

PLACAS INDURADAS DEPRIMIDAS EN MIEMBROS SUPERIORES

Depressed indurated plaques in upper limbs

Laura Masías*, Florencio Cortez*, Sandra García*

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 30 años de edad, natural y procedente del Callao, ama de casa. Refiere que hace aproximadamente 2 años luego de sufrir una contusión, nota la aparición de áreas induradas, eritematosas, no dolorosas a nivel de ambos brazos. Las lesiones se mantienen estables hasta hace aproximadamente 5 meses cuando van incrementando de tamaño y dejando zonas deprimidas. Además refiere desde hace 6 meses la aparición de un nódulo a nivel de glúteo derecho posterior a inyección intramuscular en dicha zona.

Antecedentes: Episodios recurrentes de aftas orales y faringitis crónica. Tía materna con diabetes mellitus tipo II y cáncer de mama.

Examen físico

Paciente en buen estado general que presenta múltiples placas eritematosas con depresión central, induradas, con aumento de temperatura local, de 14 x 9 cm en brazo derecho (Figuras 1 y 2), de 6,5 x 4 y de 3 x 2 cm en brazo izquierdo (Figura 3). A la palpación profunda nódulo de 1,5 cm en glúteo derecho. Resto del examen clínico dentro de límites normales.

Exámenes auxiliares

En los exámenes de laboratorio se evidencia anemia leve (hemoglobina, 11,2 g/dL), leucopenia (3 340 cel/mL), VSG incrementada (22 mm/h), anticuerpos antinucleares 1/160 patrón homogéneo. En la ecografía de partes blandas del brazo derecho se observa aumento de ecogenicidad de 59 x 44 x 19 mm. Los estudios de glucosa, urea, creatinina, examen completo de orina, proteinuria de 24 horas y radiografía de tórax estaban dentro de límites normales.

Informe anatomopatológico

Se realiza una biopsia de piel de lesión del brazo derecho. Los cortes histológicos coloreados con hematoxilina-eosina muestran una epidermis adelgazada, con hiperpigmentación de la basal y focos de degeneración vacuolar (Figura 4). Infiltrado linfocitario perivascular, algunas células plasmáticas, depósitos de mucina en dermis profunda y áreas lobares del pániculo adiposo, sin compromiso de paredes vasculares y presencia de zonas de fibrosis (Figura 5). Con la coloración de azul Alcian se aprecia con claridad la presencia de mucina (Figura 6) y con la coloración de Masson el incremento de fibras colágenas (Figura 7).

Evolución

Luego de confirmado el diagnóstico clínica e histopatológicamente y dado el compromiso cutáneo y las alteraciones hematológicas, se inicia tratamiento con deflazacort 60 mg/día (equivalente a 50 mg/día de prednisona) por 3 semanas con lo que se estabiliza el cuadro, se observa involución progresiva de las lesiones que dejan áreas de hiperpigmentación y normalización del recuento leucocitario, iniciándose luego la reducción progresiva del corticoide sistémico. La paciente presentó un episodio de herpes simple a nivel de pared abdominal durante el tratamiento.

DISCUSIÓN CLÍNICA

La presencia crónica de múltiples placas eritematosas induradas a nivel de extremidades superiores, asociadas a traumatismo y que evolucionan dejando áreas de depresión central nos lleva a considerar las siguientes posibilidades diagnósticas:

*Servicio Dermatología Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Callao



Paniculitis traumática

Las lesiones se presentan en relación con traumatismo en alguna zona de la piel, el cual, en ocasiones, puede pasar desapercibido. El tronco y las mamas son los más frecuentemente comprometidos, pero las lesiones pueden presentarse en cualquier localización como una masa subcutánea móvil variablemente dolorosa^(1,2). En el caso presentado la paciente refiere antecedente de traumatismos en las zonas comprometidas, pero el tipo de lesión y su carácter evolutivo alejan esta posibilidad diagnóstica.

