

Casos Clínicos

Eritema nodoso asociado al uso de anillo vaginal anticonceptivo

Erythema nodosum associated with the use of contraceptive vaginal ring

Ana Cristina Ruiz Peña¹, Meritxell Lorente Álava², Cristina Tejada Lamas¹, Marta Isabel Giménez Campos Lucía¹, Vilas Saura¹, Laura San Juan Sáenz².

¹ Médico Interno Residente de Obstetricia y Ginecología en Hospital San Pedro, Logroño. España.

² Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología en Hospital San Pedro, Logroño. España.

Correspondencia

Nombre: Ana Cristina Ruiz Peña

Email: anaruiz1919@gmail.com

RESUMEN

El eritema nodoso (EN) es la forma de paniculitis más común. Este trastorno representa una reacción de hipersensibilidad frente a diferentes antígenos, así como múltiples enfermedades sistémicas y fármacos, aunque en la mayoría de casos se desconoce la causa. Nuevos fármacos se añaden a la lista de involucrados en la etiopatogenia del eritema nodoso conforme van pasando los años, siendo uno de ellos los anticonceptivos hormonales orales combinados.

El objetivo de este trabajo es proponer una relación entre los estrógenos de cualquier método anticonceptivo como puede ser el anillo vaginal combinado y la aparición del eritema nodoso.

Palabras claves: Anillo vaginal anticonceptivo, eritema nodoso, paniculitis septal.

ABSTRACT

Erythema nodosum (EN) is the most common form of panniculitis. This disorder represents a hypersensitivity reaction in front of different antigens, as well as multiple systemic diseases and drugs, although in most cases the cause is unknown. New drugs are added to the list of those involved in the etiopathogenesis of erythema nodosum as the years go by, one of them being combined oral hormonal contraceptives.

The objective of this study is to propose a relationship between estrogens from any contraceptive method such as the combined vaginal ring and the appearance of erythema nodosum.

Keywords: Contraceptive vaginal ring, erythema nodosum, septal panniculitis.

INTRODUCCIÓN

El eritema nodoso (EN) es la forma de paniculitis más común considerándose el prototipo de paniculitis septal. Se caracteriza por nódulos subcutáneos

eritematosos, calientes, tensos, dolorosos, simétricos y no supurativos que se localizan en las superficies extensoras de las extremidades inferiores¹.

Es más frecuente en mujeres entre la menarquia y la menopausia habiendo un pico en la tercera década de la vida de las mujeres, aunque puede aparecer a cualquier edad y sexo. Evoluciona por brotes de unos 10 días, autolimitándose entre unas 4 y 6 semanas¹.

Etiológicamente es secundario a una reacción inmunológica por hipersensibilidad tipo VI frente a diversos antígenos².

Se puede clasificar en primario o idiopático (no se identifica la causa) o secundario (se identifica causa subyacente). El 20-30% son idiopáticos y en el resto de los casos los factores implicados con mayor frecuencia son los infecciosos (*Mycobacterium tuberculosis*, faringoamigdalitis estreptocócica), enfermedades sistémicas (sarcoidosis) y los fármacos (sulfamidas, sulfonilureas y anticonceptivos orales)². Hay muchos otros factores etiológicos descritos como el Síndrome de Behçet, Lupus Eritematoso Sistémico, enteropatías, linfomas, Enfermedad de Hodgkin o el embarazo (siendo lo más frecuente el segundo trimestre y pudiendo recurrir en siguientes gestaciones)³.

Los anticonceptivos orales combinados se han asociado con la aparición de EN por su composición estrogénica².

El diagnóstico es clínico, aunque a veces es necesaria la realización de una biopsia cutánea para realizar diagnóstico diferencial con vasculitis nodular y el eritema tipo-nodoso secundario a Síndrome de Behçet. En el estudio histopatológico se observa un edema septal con infiltrados linfocíticos y micro granulomas de Miescher en estadios precoces³.

