ISSN: 1990-7990 **RNPS:** 2008
Universidad Médica Pinareña. 2026; 22(2026): e1529

PRESENTACIÓN DE CASO

Cuando el moretón no es un golpe: eritema nudoso crónico recurrente de causa no identificada en una mujer joven

When a bruise is not a bruise: chronic recurrent erythema nodosum of unidentified cause in a young woman

Rigoberto Pestana-Silva[1] ✉ , **Lázara Marliés Javiqué-Díaz**[2]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río, Cuba.
[2]Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "León Cuervo Rubio". Pinar del Río, Cuba.

Recibido: 08 de octubre de 2026
Aceptado: 30 de octubre de 2026
Publicado: 09 de noviembre de 2026

Citar como: Pestana-Silva R, Javiqué-Díaz LM. Cuando el moretón no es un golpe: eritema nudoso crónico recurrente de causa no identificada en una mujer joven. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso]; 22(2026): e1529. Disponible en: https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/1529

RESUMEN

Introducción: el eritema nudoso es la paniculitis más frecuente. Aunque suele ser autolimitado, puede adoptar un curso crónico y recurrente sin causa identificable, lo que plantea un desafío diagnóstico y terapéutico, sobre todo cuando el acceso a estudios especializados es limitado.
Presentación del caso: mujer de 25 años, fumadora y con anemia ferropénica, atendida por fiebre de hasta 39 °C durante 9 a 10 días y lesiones eritematovioláceas, calientes y dolorosas, de aspecto equimótico, en ambos miembros inferiores, de aparición sucesiva. Se planteó inicialmente un evento trombótico superficial y se indicó ácido acetilsalicílico. Ingresó para estudio etiológico. Se encontraron anemia hipocrómica, leucopenia ligera, eritrosedimentación de 18 mm/h y proteinuria; la radiografía de tórax fue normal y las pruebas serológicas para sífilis y virus de la inmunodeficiencia humana, negativas. Sin respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos, recibió prednisona a razón de 0,5 mg/kg/día con descenso progresivo. En aproximadamente 11 meses de seguimiento presentó brotes migratorios recurrentes, sin respuesta sostenida a los esteroides y sin causa identificada.
Conclusiones: el eritema nudoso puede ser crónico y recurrente sin causa identificable, con respuesta parcial o transitoria a los antiinflamatorios y a los esteroides. Ante nódulos dolorosos de aspecto contusiforme en los miembros inferiores debe considerarse este diagnóstico. En contextos de recursos limitados, la clínica meticulosa y los estudios básicos orientan el diagnóstico, y el seguimiento prolongado permite reevaluar la aparición de una causa subyacente.

Palabras clave: Eritema Nudoso; Paniculitis; Adulto Joven; Fiebre; Recurrencia; Prednisona; Diagnóstico Diferencial

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1990-7990 **RNPS:** 2008
Universidad Médica Pinareña. 2026; 22(2026): e1529

ABSTRACT

Introduction: erythema nodosum is the most common form of panniculitis. Although typically self-limiting, it can follow a chronic and recurrent course with no identifiable cause, posing both diagnostic and therapeutic challenges—particularly in settings where access to specialized diagnostic studies is limited.
Case presentation: a 25-year-old woman, who is a smoker and has iron-deficiency anemia, presented with a fever of up to 39°C lasting 9–10 days, accompanied by the successive appearance of painful, warm, erythematoviolaceous lesions—resembling ecchymoses—on both lower extremities. A superficial thrombotic event was initially suspected, and acetylsalicylic acid was prescribed. The patient was admitted for an etiological investigation. Findings included hypochromic anemia, mild leukopenia, an erythrocyte sedimentation rate (ESR) of 18 mm/h, and proteinuria; a chest X-ray was normal, and serological tests for syphilis and human immunodeficiency virus (HIV) were negative. As there was no response to non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), the patient was treated with prednisone (0.5 mg/kg/day), with a gradual taper. Over approximately 11 months of follow-up, she experienced recurrent, migratory outbreaks, with no sustained response to steroids and no identifiable underlying cause.
Conclusions: erythema nodosum can be chronic and recurrent without an identifiable cause, showing only partial or transient responses to anti-inflammatory drugs and steroids. This diagnosis should be considered when painful, bruise-like nodules appear on the lower extremities. In resource-limited settings, a meticulous clinical assessment and basic diagnostic tests can guide the diagnosis, while long-term follow-up allows for the ongoing re-evaluation of potential underlying causes.

