

ERITEM NODOS MIGRATOR CU EVOLUȚIE CRONICĂ

ERYTHEMA NODOSUM MIGRANS WITH A CHRONIC COURSE

A. OANȚĂ*, A. TĂTARU**, M. IRIMIE*

Rezumat

Introducere: În literatura de specialitate au fost descrise câteva variante clinice ale eritemului nodos. Acestea sunt eritemul nodos migrator, paniculita subacută nodulară migratorie Vilanova-Pinol și eritemul nodos cronic.

Caz clinic: Pacient în vârstă de 56 de ani prezintă de aproximativ 3 ani apariția de noduli și plăci eritematoase localizate pe gambe. În evoluție aceștia au luat un aspect inelar cu extindere periferică și vindecare centrală cu prinderea și a coapselor. Histologia a evidențiat îngroșarea septurilor țesutului subcutanat cu prezența unui infiltrat predominant limfocitar dispus perivascular. Tratamentul s-a efectuat cu iodură de potasiu 600-900 mg/zi.

Discuții: Termenul de eritem nodos migrator a fost introdus de Bafverstedt în 1954 caracterizându-se clinic prin leziuni localizate unilateral sub forma de plăci eritematoase cu extindere periferică și vindecare centrală. Histopatologic apare o îngroșare a septelor interlobulare ale țesutului subcutanat cu prezența de granuloame conținând celule multinucleate. Eritemul nodos migrator este inclus și în termenul de eritem nodos cronic. Eritemul nodos migrator și eritemul nodos cronic reprezintă forme clinice de eritem nodos, totodată fiind și entități clinico-histologice separate.

Concluzii: Pacientul nostru prezintă semne clinice tipice de eritem nodos migrator cu o evoluție cronică, cu recidive repetate fără a se putea identifica factorii etiologici.

Cuvinte cheie: eritem nodos migrator, paniculita subacută nodulară migratorie, eritem nodos cronic.

Intrat în redacție: 8.10.2012

Acceptat: 27.11.2012

Summary

Introduction: In the special literature have been described several clinical variants of erythema nodosum. These are erythema nodosum migrans, subacute nodular migratory panniculitis Vilanova-Pinol and chronic erythema nodosum.

Clinical case: A 56-year-old male patient presented with a 3-year history of gradually enlarging, tender, erythematous to brownish nodular plaques and placards on his lower limbs, with prominent serpiginous margins and a sclerodermiform white center. Histopathological examination showed thickening of the septa of subcutaneous fat, with prominent leukocytic infiltrate mainly composed of lymphocytes in a perivascular disposition. Treatment with potassium iodide 600-900 mg/day was made.

Discussion: Erythema nodosum migrans was first described by Bafverstedt in 1954 as an entity clinically different from classic erythema nodosum, but with identical histopathologic findings. Subacute nodular migratory panniculitis and chronic erythema nodosum are also considered by some authors as different entities of erythema nodosum. Histologically, erythema nodosum migrans shows greater septal thickening, with an abundant number of granulomas containing frequent multinucleated giant cells. Erythema nodosum migrans, subacute nodular migratory panniculitis, and chronic erythema nodosum are clinical variants that may all be included within the spectrum of erythema nodosum.

Conclusion: Our patient showed typical clinical features of erythema nodosum migrans, with a chronic course due to repeated relapses, without any aetiological factors that could be identified.

Key words: erythema nodosum migrans, subacute nodular migratory panniculitis, chronic erythema nodosum.

Received: 8.10.2012

Accepted: 27.11.2012

* Universitatea Transilvania Brașov.
Transilvania University, Brașov.

** UMF Cluj-Napoca.
Medicine and Pharmacy University, Cluj-Napoca.

Introducere

Erythema nodosum migrans a fost descris de Bafverstedt (1) în 1954 ca entitate clinică diferită de *erythema nodosum*, dar având aspect histopatologic identic. De asemenea *subacute nodular migratory panniculitis* și *chronic erythema nodosum* sunt considerate de o serie de autori ca și entități clinice diferite de *erythema nodosum*.

Caz clinic

Pacient în vârstă de 56 de ani prezintă de aproximativ 3 ani apariția de noduli eritematoși bruni, cu extindere centrifugă, localizați la nivelul membrelor inferioare. Anamneza nu evidențiază antecedente de traumatisme, înțepături de insecte sau administrarea de medicamente. Starea generală a pacientului este bună, acesta ne prezintă febră, tuse, disfație sau artralgie.

Examenul dermatologic evidențiază plăci și placarde brune indurate cu margini proeminente, serpiginoase, având centrul albicios de aspect morfeiform. Localizate inițial la nivelul gambelor bilaterale (fig. 1), nodulii și plăcile au apărut ulterior și la nivelul coapselor cu prinderea feței anterolaterale a acestora (fig. 2). Pacientul nu prezenta limfadenopatii sau tumefiere articulară.

