

Mire... Piense... y Haga su Diagnóstico

Placas eritematosas infiltradas en rostro

Cagnolo Sofía Aylén, Fumus María Agustina, Boldrini María Pia, Gubiani Maria Laura, Pinardi Beatriz

► CASO CLÍNICO

Paciente femenino, de 27 años de edad, con antecedente patológico de hipotiroidismo medicada con levotiroxina, concurre a la consulta dermatológica por presentar lesiones eritematosas en rostro asintomáticas de 1 año de evolución. La paciente refirió haber realizado múltiples tratamientos con antimicóticos tópicos sin respuesta.

Al examen físico se observaron placas eritematosas de configuración anular de bordes netos irregulares, con centro levemente más claro y escasas escamas en superficie, infiltradas, localizadas en ambas mejillas. Además presentaba placas de similares características en región superciliar y en surco nasogeniano derecho

(Figs. 1y 2). No se observaban lesiones en mucosas ni faneras.

Se solicitó laboratorio de rutina y perfil reumatológico, que informo los siguientes resultados: ANA positivo 1:640 patrón moteado, anticuerpos anti Ro y anti La positivos. El resto se encontraba dentro de parámetros normales.

Se realizó estudio histopatológico de piel que mostró atrofia en epidermis con vacuolización de la capa basal y tapones córneos. En dermis se observó intenso infiltrado inflamatorio de predominio perianexial y perivascular con moderada degeneración basofílica del colágeno (Fig. 3).

Su diagnóstico es...



Figura 1: Placa eritematosa de configuración anular con bordes netos irregulares, con centro levemente más claro y escasas escamas en superficie, infiltrada localizada en mejilla

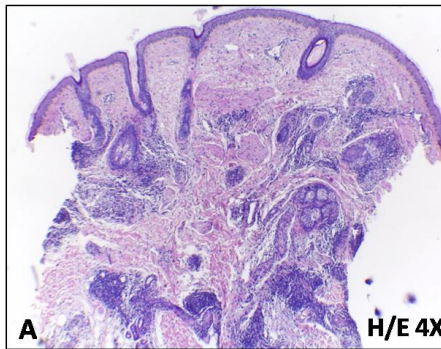


Figura 2: Placas eritematosas con bordes netos irregulares y escamas en superficies, infiltradas en región

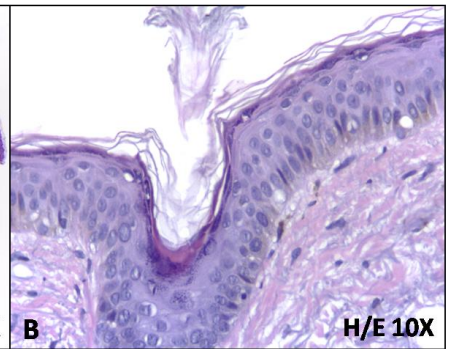


Figura 3: A: Epidermis atrófica con vacuolización de la capa basal. En dermis se observa intenso infiltrado inflamatorio de predominio perianexial y perivascular con moderada degeneración

Servicio de Dermatología Hospital San Roque. Bajada Pucará 1900 (5000), Córdoba, Argentina

Autor Principal: Cagnolo Sofía Aylén

Médica residente. Alumna de la Carrera de Posgrado de la Universidad Nacional de Córdoba

Correo electrónico: aylen_cagnolo@hotmail.com

Recibido: 29-05-2017

Aceptado para publicación: 29-06-2017

► DIAGNÓSTICO

Lupus eritematoso discoide localizado

► COMENTARIO

El lupus eritematoso discoide representa la forma más frecuente de lupus eritematoso crónicoⁱ. Puede presentarse a cualquier edad, principalmente entre los 20 y 40 años, con una relación mujer/hombre de 2 a 1, con mayor incidencia en afroamericanas.ⁱⁱ

Clínicamente se caracteriza por comprometer piel, mucosas y faneras.ⁱⁱⁱ

Las lesiones características son placas eritematosas con escamas adherentes en superficie, de localización más frecuente en rostro, pabellones auriculares y cuero cabelludo. Las escamas tienen el aspecto típico en clavo de tapicero.

Las lesiones se expanden lentamente con inflamación activa e hiperpigmentación en la periferia dejando una zona central cicatrizal deprimida y atrófica con telangiectasias e hipopigmentación. En el caso de presentado las escamas eran más finas.