Keywords: Erythema Nodosum; Panniculitis; Young Adult; Fever; Recurrence; Prednisone; Diagnosis, Differential.

INTRODUCCIÓN

El eritema nudoso es la forma más frecuente de paniculitis y el prototipo de las paniculitis septales.[1,2] Se caracteriza por nódulos o placas eritematosas o violáceas, calientes y dolorosas, de localización predominantemente pretibial, aunque también pueden comprometer los muslos, las extremidades superiores, los glúteos y el rostro. Con frecuencia se acompaña de fiebre, artralgias y malestar general.[3]

Se interpreta como una reacción de hipersensibilidad frente a estímulos antigénicos diversos. Puede ser secundario a infecciones, fármacos, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, embarazo o neoplasias, o considerarse idiopático cuando no se identifica una causa.[1,4] Su presentación habitual es aguda y autolimitada; sin embargo, una proporción importante de pacientes evoluciona de forma crónica o recurrente.[5]

Es más frecuente en mujeres: en una serie de 169 pacientes con confirmación histopatológica, el 85,2 % eran del sexo femenino.[6] En Cuba se han caracterizado series de pacientes hospitalizados;[7,8] en una de ellas predominaron el sexo femenino, el grupo de 30 a 39 años, los meses de invierno y la forma idiopática, y el tratamiento más empleado fueron los antiinflamatorios no esteroideos.[7]

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se apoya en estudios dirigidos a identificar la causa subyacente; la biopsia se reserva para los casos dudosos.[1,9] El tratamiento combina el control de la causa, cuando se identifica, con medidas sintomáticas.[9] Cuando el cuadro se prolonga y recurre sin causa

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1990-7990 RNPS: 2008
Universidad Médica Pinareña. 2026; 22(2026): e1529

aparente, el abordaje se complica, en particular en escenarios con acceso limitado a estudios especializados.

El objetivo de esta presentación es describir la evolución de un eritema nudoso de causa no identificada en una paciente joven, así como su abordaje diagnóstico y terapéutico en un contexto asistencial con recursos limitados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Información de la paciente y motivo de ingreso

Mujer de 25 años, de piel blanca, atendida en el servicio de urgencias de un hospital clínico quirúrgico docente provincial por fiebre de 9 a 10 días de evolución y una lesión de coloración morada en la rodilla izquierda. Motivo de ingreso referido por la paciente: “fiebre alta y morado en la rodilla izquierda”.

Historia de la enfermedad actual

La paciente refirió fiebre de hasta 39 °C, sin predominio de horario, con respuesta transitoria a los antipiréticos y sin otros síntomas relevantes. Durante ese período apareció una lesión eritematovioleta, de aspecto equimótico, en la región medial de la rodilla izquierda, con rubor, aumento de la temperatura local y dolor a la palpación. Como antecedente relevante, refirió un aborto voluntario realizado el 25 de mayo; entre 4 y 5 días después del procedimiento apareció una segunda lesión de características similares en la cara interna de la pierna derecha.

Fue valorada por Angiología, donde se planteó inicialmente un evento trombótico superficial y se indicó ácido acetilsalicílico, una tableta diaria durante cinco días. Al concluir ese tratamiento apareció una tercera lesión, eritematosa, dolorosa y caliente, en la cara interna de la pierna izquierda. Ante la persistencia de las manifestaciones se decidió su ingreso hospitalario para estudio etiológico y manejo especializado.

