SEUP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

EMERGENCIASPediátricas
Vol. 5. Nº 1. Enero - Abril 2026

Emergencias Pediátricas. 2026; 5(1): 3–7

CASO CLÍNICO

Eritema nodoso secundario a infección aguda por el virus de Epstein-Barr. A propósito de un caso

Javier Pérez-López*, María Ángeles García-Herrero, Carmen Moreno-Solera, Elena Márquez-Cáceres

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 15 de septiembre de 2025
Aceptado el 23 de enero de 2026
Publicado el 10 de marzo de 2026

Palabras clave:
Eritema
Virus Epstein-Barr
Infección

Keywords:
Erythema
Epstein-Barr virus
Infection

*Dirección para correspondencia:
Javier Pérez-López
Correo electrónico: jplopez@salud.madrid.org

Resumen

El eritema nodoso (EN) es una paniculitis septal caracterizada por nódulos eritematosos y dolorosos que suelen localizarse de manera simétrica en superficies extensoras, principalmente en los miembros inferiores. Esta patología presenta una etiología multifactorial, generalmente relacionada con una reacción inmunológica de hipersensibilidad. En pediatría, el eritema nodoso es hoy en día poco frecuente, pero clínicamente relevante, ya que su diagnóstico requiere una evaluación minuciosa para identificar y tratar la causa subyacente.

Presentamos el caso de un paciente pediátrico diagnosticado de eritema nodoso en el contexto de una primoinfección por virus de Epstein-Barr (VEB), con el objetivo de destacar la importancia del reconocimiento de esta entidad en el ámbito de Urgencias Pediátricas, así como de un abordaje diagnóstico integral y multidisciplinar que permita identificar la etiología subyacente y evitar tratamientos innecesarios.

ERYTHEMA NODOSUM SECONDARY TO ACUTE EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION. A CASE REPORT

Abstract

Erythema nodosum (EN) is a septal panniculitis characterized by erythematous and painful nodules that are usually symmetrically distributed on extensor surfaces, mainly on the lower limbs. This condition has a multifactorial etiology, generally related to an immunological hypersensitivity reaction. In pediatrics, erythema nodosum is currently uncommon but clinically relevant, as its diagnosis requires a thorough evaluation to identify and treat the underlying cause.

We present the case of a pediatric patient diagnosed with erythema nodosum in the context of a primary Epstein–Barr virus infection (EBV), with the aim of highlighting the importance of recognizing this entity in the Pediatric Emergency Department, as well as the need for a comprehensive and multidisciplinary diagnostic approach that allows identification of the underlying etiology and avoidance of unnecessary treatments.

Emergencias Pediátricas. 2026; 5(1): 3–7
https://doi.org/10.65350/emped.v5n1.es.002
http://www.revistaemergenciaspediatricas.com/

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) y Sociedad Latinoamericana de Emergencia Pediátrica (SLEPE).

INTRODUCCIÓN

El eritema nodoso (EN) es una paniculitis septal inflamatoria sin vasculitis asociada, caracterizada por la aparición brusca de nódulos eritematosos, calientes, dolorosos y generalmente simétricos en las superficies extensoras, principalmente de los miembros inferiores[1-2]. Estas lesiones pueden ser desencadenadas por una amplia variedad de estímulos. La fisiopatología está relacionada con una reacción de hipersensibilidad mediada por complejos inmunes que lleva a la inflamación del tejido subcutáneo[3].

Se trata de una entidad poco frecuente en la población pediátrica, siendo más común en la adolescencia, con una baja incidencia en niños menores de 2 años[4-5]. El diagnóstico es principalmente clínico y los estudios complementarios tienen como objetivo identificar la etiología subyacente.

El tratamiento suele ser sintomático con resolución espontánea de las lesiones, sin ulceración, cicatrización ni atrofia, siendo poco frecuente su recurrencia[3-5].

Presentamos el caso de un paciente pediátrico con eritema nodoso asociado a infección por el virus de Epstein-Barr (VEB), destacando la importancia de un abordaje diagnóstico y terapéutico integral en estos casos.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 8 años, previamente sano, remitido al Servicio de Urgencias de Pediatría desde atención primaria por la aparición de múltiples nódulos cutáneos en ambas piernas, de una semana de evolución. Afebril, sin síntomas respiratorios ni gastrointestinales, con buen estado general, ingesta adecuada, diuresis y tránsito intestinal normales. No antecedente de traumatismo. Antecedente de infección faringoamigdalar tratada con penicilina durante 10 días tres semanas antes del episodio actual, sin haberse realizado en aquel momento determinación microbiológica.