Según su extensión se clasifica en: localizado, cuando compromete zonas de exposición solar, cabeza y cuello; generalizado cuando afecta además otras áreas extrafaciales pudiendo estar o no comprometida la extremidad cefálica.^{3 y iv}

Para descartar afectación sistémica, debe realizarse examen físico y laboratorio completos. Se pueden hallar ANA positivos a título bajo, factor reumatoideo (FR) positivo y velocidad de eritrosedimentación elevada en 20% de los pacientes.

Los anticuerpos anti Ro y anti LA se hayan con mayor frecuencia asociados a LECSA, pero también es posible encontrarlos en el LED, como en el caso presentado. En un estudio que examinó los anticuerpos anti Ro en 32 pacientes (17 LECSA, 15 LED) se encontró que todos los pacientes que tenían LECSA resultaron positivos para este anticuerpo en inmunodifusión, comparado con 7% (1/15) de pacientes que tenían LED^v

Histológicamente se caracteriza por presentar un infiltrado linfocítico perivascular y perianexial superficial y profundo conocido como "dermatitis de la interfase". Otros hallazgos característicos son prominente orto y paraqueratosis, obstrucción folicular (tapones córneos) y atrofia epidérmica. Además se observa a nivel de la unión dermo-epidérmica degeneración vacuolar y queratinocitos necróticos en las capas epidérmicas inferiores. Puede evidenciarse

engrosamiento de la membrana basal como consecuencia tardía.⁴

El **diagnóstico diferencial** del lupus eritematoso discoide debe plantearse con un amplio grupo de entidades caracterizadas por placas eritematosas faciales como: LECSA, lupus tumidus, infiltrado linfocitario de Jessner, sarcoidosis y linfocitoma cutis.^{vi}
^{vii y viii}(tabla I)

El **tratamiento** actual se basa en la fotoprotección en conjunto con corticoides tópicos como primera línea. Además se pueden usar inhibidores de la calcineurina y terapia sistémica con hidroxiclороquina. La paciente inicio tratamiento con hidrocortisona al 1% en rostro, hidroxiclороquina 400 mg/día, y medidas de fotoprotección con buena evolución y remisión de lesiones.^{ix}

Destacamos este caso de lupus discoide localizado por su asociación a anticuerpos ANA, anti RO y anti LA positivos. Estos resultados de laboratorio resultarían factores de riesgo para evolucionar a un LES debido a que el 28% de los pacientes con LED son susceptibles de desarrollarlo. Otros factores de riesgo para esta evolución incluyen la presencia de artritis/artralgias, cambios en las uñas, anemia, leucopenia, VSG elevada y ANA en títulos altos.^x

BIBLIOGRAFÍA

- ⁱPatsinakidis N, Gambichler T, Lahner N, Moellenhoff K, Kreuter A: Cutaneous characteristics and association with antinuclear antibodies in patients with different subtypes of lupus erythematosus. [J Eur Acad Dermatol Venereol](#). 2016; 30(12): 2097-2104.
- ⁱⁱStringa O, Troielli P, Abad ME, Bendjua G, Casas J, Casas G, "et al.". Consenso sobre lupus eritematoso cutáneo. Sociedad Argentina de Dermatología. 2016:1-62.
- ⁱⁱⁱLombardi V, Minvielle I, Rossi M: Lupus cutáneo crónico. Arch. Argent. Dermatolo.2013; 63 (5): 211-218.
- ^{iv}Kuhn A, Landmann A. The classification and diagnosis of cutaneous lupus erythematosus. [Internet]. J Autoimmun. 2014 Feb-Mar;48-49:14-9.[Epub ahead of print]
- ^vHaber JS, Merola JF, Werth VP. Classifying discoid lupus erythematosus background, gaps, and difficulties. International journal of women's dermatology. 2017; 3: 62–66.
- ^{vi}Ribero S, Sciascia S, Borradori L, Lipsker D. The cutaneous spectrum of lupus erythematosus.[Internet]. Clin Rev Allergy Immunol. 2017 Jul 27. doi: 10.1007/s12016-017-8627-2. [Epub ahead of print]
- ^{vii}Anduaga ES, Sánchez Saldaña L, Pancorbo Mendoza J. Placas eritematosas faciales recurrentes. Dermatología peruana. 2014; 14(1):61-67.
- ^{viii} Fortuño Y, Gallego I, Marcova J. Sarcoidosis Cutanea. Actas Dermosifiliogr. 2004; 95 (3):137-53.
- ^{ix}Garza Mayers AC, McClurkin M, Smith GP. Review of treatment for discoid lupus erythematosus. [DermatolTher](#).2016 ;29(4):274-83
- ^x Chong BF, Song J, Olsen NJ: Determining risk factors for developing systemic lupus erythematosus in patients with discoid lupus erythematosus.Br J Dermatol. 2012;166(1):29-35.