Examinările de laborator au evidențiat creșterea vitezei de sedimentare a hematiilor la 22 mm/oră, restul analizelor fiind în limite normale, inclusiv testarea funcției tiroidiene și titrul antistreptolizinei O. Radiografia pulmonară nu a evidențiat modificări patologice. Examenul histopatologic efectuat din marginea unei plăci a evidențiat îngroșarea septurilor interlobulare ale țesutului subcutanat cu prezența în acestea a unui infiltrat leucocitar alcătuit predominant din limfocite dispuse perivascular. Nu se observă aspect de vasculită sau de obstrucție a lumenului vascular. Diagnosticul stabilit a fost de *erythema nodosum migrans*.

Tratamentul a fost făcut cu iodură de potasiu în doză de 600-900 mg/zi conducând la dispariția leziunilor dar urmată de recidive la intervale variate de la întreruperea tratamentului, evoluția afecțiunii întinzându-se astfel pe o perioadă de trei ani.

Discuții

Erythema nodosum migrans este întâlnit îndeosebi la femeile cu vârste între a treia și a șaptea decadă de viață. Leziunile sunt caracterizate prin noduli eritematoși care se

Introduction

Erythema nodosum migrans was first described by Bafverstedt (1) in 1954 as an entity clinically different from classic *erythema nodosum*, but with identical histopathologic findings. *Subacute nodular migratory panniculitis* and *chronic erythema nodosum* are also considered by some authors as different entities of *erythema nodosum*.

Clinical case

A 56-year-old male patient presented with a 3-year history of gradually enlarging, tender, erythematous to brownish nodules on his lower limbs that migrated and expanded in a centrifugal pattern. There is no history of trauma, insect bite or ingestion of any drug. He was in relatively good health and denied having had a sore throat, fever or arthralgia.

Physical examination revealed erythematous to brownish indurated nodular plaques and placards, with prominent serpiginous margins and a sclerodermiform white center. Initially located over his shins (fig. 1), the nodules and plaques subsequently have been also appearing on the anterolateral aspects of his thighs (fig. 2). There was no lymphadenopathy or joint swelling. Laboratory studies showed elevation of erythrocyte sedimentation rate (22 mm/h) and all the other laboratory tests results were within normal limits inclusive thyroid function test and antistreptolysin O titre. Chest X-ray was normal. A skin biopsy specimen taken from the margin of an infiltrated plaque showed thickening of the septa of subcutaneous fat, with prominent leukocytic infiltrate mainly composed of lymphocytes in a perivascular disposition. Vasculitis and obstruction of the lumen were not observed. The diagnosis of idiopathic *erythema nodosum migrans* was made.

Treatment with potassium iodide 600-900 mg/day led to clearing of lesions but recurrences had occurred after varied intervals when the treatment had been discontinued, the course of the condition lasting for three years.

Discussion

Lesions of *erythema nodosum migrans* are characterized by erythematous nodules that extended peripherally and healed at the center that may assume a yellowish or morpheiform appearance, mainly on the anterolateral aspect of



Fig. 1. Noduli eritematoși cu extindere centrifugă prin periferie la nivelul gambei drepte
 Fig. 1. Erythematous to brownish nodules located over the right shin that migrated and expanded in a centrifugal pattern



Fig. 2. Placard eritematos infiltrat cu margini proeminente, serpiginoase și centrul albicios sclerodermiform localizat pe fața antero-externă a coapsei drepte
 Fig. 2. Erythematous indurated placard with prominent serpiginous margins and a sclerodermiform white center on the anterolateral aspects of the right thigh

extind centrifug prin periferie cu vindecare centrală luând aspectul de plăci albicioase, morfeiforme, localizate îndeosebi pe fața anterolaterală a membrilor inferioare (2, 3). Spre deosebire de eritemul nodos clasic, nodulii persistă o perioadă mai lungă, au o consistență mai crescută și localizare asimetrică îndeosebi unilaterală (4). Hannuksela (5) găsește că din 438 pacienți care aveau noduli subcutanați pe membrele inferioare, 56 prezentau aspect clinic de *erythema nodosum migrans*. În cursul evoluției *erythema nodosum migrans* pot apărea artralgiile, iar viteza de sedimentare a hematiilor și anticorpilor anti-ADN pot fi crescuți (2).

Marea majoritate a cazurilor sunt idiopatice, dar uneori se pot asocia cu infecții streptococice și afecțiuni tiroidiene. Astfel, din cei 14 pacienți cu *erythema nodosum migrans* ai lui de Almeida Prestes (6), 8 pacienți prezentau afecțiuni tiroidiene sau infecții streptococice.

Histopatologic în leziunile de *erythema nodosum migrans* se constată o îngroșare a septurilor interlobulare ale țesutului subcutanat, cu prezența de numeroase granuloame formate

the lower limbs (2, 3). As compared with typical erythema nodosum, the nodules persist somewhat longer, are non-tender and show an asymmetrical, sometimes unilateral localization (4). Hannuksela (5) found that of 438 patients who had subcutaneous nodules on the lower limbs, 56 had a clinical aspect of erythema nodosum migrans. During the course of erythema nodosum migrans arthralgia may occur, and erythrocyte sedimentation rate and antiADN antibodies may be raised (2).