Esclerodermia tipo morfea profunda

En la esclerodermia y sus variantes cutáneas localizadas la afectación puede extenderse desde la dermis hasta la grasa subcutánea o comprometer únicamente la hipodermis. Clínicamente se caracteriza por nódulos o placas induradas de curso estacionario o crecimiento progresivo, que evolucionan dejando zonas de atrofia e hiperpigmentación residual.

La historia de traumatismo previo no es un antecedente de importancia en el desarrollo de las lesiones, siendo hombros, brazos y tronco las localizaciones más frecuentemente comprometidas⁽²⁻⁴⁾. En este tipo de casos el estudio histopatológico proporciona una gran ayuda diagnóstica.

Paniculitis facticia

Se desarrolla por autoinoculación de diferentes sustancias en la piel o implantación de diversos materiales con fines cosméticos y/o terapéuticos. La lesión suele presentarse como un área indurada dolorosa y eritematosa dependiendo las manifestaciones clínicas de la naturaleza de la sustancia y el lugar de aplicación.

Se han descrito casos asociados a procaína, povidona, petidina, parafina, aceites y siliconas^(1,2). La característica no dolorosa de las lesiones y la ausencia de antecedentes contributorios luego de un interrogatorio minucioso alejan esta posibilidad.

Paniculitis lúpica (lupus profundo)

Puede presentarse en forma aislada o asociada a lupus discoide y/o sistémico. Se caracteriza por placas o nódulos con o sin presencia de lesiones de lupus discoide en su superficie, que van dejando zonas de depresión, edema e hiperpigmentación durante su evolución. Las localizaciones más frecuentes son brazos, hombros, cara y glúteos. Los traumatismos están considerados como un factor desencadenante^(1,2,5,6). En relación a las características clínicas, la evolución y los hallazgos de laboratorio el diagnóstico de paniculitis lúpica es bastante probable.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

DISCUSION HISTOPATOLÓGICA

El cuadro histológico corresponde a una paniculitis lobar sin vasculitis. En este grupo se incluyen varias de las patologías planteadas previamente, pero hay ciertas características que nos ayudan a descartar algunas de ellas.