En la exploración física, se observaron múltiples nódulos indurados, calientes y dolorosos, con superficie lisa y color eritemato-violáceo, de entre 2 y 3 cm, distribuidos en la cara anterior de ambas zonas pretibiales, sin afectación en otras áreas. El resto de la exploración fue normal (Figuras 1 y 2).

Ante la sospecha de eritema nodoso, se extrajo analítica sanguínea y se solicitaron pruebas complementarias para estudio etiológico. El hemograma, la bioquímica (glucosa, iones, perfil hepático, renal y reactantes de fase aguda) y el sistemático de orina no mostraron alteraciones. La radiografía de tórax fue normal. El cultivo faríngeo para *Streptococcus pyogenes* y la prueba de Mantoux también fueron negativos.

Las pruebas inmunológicas mostraron una ligera elevación de inmunoglobulina A (IgA sérica: 242 mg/dl), complemento C3c (145 mg/dl) y C4 (44,7 mg/dl). Las determinaciones de ASLO y TSH estuvieron dentro de los límites normales y los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron negativos.





FIGURAS 1 Y 2. Se observan múltiples nódulos eritematosos, calientes, dolorosos, de superficie lisa, de entre 2 y 3 cm, distribuidos bilateralmente en la cara anterior de ambas piernas. (Imágenes cedidas por la familia).

En las serologías se detectaron anticuerpos IgM frente al *virus de Epstein-Barr* (VCA IgM) positivos. Serologías para *Toxoplasma gondii*, *Citomegalovirus*, *Borrelia burgdorferi*, *virus herpes simplex* 1 y 2, *Parvovirus B19* y *Rickettsia conorii*: negativas.

El diagnóstico de eritema nodoso se estableció en el Servicio de Urgencias de Pediatría, solicitándose interconsulta con Dermatología de urgencias para valorar la necesidad de biopsia cutánea, que fue diferida en función de la evolución clínica. El seguimiento de los resultados analíticos no urgentes, así como de los cultivos y serologías, se realizó en consultas de Pediatría, manteniéndose además control evolutivo por Dermatología para la detección de posibles complicaciones.

El estudio etiológico se llevó a cabo de forma coordinada entre el Servicio de Urgencias de Pediatría, Pediatría hospitalaria y el laboratorio de microbiología, lo que permitió identificar la causa del cuadro sin necesidad de recurrir a procedimientos invasivos.

Se indicó tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos y reposo relativo. El diagnóstico clínico final fue de eritema nodoso asociado a infección primaria por virus de Epstein-Barr, con una evolución favorable y resolución progresiva de las lesiones en las semanas posteriores (Figura 3).



FIGURA 3. Evolución de las lesiones (imagen cedida por la familia).

DISCUSIÓN

El eritema nodoso se considera una paniculitis septal sin vasculitis, generalmente mediada por un mecanismo inmunológico de hipersensibilidad retardada tipo IV, que puede ser desencadenado por múltiples estímulos infecciosos y no infecciosos[6-7].

El diagnóstico del eritema nodoso es fundamentalmente clínico y se basa en la aparición de nódulos subcutáneos dolorosos, eritematosos, habitualmente simétricos, localizados en las superficies extensoras de los miembros inferiores, en un paciente con buen estado general[6-8]. En la mayoría de los casos pediátricos, como en el nuestro, la biopsia cutánea no es necesaria y se reserva para presentaciones atípicas, lesiones ulceradas, evolución prolongada o recurrente, o cuando existen dudas diagnósticas con otras paniculitis[6-7].

Es una entidad poco frecuente en la población pediátrica que no presenta predilección por sexos[6]. Se trata de un proceso benigno y autolimitado, que suele resolverse de manera espontánea en la mayoría de los casos en un periodo de 2 a 6 semanas, con excelente pronóstico a largo plazo.

Según la literatura, entre un 30 y un 50% de los casos son de origen idiopático[6-7], sin identificarse el agente causal, posiblemente debido a la resolución espontánea de los síntomas iniciales y a la ausencia de marcadores diagnósticos específicos[8].

