

LUPUS PROFUNDO

Mónica Alejandra Gaviría ¹, Clara Inés Jaramillo ², Rodrigo Restrepo ³

RESUMEN

Se presenta un caso de lupus profundo en una mujer de 46 años, que cursó con atrofia marcada del panículo adiposo en cara y glúteos, acompañado de fotosensibilidad y placas alopécicas cicatriciales en región frontal izquierda.

Palabras claves: lupus profundo, lupus eritematoso discoide.

SUMMARY

A case is presented of a 46 years old female subject, exhibiting atrophy of the panniculus adiposus in face, arms and hip; along with cicatricial alopecic plaques on the left region of the forehead.

Key words: lupus profundus, lupus erythematosus discoid.

HISTORIA CLINICA

Se trata de una paciente de 46 años con un cuadro clínico de 13 años de evolución. Se inició con fotosensibilidad y una placa violácea en la sien derecha, luego cursó con atrofia del panículo adiposo y aparición de placas similares en otras áreas de la cara, el glúteo derecho y la porción proximal de los brazos, dejando marca y deformidad residual. Además presentó dos placas alopécicas cicatriciales en la región frontal izquierda. Actualmente, se encuentra sin actividad de la enfermedad (figura 1).

Exámenes de diciembre/85:

- Biopsia de piel con atrofia epidérmica, hiperqueratosis, taponamiento folicular, licuefacción de la basal, infiltrado linfo-monocitario perivascular y perianexial a favor de un lupus tegumentario (figura 2).

- Inmunofluorescencia directa de piel, negativa.
- ANA negativos.

Tratamiento inicial

Antisolar, esteroide tópico y ciclo corto sistémico por compromiso periorbitario, cloroquina y lipoinyección.

Exámenes de julio/96:

- ANA negativos.
- Electroforesis de proteínas con leve aumento de gammaglobulinas.
- La biopsia de piel muestra lóbulos de grasa rodeados por colágeno hialinizado e infiltrado linfocitario (figura 3).

¹ Residente II Dermatología

² Dermatóloga – Docente UDB

³ Patólogo UDB

Correspondencia: Mónica A. Gaviría M. Clínica Universitaria Bolivariana
Calle 78 B No. 72 A 109 Medellín – Colombia

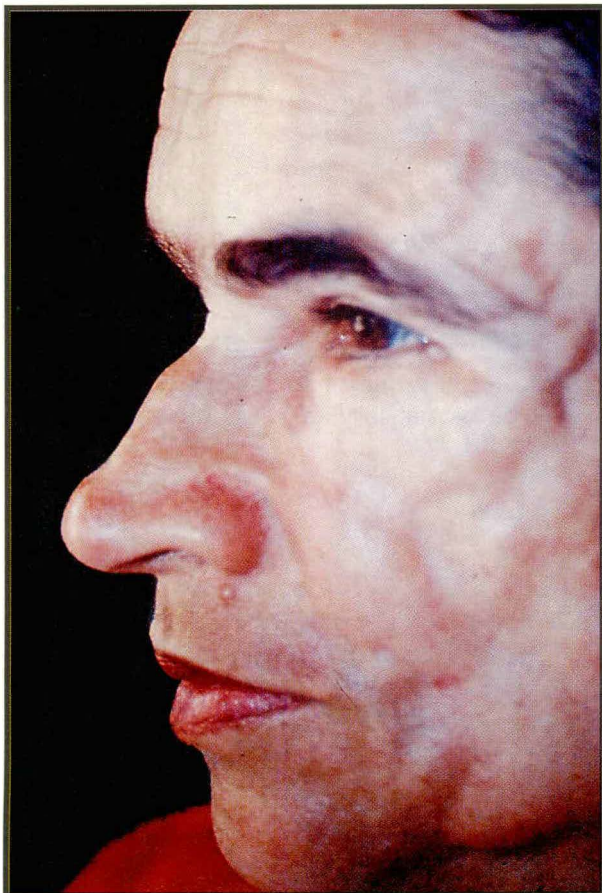


Figura 1.

Con base en lo anterior se hace el diagnóstico de lupus profundo actualmente inactivo, asociado previamente a lupus eritematoso discoide, requiriendo solamente tratamiento fotoprotector.

COMENTARIOS

El primer informe de nódulos subcutáneos en LE fue hecho en 1883 por Kaposi y, en 1940, Irgang en EUA acuñó el término de lupus eritematoso profundo. Este se define como un lupus que compromete el tejido celular subcutáneo, como variante clínica del lupus eritematoso sistémico o dentro del espectro de la misma enfermedad. Sigue un curso crónico con remisiones prolongadas o recaídas periódicas (2).

Ha sido descrito asociado con LES en 2 a 5% de los casos, a lupus eritematoso discoide en la mismas áreas comprometidas o en diferentes, en 20 a 60% o como forma clínica aislada. Es más frecuente en mujeres de edad media, con una relación por género de 4 mujeres por 1 hombre (2).