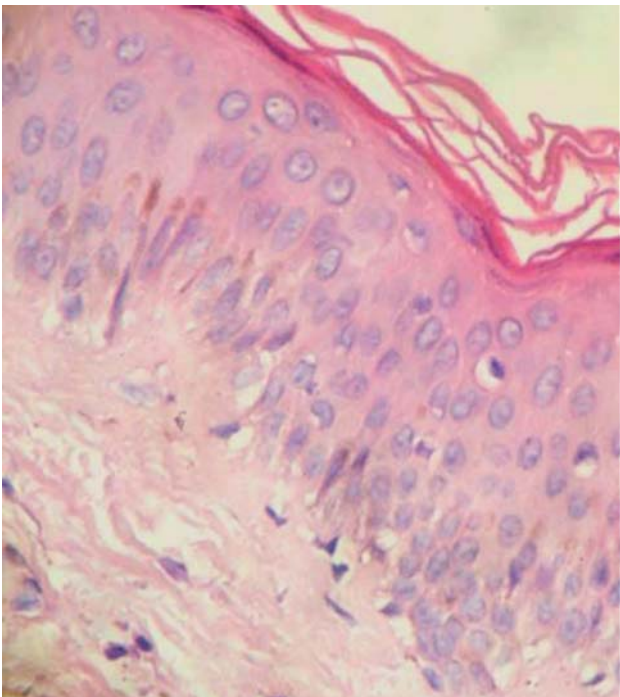


Figura 4

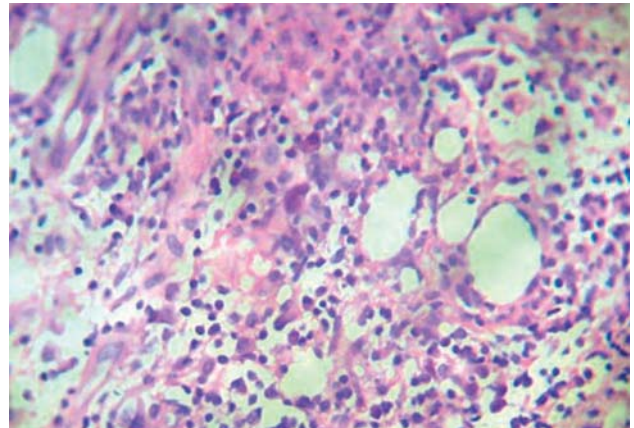


Figura 5

La paniculitis traumática se caracteriza por la presencia de espacios quísticos de tamaño variable entre los lóbulos de la hipodermis, como consecuencia de una necrosis confluyente de adipocitos, rodeados de fibrosis y hemorragia, observándose en la periferia histiocitos espumosos e infiltrado linfocitario^(1,7).

Las características histopatológicas en la paniculitis facticia están en relación al tipo de sustancia involucrada, observándose células gigantes a cuerpo extraño y siendo necesario en ocasiones utilizar luz polarizada para determinar la naturaleza del material exógeno^(1,7).

La morfea profunda corresponde a una paniculitis del tipo septal sin vasculitis, con marcada fibrosis de los septos, atrofia de anexos e infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y células plasmáticas^(3,4,7).

La paniculitis lúpica corresponde a un cuadro de paniculitis lobar sin vasculitis que puede presentar características de lupus discoide a nivel dermoepidérmico.

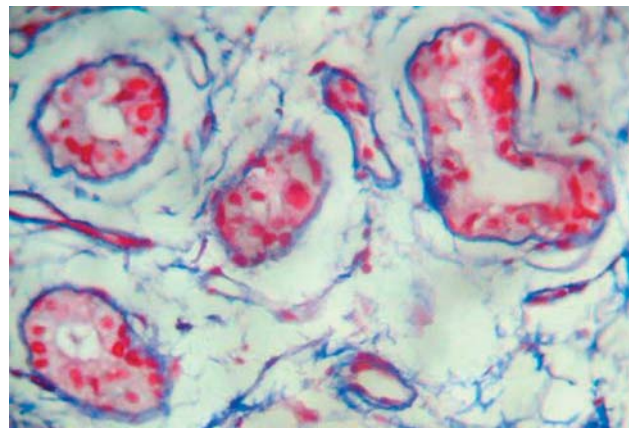


Figura 6

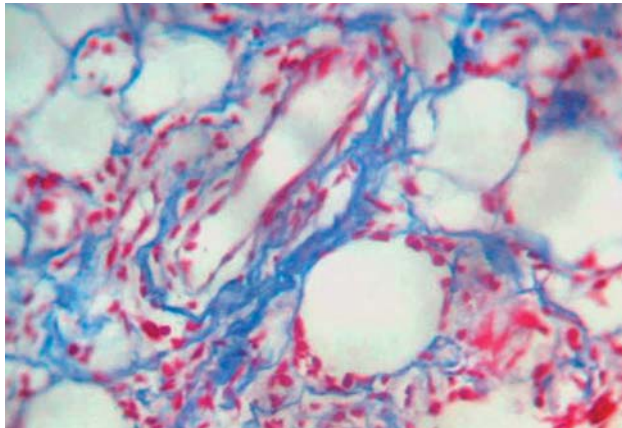


Figura 7

DIAGNÓSTICO

De acuerdo a la presentación clínica y a los hallazgos histopatológicos el caso presentado corresponde a una paniculitis lúpica.

COMENTARIO

La paniculitis lúpica o lupus profundo es una paniculitis crónica recurrente que representa del 1 al 3% de los lupus cutáneos. En el 33% de los casos esta asociada a lupus discoide y en el 10% forma parte de un lupus sistémico^(1,5,6).

