tuberculosis
- ▷ immunosuppressants

Abstract

A young woman with a history of untreated rheumatoid arthritis and Sjögren's syndrome was diagnosed with Bazin's erythema induratum of active tuberculous etiology. After a good initial response to antifimic therapy, she relapsed upon entering the maintenance phase, which led to suspicion of resistance to isoniazid or rifampin. She was then transferred to a nine-month treatment with all four drugs, with complete resolution of the lesions. A few months later, she experienced a second relapse, this time immune-mediated in the absence of bacilli. The patient showed an excellent clinical response following immunosuppressants, confirming the autoimmune origin of the process at the second stage.

Puntos destacados

- ▷ El eritema indurado de Bazin puede cursar como paniculitis recidivante.
- ▷ La ausencia de respuesta al tratamiento antituberculoso debe hacer considerar una tuberculosis resistente a fármacos, aunque en pacientes con autoinmunidad asociada o mala respuesta a los antifímicos, se debe sospechar además una etiología inmunomediada.

Introducción

El eritema indurado de Bazin (EIB) es una paniculitis lobulillar con vasculitis, históricamente considerada una manifestación de hipersensibilidad a la tuberculosis^{1,2}. Aunque en muchos casos se atribuye a infección por *Mycobacterium tuberculosis*, su fisiopatología puede variar, especialmente en pacientes con enfermedades autoinmunes concomitantes. Este caso clínico muestra un EIB recurrente con una evolución inusual, con sospecha de resistencia inicial a isoniazida o rifampicina, y con respuesta completa al tratamiento antituberculoso de primera línea con los cuatro fármacos durante nueve meses^{3,4,5}, aunque con una recidiva posterior en la que se ha sospechado tuberculosis resistente a rifampicina o multidrogorresistente versus etiología autoinmune^{6,7,8}. Se administró tratamiento con fármacos antituberculosos de segunda línea al cual no

respondió dos meses después, por lo que se suspendió el esquema y se inició tratamiento inmunosupresor, con excelente respuesta mantenida hasta el momento actual^{3,4,6,7,8}.

Caso clínico

Antecedentes

Mujer de 32 años con antecedente familiar de tuberculosis en hermano conviviente cercano con tuberculosis pulmonar reciente, no fallecido, quien tuvo una buena evolución y recuperación. Antecedente médico de artritis reumatoide seropositiva y de síndrome de Sjögren; sin tratamiento inmunosupresor hasta entonces.

Enfermedad actual

Consultó por lesiones dolorosas, nodulares y eritematosas en ambas piernas. La primera biopsia reportó paniculitis lobulillar granulomatosa con vasculitis y trombosis vascular, compatible con EIB. Las pruebas microbiológicas fueron

negativas, incluyendo baciloscopía, cultivo y GeneXpert TB de tejido, lavado broncoalveolar y orina. La paciente tenía una prueba de Quantiferon-TB Gold positiva.

Exploración física

Nódulos subcutáneos dolorosos de predominio en caras posteriores de piernas, algunos con ulceración y secreción (**figura 1**). Sin linfadenopatías ni hallazgos pulmonares.



Figura 1. Lesiones ulceradas y nodulares en la pierna derecha, que corresponden a la fase inicial activa de la paniculitis granulomatosa compatible con eritema indurado de Bazin.

Pruebas complementarias

Se realizaron tres biopsias cutáneas, al inicio y en las dos recaídas, y todas revelaron paniculitis lobillar con granulomas, vasculitis y necrosis grasa (**figura 2**). GeneXpert TB y cultivo de tuberculosis negativos en tejido, lavado broncoalveolar y orina al inicio y en las dos recaídas. Serologías autoinmunes: FANA 1:640, anti-CCP y FR positivos, anti-Ro/SSA y anti-La/SSB positivos. Rayos X de tórax dentro de límites normales, no sugestivos de tuberculosis pulmonar.