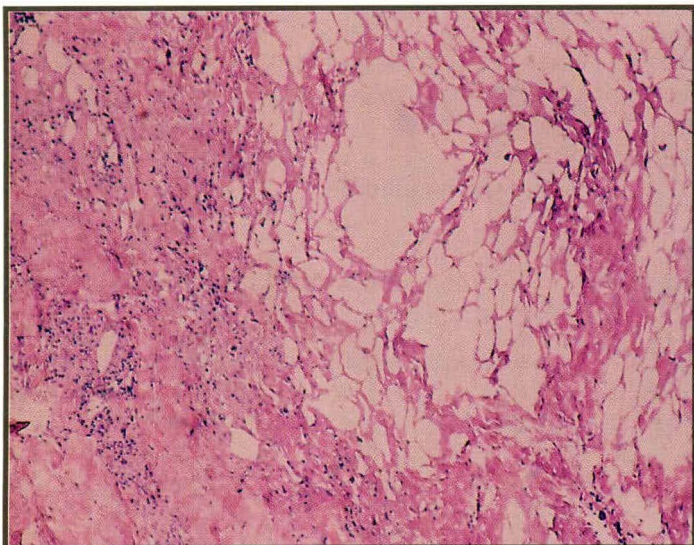


Figura 2.

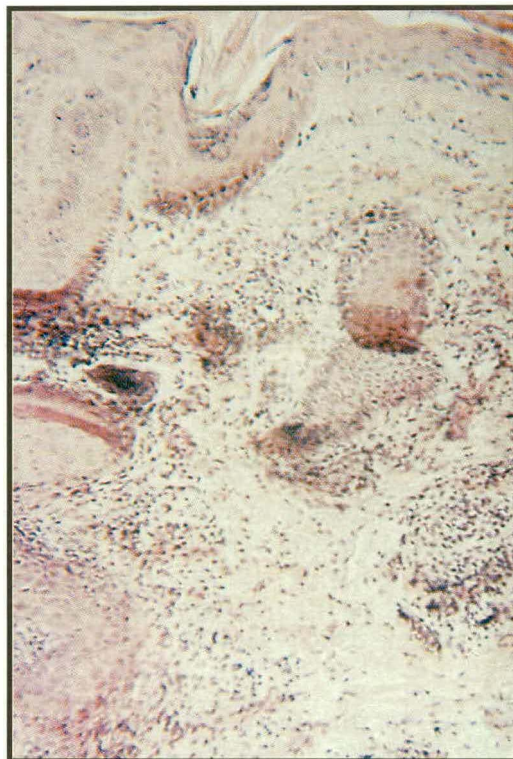


Figura 3.

Se presenta como lesiones múltiples o aisladas consistentes en nódulos y placas subcutáneas, móviles o adheridas, de tamaño variable, no sensibles, con piel suprayacente normal o eritematosa, atrófica e hiperqueratósica o, rara vez, ulcerada. Pueden sanar dejando atrofia subcutánea prominente o calcificaciones. Se localiza generalmente en cara, glúteos, cuero cabelludo, espalda, senos, raíz de miembros; raramente, en abdomen o región periorbitaria con edema palpebral y proptosis (3,5).

En los resultados de laboratorio, se describen ANA positivos en 56 a 70% de los casos, anticuerpos contra dsADN; complemento normal o ligeramente disminuido; prueba de banda lúpica con patrón granular positivo para IgG, IgM, C3 en la membrana

basal de piel suprayacente con una positividad de hasta 70%, según el estadio clínico (sobre todo en lesiones recientes) (4).

En la histopatología, se observa un infiltrado lobular denso de linfocitos, células plasmáticas e histocitos en dermis y, principalmente, en hipodermis semejando nódulos linfoides (paniculitis linfocítica), asociados con necrosis grasa por hialinización y esclerosis. Además, hay depósitos mucinosos o calcificaciones focales.

En 20% de los casos, la histopatología equivale a la del lupus eritematoso discoide. La extensión del infiltrado desde la dermis al tejido celular subcutáneo podría explicar la asociación con lesiones cutáneas lúpicas, como en esta paciente (1,4).

REFERENCIAS

1. **Izumi A, Takiguchi P:** Lupus erythematosus panniculitis. Arch Dermatol 1983;119:61-4.
2. **Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al.** Disorders of subcutaneous tissue. In: Dermatology in general medicine. 4th Ed. 1993;1:1336.
3. **Watanabe T, Tsuchida T.** Lupus erythematosus profundus: a cutaneous marker for a distinct clinical subset?. Brit Dermatol 1996,134:123-5.
4. **Tuffanelli D.** Lupus erythematosus panniculitis (profundus). Clinical and immunologic studies. Arch Derm 1971;103:23-42.
5. **Caproni M, Palleschi G, Papi C, et al.** Discoid lupus erythematosus lesions developed on lupus erythematosus profundus nodules. Intern Dermatol 1995; 34, No. (5):357-8.