Es más frecuente en mujeres jóvenes y las lesiones tienen predilección por localizaciones como brazos, cara y glúteos, siendo estas áreas infrecuentemente afectadas en otros tipos de paniculitis. El antecedente de traumatismo se ha descrito como un factor precipitante. Algunos pacientes desarrollan las lesiones posteriormente a una inyección en la zona y se puede observar empeoramiento en el área biopsiada o reactivación en zonas de cicatrices previas⁽¹⁾.

Clínicamente se caracteriza por placas y/o nódulos en cuya superficie se puede observar eritema, piel normal o placas eritematosas con áreas de atrofia características de lupus discoide. Durante su evolución las lesiones van dejando zonas de depresión, edema e hiperpigmentación. Las áreas más frecuentemente afectadas son brazos, hombros, cara y glúteos. Las lesiones de paniculitis lúpica pueden preceder, aparecer simultáneamente o desarrollarse después de otras manifestaciones extracutáneas de lupus eritematoso sistémico, pero usualmente se asocian con curso leve de la enfermedad^(1,2,5,6).

Serológicamente los anticuerpos antinucleares suelen encontrarse en títulos bajos o ausentes y algunos autores sugieren que su presencia estaría en relación con un alta probabilidad de compromiso sistémico actual o durante su evolución⁽⁵⁾.

Los hallazgos histopatológicos son bastante característicos. En más del 50% de los casos se observan cambios correspondientes a lupus discoide como atrofia epidérmica, vacuolización de la basal, engrosamiento de la membrana basal, depósitos de mucina entre los haces de colágeno y un infiltrado linfocitario perivascular superficial y profundo. A nivel hipodérmico corresponde a una paniculitis lobular sin presencia de vasculitis, caracterizada por un infiltrado linfocitario que en más de la mitad de los casos se distribuye formando folículos linfoides, lo cual se considera un hallazgo característico. Se observa necrosis hialina de adipocitos y el depósito de mucina tanto en dermis como en el pánículo graso se ha descrito hasta en 75% de los casos. En los haces de colágeno a nivel de los septos se aprecia hialinización y fibrosis. Otros hallazgos menos frecuentes en paniculitis lúpica incluyen vasculitis linfocítica de pequeños vasos, necrosis hialina de las paredes vasculares, calcificación y presencia de eosinófilos^(1,5-7).

En la mayoría de los casos el estudio con inmunofluorescencia de las lesiones de lupus profundo muestra depósitos lineales de IgM y C3 en la unión dermoepidérmica, y los depósitos de inmunocomplejos a nivel del pánículo adiposo son inconstantes^(1,5,6).

En el tratamiento de la paniculitis lúpica se incluye el uso de corticoides tópicos oclusivos de alta potencia, pero usualmente el tratamiento sistémico con corticoides o antipalúdicos es necesario. Se ha descrito también casos con buena respuesta a dapsona y micofenolato mofetil^(1,8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Requena L, Sanchez E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:325-61
2. Odom R, James W, Berger T. *Andrews' Dermatología Clínica*. Madrid, España. Marban Libros SL 2004: 616-27
3. Requena L, Sanchez E. Panniculitis. Part I. Mostly septal panniculitis. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:163-83
4. Virendra N, Sehgal, Govind Srivastava, et al. Localized scleroderma/morphea. *Int J Dermatol* 2002; 41:467-75
5. Pei-Lin P, Hoon Tan S, Tan T. Lupus erythematosus panniculitis: a clinicopathologic study. *Int J Dermatol* 2002; 41:488-90
6. Watanabe T, Tsuchida T. Lupus erythematosus profundus: a cutaneous marker for a distinct clinical subset? *Br J Dermatol* 1996; 134:123-5
7. Weedon D. *Piel Patología*. Madrid, España. Marban Libros 2002: 441-56
8. Callen J. Update on the management of cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 2004; 151:731-36upus