Antecedentes personales y familiares

Anemia ferropénica. A los 17 años requirió hospitalización por episodios febriles prolongados (hasta 40 °C) sin foco evidente, con resolución espontánea. Refirió una transfusión previa sin reacciones adversas y negó alergias medicamentosas. Es fumadora desde los 17 años (aproximadamente 7 cigarrillos diarios), con estilo de vida sedentario y alimentación irregular, con predominio de alimentos ricos en grasas y carbohidratos. Entre los antecedentes familiares constan asma bronquial en la madre y diabetes mellitus tipo 1 en la abuela.

Examen físico

Se observaron, en ambos miembros inferiores, lesiones eritematosas bien delimitadas, sin ulceración ni supuración, con evolución cromática hacia tonos violáceos, azulados y, posteriormente, verdoso-amarillentos, compatibles con lesiones equimóticas en distintas fases de resolución. A la palpación resultaron calientes, dolorosas y sensibles. Se localizaron en la cara interna de la pierna izquierda, a nivel de la rodilla y el muslo, y en la región peritibial del miembro inferior contralateral (Figura 1).

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1990-7990 RNPS: 2008
Universidad Médica Pinareña. 2026; 22(2026): e1529



A B C

Fig. 1 Evolución de las lesiones cutáneas. A) Lesión inicial por la que la paciente acudió a consulta. B) Lesión surgida durante la estancia hospitalaria. C) Lesión en evolución, de coloración amarillo-violácea.

Estudios complementarios

Los resultados se resumen en la Tabla 1. Se encontraron anemia hipocrómica con microcitosis, leucopenia ligera y proteinuria, con una eritrosedimentación de 18 mm/h. La radiografía de tórax fue normal y las pruebas serológicas para sífilis y virus de la inmunodeficiencia humana resultaron negativas (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de los estudios complementarios de la paciente.

Estudio	Resultado
Hematología	
Hemoglobina	90 g/L
Leucocitos	4,0 × 10^9/L
Eritrosedimentación	18 mm/h
Lámina periférica	Hipocromía ligera, microcitosis ligera, anisocitosis y leucopenia ligera
Química sanguínea	
Creatinina	73 µmol/L
Orina	
Proteinuria de 24 horas	0,5 g/L (diuresis de 1 450 mL/24 h)
Cituria	Proteínas (+); leucocitos 20 000; sin cilindros ni hematíes
Urocultivo	Menos de 10 000 colonias
Serología	
VDRL	No reactiva
VIH	Negativo
Imagenología	
Radiografía de tórax (AP)	Sin alteraciones
Prueba terapéutica	

Fuente: historia clínica. AP: anteroposterior; VDRL: Venereal Disease Research Laboratory; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1990-7990 RNPS: 2008
Universidad Médica Pinareña. 2026; 22(2026): e1529

Diagnóstico
Por el cuadro clínico —nódulos eritematovioláceos, calientes y dolorosos en los miembros inferiores, que evolucionaron hacia lesiones de aspecto equimótico, acompañados de fiebre— se planteó el diagnóstico de eritema nudoso. Se consideraron como diagnósticos diferenciales la tromboflebitis superficial, la celulitis, las vasculitis cutáneas y el eritema indurado de Bazin. Con los estudios disponibles no se identificó una causa infecciosa, farmacológica ni sistémica, por lo que se clasificó como idiopático.

Intervención terapéutica
Se indicaron antiinflamatorios no esteroideos, como ibuprofeno o naproxeno, durante 7 a 14 días. Se recomendaron además medidas no farmacológicas: reposo relativo con elevación de los miembros inferiores durante la fase aguda, medias de compresión en las fases subagudas, limitación del esfuerzo físico y educación sobre el curso generalmente benigno de la entidad. Por la evolución prolongada y la ausencia de respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos, se indicó prednisona a razón de 0,5 mg/kg/día, con descenso progresivo en un período de 10 a 21 días. No se administraron yoduro de potasio ni colchicina.