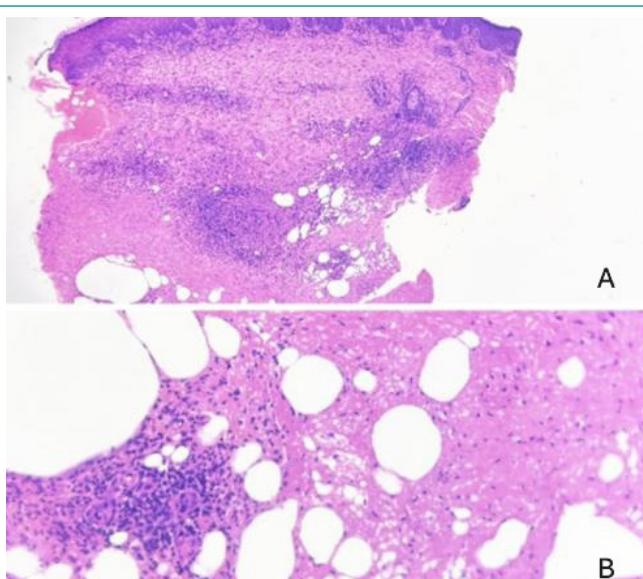


Figura 2. Imágenes histológicas representativas de las biopsias cutáneas obtenidas de las lesiones nodulares de las piernas. Tinción con hematoxilina-eosina a bajo aumento; se observó paniculitis lobillar con infiltrado inflamatorio denso que afectaba principalmente la grasa subcutánea con granulomas y vasculitis con necrosis fibrinoide de las paredes vasculares, compatibles con eritema indurado de Bazin.

Evolución

Inició tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol (HRZE) ajustado por peso, con mejoría notable a los dos meses (**figura 3**). Durante la fase de mantenimiento con isoniacida y rifampicina, recayó clínicamente. Ante

la ausencia de sensibilidad antibiótica objetivable y la alta prevalencia de resistencia tuberculosa a isoniacida y rifampicina en Guatemala⁵, se reinició HRZE durante 9 meses con lo que se obtuvo una remisión completa de las lesiones, respuesta clínica sugeritiva de una tuberculosis cutánea tipo eritema de Bazin resistente a isoniacida (menos probable a rifampicina)^{3,4,5}. Tras 4 meses del fin del tratamiento, reaparecieron las lesiones, por lo que se intentó nuevamente HRZE, suspendido por rash cutáneo y elevación de transaminasas graves.

Se planteó el diagnóstico diferencial de esta recaída entre la resistencia a uno o varios fármacos de primera línea versus etiología inmunomediada sin bacilos viables^{6,7,8}, por lo que se decidió una prueba terapéutica con fármacos de segunda línea (bedaquilina, linezolid, moxifloxacino y clofazimina), sin respuesta y con progresión de las lesiones tras 2 meses con este esquema.

Ante la ausencia de respuesta al tratamiento antituberculoso de segunda línea se sospechó que la etiología era inmunomediada, ya sin bacilos viables, por lo que se suspendió el régimen antituberculoso y se iniciaron inmunosupresores (micofenolato, hidroxichloroquina, prednisona), con remisión completa de las lesiones tras una semana de tratamiento, con respuesta sostenida un año después^{1,2,6,7,8} (**figura 4**).



Figura 3. Imagen clínica tomada aproximadamente un mes después de iniciado el tratamiento con los cuatro fármacos antituberculosos. Se observaba mejoría significativa respecto al estado inflamatorio previo. Esta evolución clínica fue interpretada como una buena respuesta inicial al tratamiento antituberculoso^{1,2,3,4}.



Figura 4. Imagen clínica tras un mes de tratamiento inmunosupresor con micofenolato, hidroxichloroquina y prednisona. Se observaba resolución completa de las lesiones inflamatorias nodulares activas en ambas piernas, con persistencia únicamente de hiperpigmentación postinflamatoria y cicatrices puntiformes residuales^{6,7,8}.

Diagnóstico

Tuberculosis cutánea paucibacilar tipo eritema indurado de Bazin, con sospecha clínica de resistencia a isoniacida (menos probable a rifampicina)^{3,4,5}, con una recaída posterior de base inmunomediada, en ausencia ya de bacilos viables^{6,7,8}.

Discusión

El eritema indurado de Bazin se ha considerado tradicionalmente una manifestación cutánea de la tuberculosis, aunque la mayoría de los casos cursan sin aislamiento microbiológico del bacilo. Los criterios diagnósticos habitualmente aceptados para EIB incluyen la combinación de: clínica compatible, hallazgos histopatológicos, prueba de inmunidad celular positiva frente a *M. tuberculosis* (como Quantiferon-TB Gold o Mantoux), la respuesta inicial favorable al tratamiento antituberculoso y la exclusión de otras causas^{1,2}.

