

Introducción

El eritema nodoso es una paniculitis poco frecuente, se observa más en las mujeres en edad fértil y aunque su causa más frecuente es infecciosa se ha asociado también al embarazo, al uso de anticonceptivos o progesterona.

Caso clínico

Paciente de 41 años con antecedente de gestación espontánea con aborto del primer trimestre que consulta por esterilidad primaria de 2.5 años.

Baja reserva ovárica con HAM de 0.2 ngr/ml.

Antecedentes personales de tromboembolismo pulmonar que se trataron con anticoagulantes orales. Estudio de trombofilias heterocigota polimorfismo C 6777T MTHFR, estudiada por hematólogo recomienda toma de Isovovin y profilaxis con heparina de bajo peso molecular en tratamientos de estimulación ovárica con Hibor 3500 UI/día.

Habiéndose indicado por todo lo anterior ciclo de fecundación in vitro se inicia tratamiento de estimulación ovárica con protocolo antagonista en pauta flexible con HMGhp 150 UI/día desde el 2º día del ciclo. En el primer control a los cuatro días por bajo reclutamiento folicular se añade FSHr 150 UI/día y en 6º día se añade Ganirelix 0,25 mgr /día.

Al 9º día del ciclo se procede a maduración final con HCGr 250 microgr. y se realiza punción ovárica el 11º día del ciclo no obteniéndose ovocitos por lo que se cancela el ciclo.

Se apoya la fase lútea con Progesterona natural micronizada 600 mgr diarios.

En el cuarto día del ciclo la paciente había referido artralgias inespecíficas limitadas a miembros superiores sin acompañarse de signos inflamatorios, para lo que se recomendó uso de AINES, en visitas posteriores refirió seguir con los mismos síntomas.

A las 48 horas de la punción ovárica acude al servicio de urgencias por artralgias generalizadas y la aparición de pequeñas tumoraciones rojizas y calientes en miembros inferiores siendo catalogado de episodio de Eritema Nodoso y atribuyéndose al tratamiento de estimulación ovárica.

La paciente evolucionó bien con conducta expectante y AINES.

Discusión

El eritema nodoso es una paniculitis poco frecuente aproximadamente se describen 3-4 casos por 100.000 habitantes, habitualmente se presenta de forma aguda y raramente se cronifica o recidiva.

Su causa más frecuente (50%) es infecciosa y asociada a infección por estreptococo. Otras veces se presenta como síntoma de otras enfermedades sistémicas como la sarcoidosis o la enfermedad de Crohn.

Es más frecuente su aparición en el embarazo y se ha asociado al aumento del nivel de estrógenos, también ha sido descrito por la toma de anticonceptivos y progesterona.

El tratamiento de elección para el eritema nodoso son los corticoides con altas tasas de recuperación completa no dejando las lesiones cicatrices o atrofia en la piel.

Se ha descrito también el uso de heparina tópica para el tratamiento de las lesiones.

En este caso se podría considerar como una manifestación de una enfermedad general pero salvo la trombofilia, en el estudio de salud posterior a su episodio de TEP se descartó cualquier otra patología sistémica por distintos especialistas.

Tampoco existe la presencia de un factor infeccioso de la paciente, ni presencia de gestación, tampoco la paciente fue preparada con anticonceptivos previos, y sólo se podría achacar a la elevación del nivel de estrógenos durante el ciclo de estimulación ovárica controlada o bien a la utilización posterior de progesterona.

Está descrito que el uso de gonadotropinas puede ocasionalmente producir dolores en los miembros superiores o inferiores pero no así la presentación de eritema nodoso, en este caso pueden haberse solapado la presencia de artralgias por el uso de gonadotropinas y la presentación posterior de la paniculitis posiblemente a la instauración de tratamiento con gestágenos.

Conclusiones

En nuestra revisión de la literatura no hemos visto descrita esta asociación, pero creemos que debe ser tenida en cuenta pese a su baja incidencia en cuadros de artralgia concomitante con el tratamiento de estimulación ovárica y la utilización de progesterona.