La causa conocida más prevalente implicada en el EN durante la infancia es la infecciosa, siendo *Streptococcus pyogenes* el agente más frecuente, seguido de otras infecciones virales, entre las cuales destaca la infección por VEB. Sin embargo, en zonas endémicas, la tuberculosis continúa siendo la causa infecciosa más frecuente[3,9]. Existen otras causas no infecciosas, menos comunes pero relevantes, como la sarcoidosis, enfermedades reumatológicas, enfermedades inflamatorias intestinales, reacciones a medicamentos, trastornos autoinmunes, embarazo y neoplasias malignas, que también pueden desencadenar esa reacción de hipersensiblidad[3,11].

Zambrano-Mericq MJ y Lam JM publicaron en 2023 una revisión en la que se evidenció la asociación entre EN y COVID-19, tanto tras la infección natural como después de la vacunación, incluyendo casos pediátricos, lo que respalda la necesidad de considerar este desencadenante en la evaluación etiológica cuando no se identifica otra causa aparente[10].

En un estudio del Hospital Infantil Meyer de Florencia (Italia), se analizaron 68 pacientes pediátricos con diagnóstico de EN. Se identificó una causa en el 55,9% de los casos, de los cuales un 42,6% fueron de origen infeccioso. Los agentes más frecuentes fueron el VEB (22 %), *Streptococcus pyogenes* (16,2 %), *Bartonella* spp. (2,9 %), *Mycobacterium tuberculosis* (1,5 %) y *Salmonella enteritidis* (1,5 %). Otras causas incluyeron enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, síndrome de Sjögren y linfoma de Hodgkin. La edad media de la cohorte fue de 8,8 años, sin diferencias significativas entre sexos. Un 25 % presentaba comorbilidades, principalmente inmunológicas o atópicas. Aproximadamente en el 26 % se documentó infección respiratoria

alta o gastroenteritis en las dos semanas previas al inicio de los síntomas, un 10 % presentó infección reciente por VEB y un 6 % antecedentes de faringoamigdalitis bacteriana. Se describió, además, un caso con antecedente de vacunación contra el meningococo B una semana antes de la aparición de los síntomas[4].

Aunque la asociación entre EN y VEB está mejor documentada en adultos, también ha sido descrita en población pediátrica. En el caso presentado, se confirmó una primoinfección por VEB como desencadenante. La presencia de síntomas previos, sin evidencia de infección bacteriana ni otra etiología clara, guio la solicitud de serologías que permitieron establecer el diagnóstico etiológico.

El manejo del eritema nodoso en edad pediátrica requiere un abordaje multidisciplinar, en el que la colaboración entre urgencias, pediatría, dermatología y microbiología resulta fundamental para orientar el diagnóstico etiológico y optimizar la selección de pruebas complementarias. La identificación precisa del agente causal permite un manejo más dirigido y evita tratamientos innecesarios. En nuestro caso, este enfoque, apoyado en una anamnesis detallada y en el juicio clínico, permitió identificar una primoinfección por virus de Epstein-Barr como desencadenante del cuadro clínico.

El tratamiento del eritema nodoso en la edad pediátrica es principalmente sintomático. Se recomienda reposo relativo y el uso de antiinflamatorios no esteroideos, siendo el ibuprofeno uno de los fármacos más utilizados, dentro del rango antiinflamatorio pediátrico habitual[6-8]. El uso de antibióticos se limita a aquellos casos con infección bacteriana documentada[3-4,9]. En casos excepcionales de dolor intenso, evolución prolongada o asociación con enfermedad sistémica, pueden considerarse corticoides orales de forma temporal, valorando riesgo-beneficio individual[8] (Tabla 1).

La mayoría de los casos de eritema nodoso en pediatría cursan sin secuelas, pero en situaciones aisladas se han descrito fenómenos como cambios transitorios en la coloración de las lesiones y persistencia del dolor durante varios días. Excepcionalmente, se ha documentado necrosis grasa encapsulada, un nódulo subcutáneo de grasa necrótica que puede aparecer tras procesos inflamatorios, incluyendo paniculitis como el eritema nodoso[12].