Aunque la mayoría autoinvolucionan sin dejar cicatriz ni atrofia residual, se suele indicar reposo absoluto y tratamiento sintomático con antiinflamatorios, reservándose el yoduro potásico para las formas clínicas crónicas⁴. Es necesario tratar específicamente la causa si es conocida.

El objetivo principal de este trabajo es proponer una posible relación causal de la aparición de eritema nodoso secundariamente al componente estrogénico del anillo vaginal anticonceptivo combinado.

CASO CLÍNICO

Se expone el caso de una paciente diagnosticada de eritema nodoso asociado al uso de anillo vaginal anticonceptivo.

Paciente de 22 años que consultó a Medicina Interna por aparición de nódulo pretibial en extremidad inferior derecha. No refiere antecedentes médicoquirúrgicos de interés. Como antecedentes gineco-obstétricos, inició la menarquia a los 13 años y es nuligesta. Debutó con amenorrea secundaria a los 18 años, por lo que se le prescribió tratamiento hormonal sintomático con anillo vaginal con etonogestrel (11,7 mg) y etinilestradiol (2,7 mg), liberándose diariamente 0,120 mg/día y 0,015 mg/ día respectivamente. La paciente lleva más de 3 años siendo usuaria de este anillo sin ningún efecto colateral a reseñar y con buena adherencia como método anticonceptivo.

A la exploración, se objetivaban en región tibial anterior media de miembro inferior derecho 4 nódulos próximos con ligero eritema, indurados y dolorosos a la palpación.

Se solicitaron pruebas complementarias para descartar enfermedades sistémicas relacionadas con el eritema nodoso. El estudio etiológico resultó negativo: analítica sanguínea completa, medición de anticuerpos anti-estreptococo beta hemolíticos del tipo A (ASLO), enzima convertidora de angiotensina (ECA), anticuerpos antinucleares (ANA), serología de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis A, B y C, radiografías de tórax y del miembro inferior y prueba de Mantoux, para descartar Tuberculosis, negativo.

Se inició tratamiento con indometacina a lo que hubo refractariedad, pero sí hubo respuesta a la prednisona vía oral. Durante 1 año, la evolución siguió por brotes. Se retiraron los corticoides y se dejó tratamiento crónico con yoduro potásico.

En las siguientes visitas a Medicina Interna y Dermatología para seguimiento y valoración de tratamiento, se amplió la anamnesis a la paciente preguntándole por alergias, tratamientos habituales o algún otro signo y síntoma. La paciente refirió ser usuaria del anillo vaginal hormonal anticonceptivo combinado, habiendo pasado casi dos años desde que la paciente consultó por los síntomas. Repasando la lista de fármacos asociados al EN, encontramos los anticonceptivos orales combinados, siendo esta patología un efecto colateral derivado de los estrógenos.

Ante la sospecha de eritema nodoso recurrente secundario al uso de tratamiento hormonal, se solicitó valoración ginecológica donde se le ofertó suspender anillo vaginal ó o iniciar anticoncepción hormonal con sólo gestágenos. La paciente decidió interrumpir anillo vaginal combinado y observar su propio patrón menstrual sin tomar ningún otro anticonceptivo.

En las próximas visitas, la paciente refirió desaparición completa del eritema nodoso en cuestión de 1-2 meses tras retirada del anillo, aunque el patrón menstrual continuó siendo irregular por lo que se decidió iniciar con un anticonceptivo de sólo gestágenos (drospirinona 4 mg en pauta de 24 comprimidos con principio activo y 4 inertes). En la visita de control al año de retirada del anillo, la paciente comentó que consiguió regular su sangrado cíclico sin la reaparición del eritema nodoso con la anticoncepción hormonal de sólo gestágenos. Las personas que toman anticonceptivos hormonales que inhiben la ovulación NO TIENEN sangrados menstruales sino sangrados por privación hormonal

DISCUSIÓN

En primer lugar, queremos recalcar que es necesaria la realización de una buena anamnesis de los fármacos que toma cada paciente para poderlos relacionar con posibles efectos adversos descritos de cada uno. Debido a que el eritema nodoso puede aparecer secundariamente al uso de algunos fármacos^{2,3,4}, es esencial realizar un cuestionario detallado a la paciente ante el diagnóstico del mismo, hecho que no se realizó en nuestro caso, en el cual se tardó casi dos años en detectar que el anillo anticonceptivo combinado podía estar asociado con la aparición del eritema nodoso.