Seguimiento y resultados
La paciente acumula aproximadamente 11 meses de evolución de un cuadro compatible con eritema nudoso de curso crónico-recurrente, con aparición y resolución espontánea de nódulos subcutáneos dolorosos en diferentes localizaciones, principalmente en las extremidades. Las lesiones mostraron un patrón migratorio, con períodos de remisión parcial seguidos de nuevas reactivaciones. No se obtuvo una respuesta clínica sostenida con las distintas terapéuticas instauradas tras el egreso, incluido el tratamiento con esteroides sistémicos, ni se logró prevenir nuevas recurrencias. La evolución se mantiene tórpida, por lo que continúa en seguimiento clínico estrecho y reevaluación diagnóstica periódica.

Consideraciones éticas
Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación de su caso y de las imágenes, con la garantía de confidencialidad de sus datos personales y sin mostrar su rostro. Se le informó que podía retirar su consentimiento en cualquier momento.

La paciente refiere que la enfermedad ha resultado muy molesta y, en ocasiones, dolorosa, principalmente por la sensación de que las lesiones no terminan de desaparecer y pueden volver a aparecer. Expresa que esta situación le ha generado preocupación y cierto desánimo, llegando en algunos momentos a no tener deseos de realizar sus actividades habituales. Además, manifiesta temor a golpearse o sufrir algún traumatismo, pues piensa que esto pudiera favorecer la aparición de nuevas lesiones, lo que ha condicionado su comportamiento y aumentado su preocupación ante la posibilidad de que los episodios vuelvan a repetirse.

DISCUSIÓN

El eritema nudoso es una paniculitis septal, habitualmente sin vasculitis, que se interpreta como una reacción de hipersensibilidad de tipo retardado frente a estímulos antigénicos diversos.[1,10] En la paciente, el cuadro clínico —nódulos calientes y dolorosos en los miembros inferiores que adquirieron aspecto contusiforme, acompañados de fiebre— fue característico de esta entidad, cuyas lesiones suelen resolverse de forma espontánea en 1 a 2 meses.[10] Que las lesiones se localizaran en la cara interna de la pierna, la rodilla y el muslo, y no solo en la región pretibial, es compatible con lo descrito, pues pueden afectarse otras áreas de las extremidades.[3] Se ha sugerido que el flujo sanguíneo, los efectos gravitacionales del sistema venoso y el drenaje linfático regional explican la predilección por los miembros inferiores.[10]

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1990-7990 RNPS: 2008
Universidad Médica Pinareña. 2026; 22(2026): e1529

El principal diagnóstico diferencial es el eritema indurado de Bazin, que suele comprometer la cara posterior de las piernas y tiende más a la ulceración; también deben considerarse la tromboflebitis superficial, la celulitis y las vasculitis cutáneas.[1,10] El planteamiento inicial de un evento trombótico superficial en esta paciente ilustra la posibilidad de confundir estas lesiones, de aspecto equimótico, con entidades vasculares. La eritrosedimentación puede estar elevada en el eritema nudoso; en este caso fue de 18 mm/h, un hallazgo que no excluye el diagnóstico.[1,4]

Las causas identificables más frecuentes son las infecciones estreptocócicas, la tuberculosis primaria, la sarcoidosis, la enfermedad de Behçet, la enfermedad inflamatoria intestinal, los fármacos y el embarazo.[1,11] En la paciente, la ausencia de faringoamigdalitis reciente y de síntomas respiratorios o digestivos, la radiografía de tórax normal y la serología negativa para el virus de la inmunodeficiencia humana hicieron poco probable una causa infecciosa. El aborto voluntario, temporalmente cercano a la aparición de nuevas lesiones, se consideró un posible desencadenante; no obstante, la persistencia de los brotes durante meses no permite atribuirle una relación causal.