Se recomienda seguimiento clínico ambulatorio hasta la resolución completa de las lesiones. La reevaluación debe considerarse si los síntomas persisten, si hay recurrencia de los episodios o si aparecen signos sistémicos que sugieran enfermedad subyacente.

Comentarios

La identificación del eritema nodoso como una enfermedad inflamatoria y no como un proceso infeccioso localizado puede reducir el uso innecesario de antibióticos y resulta fundamental para asegurar un manejo adecuado, centrado principalmente en el alivio sintomático. Aunque en una proporción significativa de los casos no se logra identificar el agente etiológico, cuando este se determina, generalmente corresponde a un agente infeccioso, lo que resalta la importancia de una evaluación diagnóstica completa para orientar el tratamiento y el seguimiento.

Por lo general, esta afección es benigna que tiende a resolverse de manera espontánea, sin dejar secuelas a largo plazo. Este caso subraya la importancia de considerar el eritema nodoso dentro del diagnóstico diferencial de las dermatitis pediátricas más comunes[13], destacando la necesidad de un enfoque diagnóstico exhaustivo que permita un reconocimiento certero y un tratamiento eficaz.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Javier Pérez López: María Ángeles García Herrero: Redacción - revisión y edición, Supervisión

Carmen Moreno Solera: Redacción - revisión y edición, Supervisión

Elena Márquez Cáceres: Redacción - revisión y edición, Supervisión

Conflictos de interés

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Declaraciones éticas

Este trabajo (caso clínico, serie de casos, etc.) incluye datos/imágenes de pacientes, y los autores confirman que han obtenido su consentimiento informado expreso para su publicación.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

REFERENCIAS

1. Requena L, Requena C. Eritema nodoso. Dermatol Online J. 2002;8(1):4.
2. Agüero Orgaz D, Cubero Sobrados MC, Martín Gordo O. Eritema nodoso, a propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:451–456.
3. Urbaneja Rodríguez E, Garrote Molpeceres R. Eritema nodoso en pediatría. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2020;2:285–293.
4. Abu-Rumeileh S, Barbati F, Indolfi G, Trapani S. Erythema nodosum in children: a cohort study from a tertiary pediatric hospital in Italy. Eur J Pediatr. 2023 Apr;182(4):1803–1810. Disponible en: doi: 10.1007/s00431-023-04872-x. Erratum in: Eur J Pediatr. 2024 May;183(5):2509. Disponible en: doi: 10.1007/s00431-024-05452-3.
5. Alvarez Blanco O, Alvarez Montañana P, Mascuñán Díaz I. Eritema nudoso secundario a una infección enteral por Yersinia enterocolitica [Yersinia enterocolitica enteral infection-induced nodular erythema]. An Pediatr (Barc). 2008 Sep;69(3):282–283.
6. Hafsi W, Badri T. Erythema nodosum. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Nov 28

[citado 2025 Aug 4]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556069/.

7. Trapani S, Rubino C, Lodi L, Resti M, Indolfi G. Erythema nodosum in children: a narrative review and a practical approach. Children (Basel). 2022 Apr 4;9(4):511. Disponible en: doi: 10.3390/children9040511.
8. Pérez Garza DM, Chavez Alvarez S, Ocampo Candiani J, Gomez Flores M. Erythema nodosum: a practical approach and diagnostic algorithm. Am J Clin Dermatol. 2021 Mar;22(3):367–378. Disponible en: doi: 10.1007/s40257-021-00607-7.
9. Laborada J, Cohen PR. Tuberculosis-Associated Erythema Nodosum. Cureus. 2021 Dec 5;13(12):e20184. Disponible en: doi: 10.7759/cureus.20184. PMID: 35004007; PMCID: PMC8723782.
10. Zambrano-Mericq MJ, Lam JM. Erythema nodosum associated with COVID-19 infection: a pediatric case report and review of the literature. Pediatr Dermatol. 2023 Jan;40(1):166–170. Disponible en: doi: 10.1111/pde.15096.
11. Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. Am Fam Physician. 2007;75:695–700.
12. Ahn SK, Lee BJ, Lee SH, Lee WS. Nodular cystic fat necrosis in a patient with erythema nodosum. Clin Exp Dermatol. 1995;20(3):263–265. Disponible en: doi: 10.1111/j.1365-2230.1995.tb01319.x.
13. Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Exantemas en la infancia. Pediatr Integral. 2014;XVIII(1):22–36.