Los anticonceptivos orales combinados están relacionados con la aparición del eritema nodoso por su composición estrogénica^{3,5,6}. El anillo vaginal combinado utilizado por la paciente como método anticonceptivo contiene etonogestrel y etinilestradiol, por lo que se propone como posible causante del eritema nodoso, habiéndose descrito ya casos apoyando esta relación^{6,7}. Revisando en la bibliografía⁸, encontramos únicamente otros dos casos reportados de eritema nodoso con anillo vaginal anticonceptivo combinado que es un anticonceptivo hormonal combinado (etonogestrel y etinilestradiol) de

administración y absorción vaginal. La composición del anillo con estrógenos y progestina actúa evitando la maduración de los ovocitos en el ovario y su liberación, afectando también al endometrio y al moco cervical⁷.

En nuestro caso, el anillo utilizado contenía inicialmente 11,7 mg de etonogestrel y 2,7 mg de etinilestradiol. El etinilestradiol es el estrógeno y, por tanto, el propuesto causante del eritema nodoso y forma parte de la composición de muchos anticonceptivos orales combinados. Este hecho nos hace preguntarnos: ¿es capaz el mismo compuesto de provocar el mismo efecto, aunque difiera en su vía de administración y absorción?

Aunque sólo disponemos de nuestro caso añadido a los otros dos reportados en la literatura⁸, y sabemos que con esto no se puede demostrar una relación causa-efecto, apoyamos la asociación del anillo vaginal anticonceptivo combinado con la aparición de eritema nodoso debido a que el principio activo causante del mismo son los estrógenos. Esto ya ha sido demostrado con anticonceptivos orales combinados, por lo que cabe pensar que los estrógenos tienen el mismo efecto, aunque la vía de administración y absorción sea diferente.

CONCLUSIONES

La borra de café, seguramente debido a los compuestos antioxidantes, afecta positivamente la movilidad espermática aumentando el potencial de membrana mitocondrial. Por lo tanto, esto es un paso inicial en la búsqueda de un suplemento de origen natural que aumente la calidad seminal *in vitro*.

REFERENCIAS

1. Requena L, Requena C. Erythema nodosum. *Dermatol Online J* 2002; 8: 4.
2. Posternak F. Etiologies of erythema nodosum (a little know etiology: estroprogestagens). *Rev Med Suisse Romande* 1976; 96: 375-82.
3. Sang Won Yi, En Hyung Kim, Hee Young Kang, You Chan Kim and Eun-So Lee. Erythema nodosum: clinicopathologic correlations and their use in differential diagnosis. *Yonsey Med J* 2007; 48: 601-8.
4. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined

- contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 389-95.
5. Merk H, Ruzicka T. Oral contraceptives as a cause of erythema nodosum. *Arch Dermatol* 1981; 117: 454.
 6. Darlington LG. Erythema nodosum and oral contraceptives. *Br J Dermatol* 1974; 90: 209-12.
 7. Bartelsmeyer JA, Petrie RH. Erythema nodosum, estrogens, and pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 777-81.
 8. Vidal OI, Iglesias SM, Galvany RL. Eritema nodoso inducido por anillo vaginal. *Med Cutan Iber Lat Am* 2010; 38.

FIGURAS

Figura 1. Eritema nodoso pretibial en portadora de anillo vaginal anticonceptivo.