Este reporte tiene las limitaciones propias de un caso único. Además, el contexto asistencial no permitió realizar la reacción en cadena de la polimerasa ni el cultivo automatizado para *Mycobacterium tuberculosis*, la determinación de la enzima convertidora de angiotensina, las serologías virales ampliadas (virus de Epstein-Barr, citomegalovirus y hepatitis B y C), la calprotectina fecal, los anticuerpos ASCA y pANCA, ni la tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada. Estos estudios, disponibles en otros sistemas de salud, permitirían ampliar la búsqueda de tuberculosis, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal y procesos sistémicos o neoplásicos ocultos.[1,12]

La anemia, la leucopenia ligera y la proteinuria, junto con los episodios febriles prolongados que la paciente presentó a los 17 años, justifican completar el estudio inmunológico (anticuerpos antinucleares, anti-ADN nativo y complemento) para descartar un lupus eritematoso sistémico, que puede debutar con eritema nudoso. [13]

Aunque el eritema nudoso suele ser autolimitado, el curso crónico o recurrente no es infrecuente. En una cohorte de 340 pacientes, alrededor de la mitad presentó enfermedad crónica o recurrente; en ese grupo fue más frecuente la necesidad de dos o más tratamientos para lograr respuesta clínica (42 % frente a 25 %) y el 26 % mostró respuesta incompleta a la terapéutica.[5] La proporción de casos idiopáticos varía entre las series: 25 % en esa cohorte,[5] 62,7 % en una serie con confirmación histopatológica,[6] y predominio de la forma idiopática en una serie cubana. Esta última señaló un tiempo de evolución predominante de 1 a 3 meses,[7] muy inferior a los aproximadamente 11 meses de la paciente, cuyos brotes migratorios y respuesta incompleta a los antiinflamatorios y a los esteroides se ajustan al perfil del eritema nudoso crónico-recurrente.

El tratamiento se dirige a la causa subyacente cuando se identifica y, en las formas idiopáticas, es sintomático: reposo relativo, elevación de los miembros, compresas frías y antiinflamatorios no esteroideos como primera línea.[1,9] En casos persistentes o recurrentes pueden emplearse yoduro de potasio, colchicina, hidroxicloroquina o corticosteroides sistémicos, estos últimos solo tras descartar una infección activa, porque pueden agravar una infección oculta.[1,4] En la paciente, los corticosteroides no lograron una mejoría sostenida ni previnieron nuevas recurrencias; el yoduro de potasio y la colchicina, alternativas descritas para las formas recurrentes, no se han utilizado y constituyen opciones por considerar.[1]

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1990-7990 RNPS: 2008
Universidad Médica Pinareña. 2026; 22(2026): e1529

En conclusión, el eritema nudoso puede adoptar un curso crónico y recurrente sin causa identificable, con respuesta parcial o transitoria a los antiinflamatorios y a los esteroides. Ante nódulos dolorosos de aspecto contusiforme en los miembros inferiores conviene considerarlo antes de atribuirlos a un evento vascular. Cuando no se identifica la causa, son fundamentales una anamnesis detallada que incluya la exposición a fármacos, el descarte de enfermedades sistémicas, procesos neoplásicos e infecciones subagudas, y un seguimiento prolongado. En contextos de recursos limitados, la clínica meticulosa y los estudios básicos permiten orientar el diagnóstico y evitar tratamientos innecesarios.

Conflicto de Intereses
Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Financiación
Los autores declaran que no recibieron financiación para la realización de este trabajo.