Most cases are iatrogenic, but sometimes may be associated with streptococcal infections and thyroid diseases. Thus, of the 14 patients with erythema nodosum migrans of De Almeida Prestes (6), 8 patients had thyroid disease or streptococcal infections.

Histologically, erythema nodosum migrans shows greater septal thickening, with an abundant number of granulomas containing frequent multinucleated giant cells, granulation tissue, and conspicuous proliferations of capillaries at the separation between septa and fat lobules (6).

din celule multinucleate, a țesutului de granulație și o proliferare capilară evidentă la limita de separație dintre septuri și lobulii grăsoși. Nu se evidențiază flebite iar extravazarea eritrocitelor este rară (6).

Vilanova și Pinol (7) utilizează în 1956 termenul de *subacute nodular migratory panniculitis* ca și variantă a *paniculitei septale*, considerând-o diferită clinic și histologic de *erythema nodosum migrans*, opinie susținută ulterior și de Perry și Winkelmann (8) în 1964. Fine și Meltzer (9) consideră termenul de *chronic erythema nodosum* ca fiind cel mai potrivit pentru leziunile descrise anterior sub numele de *erythema nodosum migrans* sau *subacute nodular migratory panniculitis*. Actualmente marea majoritate a autorilor consideră *erythema nodosum migrans*, *subacute nodular migratory panniculitis* și *chronic erythema nodosum* doar forme clinice ale *erythema nodosum* (6).

Netratat *erythema nodosum migrans* poate dura luni sau ani. Tratatamentul cu iodură de potasiu este eficient conducând la vindecarea leziunilor în câteva luni, după tratament recidivele fiind neobișnuite.

Am prezentat un pacient cu leziuni tipice de eritem nodos migrator, cu evoluție cronică pe durată de ani marcată de recidive repetate după întreruperea tratamentului cu iodură de potasiu fără a se putea identifica un factor etiologic cauzator.

Vilanova and Pinol (7) used in 1956 the term *subacute nodular migratory panniculitis* as variant of *septal panniculitis* that they considered to be clinical and histopathologically different from *erythema nodosum*, view later also supported by Perry and Winkelmann (8) in 1964. Fine and Meltzer (9) favored the name *chronic erythema nodosum* as the best denomination for lesions previously described as *erythema nodosum migrans* or *subacute nodular migratory panniculitis*. Currently, most authors believe that *erythema nodosum migrans*, *subacute nodular migratory panniculitis*, and *chronic erythema nodosum* are clinical variants that may all be included within the spectrum of *erythema nodosum* (6).

Untreated *erythema nodosum migrans* can last for months or years. Treatment with potassium iodide is effective, resulting in clearing of lesions within several months, after treatment recurrences are unusual.

We presented a patient with typical lesions of *erythema nodosum migrans*, with chronic evolution of years marked by repeated relapses after treatment with potassium iodide without being able to identify a causative etiological factor.

Bibliografie/Bibliography

1. Bafverstedt B. Erythema nodosum migrans. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1954;34:181-93.
2. Vilanova X, Pinol Aguade J. Subacute nodular migratory panniculitis. *Br J Dermatol* 1959; 71: 45-50.
3. Ross M, White GM, Barr RJ. Erythematous plaque on the leg. Vilanova's disease (subacute nodular migratory panniculitis). *Arch Dermatol* 1992; 128: 1644-5, 1647.
4. Rostas A, Lowe D, Smout MS. Erythema nodosum migrans in a young woman. *Arch Dermatol* 1980; 116: 325-326.
5. Hannuksela M. Erythema nodosum migrans. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1973;3(suppl 7):1-64.
6. de Almeida Prestes C, Winkelmann RK, Su WP. Septal granulomatous panniculitis: comparison of the pathology of *erythema nodosum migrans* (migratory panniculitis) and *chronic erythema nodosum*. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 477-483.
7. Vilanova X, Piñol Aguade J. Hypodermite nodulaire subaigue migratrice. *Ann Dermatol Syphiligr* 1956;83:369-404.
8. Perry HO, Winkelmann RK. Subacute nodular migratory panniculitis. *Arch Dermatol* 1964;89:170-9.
9. Fine RM, Meltzer HD. Chronic erythema nodosum. *Arch Dermatol* 1969;100:33-8.

Conflict de interese
NEDECLARATE

Conflict of interest
NONE DECLARED

Adresa de corespondență:
Correspondance address:
SC Dermamed SRL
Brașov, Strada Zizinului, Nr. 40
Tel./Fax: 0268333825
E-mail: oanta_alexandru@yahoo.com

Correspondance address:
SC Dermamed SRL
Brașov, 40 Zizinului Street
Phone/Fax: 0268333825
E-mail: oanta_alexandru@yahoo.com