

Eritema nodoso secondario a linfoma

Un'assistita di 59 anni, coniugata con una figlia, casalinga, sottoposta nel 2005 a intervento di ablazione del giunto atrio-ventricolare, si presenta in ambulatorio per la comparsa di una chiazza eritematosa alla gamba sinistra. Tre anni fa la paziente aveva già presentato la comparsa di un nodulo cutaneo, anch'esso alla gamba sinistra, che aveva portato alla diagnosi di eritema nodoso idiopatico.

Storia clinica

Nel 1980 la paziente era stata sottoposta a intervento chirurgico di resezione del sigma per adenocarcinoma gelatinoso infiltrante ulcerato.

Dal 1984 al 2000 aveva presentato frequenti episodi sintomatici di aritmia ipercinetica sopraventricolare, per alcuni dei quali era stata ricoverata presso l'ospedale di zona. Per la scarsa efficacia dei differenti antiaritmici utilizzati, nel 2000 alla paziente era stato impiantato uno stimolatore definitivo bicamerale. Successivamente, poiché gli episodi tachiaritmici, seppur ridotti in frequenza, non erano scomparsi si era reso necessario l'intervento di ablazione del giunto atrio-ventricolare.

Nel 2004 la paziente si era presentata alla mia attenzione per la comparsa di una chiazza eritematosa, rotondeggiante, del diametro di 3-4 cm, dolente e dolorabile, localizzata al III superiore della superficie anteriore-mediale della gamba sinistra. Non si associavano segni e/o sintomi di infezioni o patologie associate (febbre, astenia, tosse, diarrea, artrite), né di eventi precipitanti in stretta prossimità temporale con la comparsa del nodulo cutaneo. Gli elementi anamnestici e clinici mi avevano orientavano verso la diagnosi di eritema nodoso (EN) idiopatico. Ho impostato terapia con 6 mg metilprednisolone, inizialmente al dosaggio di 8 mg/die per dieci giorni e successivamente 4 mg/die per altri dieci giorni, con scomparsa della lesione.

Indagini diagnostiche

In base alla ricomparsa della lesione cutanea con le stesse caratteristiche della precedente e nel dubbio di una forma secondaria di eritema nodoso

prescrivo alcune indagini di laboratorio e strumentali.

■ **Esami di laboratorio:** VES 54, PCR 24, emocromo, funzionalità epatica e renale nella norma. Tampone faringeo negativo per la ricerca dello streptococco beta-emolitico del gruppo A e nei limiti della norma il titolo anti-streptolisinico (in due determinazioni consecutive eseguite a un intervallo di due settimane). Negativa la ricerca del sangue occulto nelle feci.

■ **Rx del torace:** non rilievi patologici.

■ **Intradermoreazione alla tubercolina (PPD):** negativa a 48 ore.

Diagnosi e terapia

A seguito della valutazione delle indagini pongo diagnosi di eritema nodoso idiopatico.

Prescrivo un trattamento con 6 mg metilprednisolone, con scomparsa della chiazza eritematosa nell'arco di tre settimane.

Decorso clinico

Pochi giorni dopo la sospensione della terapia la paziente torna in ambulatorio per la comparsa di una tumefazione localizzata in fossa sovraclaveare sinistra, di consistenza dura, aderente ai piani sottostanti, non dolorabile.

A questo punto si rendono necessarie ulteriori indagini di approfondimento.

■ **Ecografia del collo:** evidenzia due formazioni ovoidali allungate di 2 e 3.2 cm in sede sovraclaveare sinistra con aspetti di linfadenopatie patologiche.

■ **Esame istologico da agobiopsia ecoguidata:** quadro suggestivo per linfoma di Hodgkin.

Viene posta diagnosi di eritema nodoso secondario a linfoma.

Dopo la stadiazione della malattia la paziente viene sottoposta a sei cicli di chemioterapia secondo il protocollo ABVD (adriamicina, bleomicina, vincristina, prednisone).

Attualmente la malattia è in remissione, sebbene la paziente lamenti disturbi della sensibilità agli arti inferiori, verosimilmente correlati al trattamento chemioterapico.

Conclusioni

L'eritema nodoso può essere secondario a una vasta gamma di malattie sistemiche, a infezioni batteriche, virali, micotiche, protozoarie, all'impiego di farmaci e nel 30-50% dei casi rimane non definibile nella sua eziologia e, pertanto, viene definito idiopatico.

Per un adeguato approccio al paziente è opportuno eseguire un'anamnesi dettagliata e un accurato esame obiettivo, indagini di laboratorio e strumentali mirate, con particolare attenzione alla ricerca di una possibile associazione con le infezioni (streptococco beta-emolitico di gruppo A, *Mycobacterium tuberculosis*), con la sarcoidosi, con l'impiego di farmaci (antibiotici, contraccettivi orali), con le malattie infiammatorie intestinali croniche (morbo di Crohn, retocolite ulcerosa).

Va tenuto presente che l'EN può, seppur raramente, precedere la comparsa o manifestarsi nel corso di neoplasie maligne, principalmente linfomi. Gli aspetti di interesse del caso segnalato stanno nella rarità dell'associazione tra EN e neoplasia e nel fatto che la manifestazione dermatologica abbia preceduto di alcune settimane la comparsa del linfoma.

Pertanto, i pazienti con EN definito idiopatico dovrebbero essere controllati periodicamente nei mesi successivi per verificare l'eventuale comparsa di segni o sintomi di patologie ancora non evidenti al momento della diagnosi.