Declaración de Autoría
RPS: conceptualización, curación de datos, investigación, redacción del borrador original.
LMJD: supervisión, validación, redacción (revisión y edición). Ambos autores aprobaron la versión final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Garza DM, Chávez-Álvarez S, Ocampo-Candiani J, Gómez-Flores M. Erythema nodosum: a practical approach and diagnostic algorithm. Am J Clin Dermatol[internet]. 2021[citado 10/10/2026]; 22(3): 367-78. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s40257-021-00592-w

2. Glover G, Wilson J, Leigh K, Miller B. Understanding erythema nodosum. J Dermatol Nurses Assoc[internet]. 2024[citado 10/10/2026]; 16(6): 228-31. Disponible en: https://www.ovid.com/jnls/jdnaonline/fulltext/10.1097/jdn.0000000000000814~understanding-erythema-nodosum-a-cutaneous-manifestation-of

3. Pérez-Carrillo V, Rondón-Carvajal J. Enfoque general del paciente con eritema nudoso. Rev CES Med [Internet]. 2020 [citado 01/10/2026]; 34(1): 53-63. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261181960006

4. Benedetti J. Eritema nudoso [Internet]. Manual MSD versión para el hogar. Merck & Co., Inc.; 2024 [citado 01/10/2026]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-piel/hipersensibilidad-y-trastornos-cut%C3%A1neos-reactivos/eritema-nudoso

5. Shah JT, Richardson WM, Caplan AS, Mazori DR, Femia AN. Clinical characteristics of erythema nodosum and associations with chronicity and recurrence. JAMA Dermatol[internet]. 2024[citado 10/10/2026]; 160(2):229-32. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.5306

6. Limtong P, Suchonwanit P, Chanprapaph K, Rutnin S. Clinicopathological characteristics related to etiologies of erythema nodosum: a 10-year retrospective study. Clin Cosmet Investig Dermatol[internet]. 2021[citado 10/10/2026]; 14:1819-29. Disponible en: https://doi.org/10.2147/ccid.s343351

7. Camero-Machín JC, Anuy-Echevarría K, Curbelo-Fajardo JC, Hernández-Concepción MI. Comportamiento clínico-epidemiológico del eritema nudoso en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuervo

CC-BY-NC- 4.0

ISSN: 1990-7990 **RNPS:** 2008
Universidad Médica Pinareña. 2026; 22(2026): e1529

Rubio. Rev Med Electrón [Internet]. 2021 [citado 01/10/2026]; 43(6):1506-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000601506

8. Camero-Machín JC, Anuy-Echevarría K, Curbelo-Fajardo JC, Giniebra-Marín GM. Caracterización clínico-epidemiológica del eritema nudoso. Folia Dermatol Cubana [Internet]. 2024 [citado 01/10/2026];18(1):e155. Disponible en: https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/155

9. Cortiguera Landa IM, Rioja Delgado EM, Barrera Martínez N, Martín Gómez R, Herranz Fernández-Tenllado D. Eritema nudoso. Form Med Contin Aten Prim[internet]. 2025[citado 10/10/2026]; 32(5):251-5. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10302004

10. Domínguez-Gasca LG, Domínguez-Carrillo LG. Eritema nudoso. Aten Fam[internet]. 2023[citado 10/10/2026]; 24(3):231-5. https://repositorio.unam.mx/contenidos/4147247

11. Torralba-Morón Á, Alda-Bravo I. Causas de eritema nudoso en pacientes ingresados en un hospital español de tercer nivel. Actas Dermosifiliogr[internet]. 2020[citado 10/10/2026]; 111(8):683-7. https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.12.012 .

12. Varas P, Antúnez-Lay A, Bernucci JM, Cossio L, González S, Eymin G. Eritema nodoso: causas más prevalentes en pacientes que se hospitalizan para estudio, y recomendaciones para el diagnóstico. Rev Med Chile[internet]. 2016[citado 10/10/2026]; 144(2):162-8. https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/4307 .

13. Rodríguez Hernández R, Alberteris Rodríguez A. Eritema nudoso como debut del lupus eritematoso sistémico. Reumatol Al Día[internet]. 2024[citado 10/10/2026];18(3):4. https://doi.org/10.62484/rad.v18i3.8660

CC-BY-NC- 4.0