En este caso, la evolución parecía corresponder a un doble mecanismo: inicialmente una tuberculosis cutánea paucibacilar activa tipo eritema indurado de Bazin, probablemente resistente a isoniacida o rifampicina, con resolución completa bajo tratamiento estándar de 9 meses con los cuatro fármacos de primera línea^{3,4,5}; y posteriormente una recaída de base inmunomediada en ausencia de bacilos viables, que solo respondió a inmunosupresores^{6,7,8}. Esta transición de un cuadro infeccioso a un fenómeno inmunológico en una paciente con antecedentes de autoinmunidad, refuerza la complejidad fisiopatológica del eritema indurado de Bazin y la necesidad de un abordaje escalonado, priorizando siempre la exclusión de tuberculosis activa antes de instaurar inmunosupresión^{3,4,6,7,8}.

Ante la segunda recaída, dada la alta prevalencia de resistencia a rifampicina en Guatemala y la imposibilidad de obtener ADN tuberculoso para determinar su sensibilidad antibiótica, se decidió iniciar un esquema antifímico de segunda línea^{3,4,5}. Solo tras comprobar la falta de respuesta terapéutica, y frente a la autoinmunidad asociada de la paciente, se concluyó que la etiología más probable era inmunomediada en esta segunda ocasión, procediéndose a la inmunosupresión con mínimos riesgos de diseminación y con excelente evolución^{6,7,8}.

La asociación entre tuberculosis y enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide o el síndrome de Sjögren está documentada, tanto por activación cruzada del sistema inmune como por mimetismo molecular^{6,7,8}. El uso de tratamientos antituberculosos como prueba terapéutica puede ser útil para el diagnóstico diferencial entre causas infecciosas activas frente a causas no infecciosas inmunomediadas, en casos paucibacilares como el eritema de Bazin^{1,2}.

Conclusiones

El EIB es una forma de paniculitis granulomatosa que históricamente se relaciona con tuberculosis cutánea. Su naturaleza paucibacilar la hace particularmente complicada de tratar, principalmente en países con altas tasas de resistencias a fármacos de primera línea y la imposibilidad de obtener ADN que

lo tipifique^{1,2}. Esto, asociado además a patologías autoinmunes de base que promueven mimetismo molecular y reacciones cruzadas con los抗ígenos tuberculosos, puede complicar aún más el diagnóstico y tratamiento, para el cual, la prueba terapéutica con fármacos con bajas resistencias documentadas puede ser de ayuda diagnóstica para diferenciar la etiología infecciosa activa frente a la inmunomediada, una vez erradicados los bacilos tuberculosos^{1,2,6,7,8}.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Bravo FG, Gotuzzo E. Cutaneous tuberculosis. Clin Dermatol. 2007; 25(2): 173-80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cldermatol.2006.05.005> (último acceso dic. 2025).
2. Yang K, Li T, Zhu X, Zou Y, Liu D. Erythema induratum of Bazin as an indicative manifestation of cavitary tuberculosis in an adolescent: a case report. BMC Infect Dis. 2021; 21(1): 747. doi: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06454-4> (último acceso dic. 2025).
3. World Health Organization. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 4: treatment-drug-resistant tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240065116> (último acceso dic. 2025).
4. Nahid P, Dorman SE, Alipanah N, Barry PM, Brozek JL, Cattamanchi A, et al. Executive summary: Official American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America (ATS/CDC/IDSA) clinical practice guidelines: treatment of drug-susceptible tuberculosis. Clin Infect Dis. 2016; 63(7): 853-67. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciw566> (último acceso dic. 2025).
5. Samayoa-Peláez M, Ayala N, Yadon ZE, Heldal E. Implementation of the national tuberculosis guidelines on culture and drug sensitivity testing in Guatemala. 2013. Rev Panam Salud Pública. 2016; 39(1): 44–50. Accesible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28201> (último acceso dic. 2025).
6. Balogh EA. Eritema indurado (vasculitis nodular) Presentación clínica. 2024. Accesible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1083213-clinical> (último acceso dic. 2025).
7. Segura S, Pujol RM, Trindade F, Requena L. Vasculitis in erythema induratum of Bazin: a histopathologic study of 101 biopsy specimens from 86 patients. J Am Acad Dermatol. 2008; 59(5): 839-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.07.030> (último acceso dic. 2025).
8. Mofarrah R, Jallab N, Mofarrah R, Jahani Amiri K, Jallab N. Nodular vasculitis or erythema induratum without cutaneous tuberculosis: an unusual presentation in an uncommon site. Our Dermatol Online. 2021; 12(2): 174-76. doi: <https://doi.org/10.7241/ourd.2021.2.8> (último acceso dic. 2025).