

Archivos de Medicina  
Asociación Española de Médicos Internos Residentes  
editorial@archivosdemedicina.com  
ISSN (Versión impresa): 1698-9465  
ESPAÑA

2005

Manuel J. Menduiña Guillén / Pilar Alaminos García / María Nicolás Benticuaga  
Martínez / María Isabel Parejo Sánchez / Norberto Ortego Centeno / José Luis  
Callejas Rubio

PIEL DURA CON DEPRESIONES INESTÉTICAS EN MUJER JÓVEN

*Archivos de Medicina*, mayo-junio, año/vol. 1, número 003

Asociación Española de Médicos Internos Residentes

Madrid, España

pp. 1-4

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



**TÍTULO: PIEL DURA CON DEPRESIONES INESTÉTICAS EN MUJER JOVEN.  
HARD SKIN WITH ANTIESTHETIC DEPRESSIONS IN YOUNG WOMAN.**

**AUTORES:** Manuel J. Mendiña Guillén, Pilar Alaminos García, María Nicolás Benticuaga Martínez, María Isabel Parejo Sánchez, Norberto Ortego Centeno, José Luis Callejas Rubio.

**Lugar de trabajo:** Servicio de Medicina Interna B, Unidad de Enfermedades Sistémicas y Autoinmunes, Hospital Universitario San Cecilio. Avenida Doctor Olóriz, 16, Granada.

**Correspondencia:**

Manuel Jesús Mendiña Guillén

Avda. de Los Mártires, 1; Urb. "El Caracolar", 1ºD

18170 Alfacar (Granada)

Telf: 639564070. E.mail: [mendiña@terra.es](mailto:mendiña@terra.es)

## **CASO CLINICO:**

Mujer de 35 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés salvo, artralgias en codos y rodillas de casi 10 años de evolución, con al menos 2 episodios de artritis previa (en muñecas e interfalángicas de ambas manos). Refiere aparición desde hace unos meses, de varias lesiones, en forma de “bultos indurados” de 1-2 cm de diámetro, confluentes, que desaparecen espontáneamente, apareciendo posteriormente en otra zonas. Fundamentalmente se localizan en extremidades y glúteos.

Exploración física: en tercio proximal de ambos brazos se aprecia piel eritematosa y dura, imposible de pellizcar, que no deja fovea a la presión. A la palpación se detectan induraciones profundas de 2-3 cm, alternando con zonas de depresión, causadas posiblemente por reabsorción de algunas de dichas lesiones (ver figuras 1 y 2); el resto de la exploración es normal.

Exploraciones complementarias: VSG: 22. En el hemograma destaca leucopenia (3800 leucocitos/ul con 1100 linfocitos/ul). Bioquímica, complemento sérico y orina normales. Mantoux: negativo. Inmunoglobulinas en sangre normales. Fenómeno LE: negativo, ASLO y látex normales. PCR: 4,5. ANA(+): 1/640 patrón granular. Anti-DNA: en el límite de la positividad. Anti-Sm (+), anti-RPN (-), anti-musculo liso: (-).

El informe de la biopsia de una de las lesiones informa de paniculitis con imagen de vasculitis con focos de calcificación, con los septos ensanchados y parcialmente hialinizados. En algunas zonas de la dermis reticular se puede observar infiltrado inflamatorio linfocitario focal. En otra de las lesiones se observa a nivel del tejido celular subcutáneo, esteatonecrosis difusa y hialinización de los adipositos (figura 3). En el estudio con inmunofluorescencia, se detectaron depósitos de inmunoglobulinas en los vasos de la grasa subcutánea.

**DIAGNOSTICO:** Paniculitis lúpica. Lupus profundo. Criterios de Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

## **EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:**

Se prescribió tratamiento con antipalúdicos con lo que la paciente mejoró clínicamente de manera notable, desapareciendo sus lesiones dérmicas en las siguientes dos semanas. En el transcurso de los 2 años siguientes, nuestra paciente desarrolló criterios plenos de LES.

La primera asociación entre Lupus Eritematoso (LE) y nódulos subcutáneos, fue descrita por Kaposi en 1883 (1), aunque fue posteriormente Samuel Irgang, quien en 1940 introdujo el término de Lupus Eritematoso Profundo (2). Con posterioridad y más recientemente otros autores como Tuffanely (3), Peters y Winkelmann (4,5), han denominado a esta entidad como paniculitis lúpica. Se trata de una alteración bastante rara que afecta primariamente a la grasa subcutánea y que clínicamente se caracteriza por lesiones nodulares profundas o placas induradas, a menudo dolorosas, generalmente cubiertas por piel normal, aunque pueden presentar lesiones de Lupus Eritematoso Discoide (LED) en superficie con eritema, hiperqueratosis y atrofia; que se localizan más frecuentemente a nivel de región glútea, raíz de extremidades y cara (6,7). Estas lesiones profundas que afectan a la grasa pueden ocasionalmente calcificarse (8). La paniculitis lúpica (LP) es una variante de LE, que en un 70% puede asociarse con lesiones de lupus cutáneo (7) y con menor frecuencia (2-3%, según las series) (9,10) a LE, si bien es cierto que entre el 10 y el 50% cumplirán eventualmente criterios de la ARA para ser considerados como portadores de LES (7). De esta manera algunos pacientes desarrollan LES tras la aparición de estas lesiones, siendo por tanto las referidas lesiones nodulares la primera manifestación de la enfermedad, aunque la mayoría no desarrollan ésta. (10). Clínicamente el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con otras causas de paniculitis como: enfermedad de Weber-Christian, enfermedades pancreáticas, déficit de alpha-1-antitripsina, síndromes linfoproliferativos, infecciones de piel y tejido celular subcutáneo o traumatismos asociados a paniculitis crónica (11). El diagnóstico de certeza es

histopatológico, clasificándose habitualmente como una panniculitis lobulillar, en la que encontramos un denso infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, células plasmáticas y macrófagos, necrosis hialina del tejido adiposo y nódulos linfoides a nivel de los lobulillos (12); si bien es cierto que hay autores que consideran que se trata de una paniculitis mixta, ya que también a nivel septal podemos encontrar fibrosis e infiltrado linfoplasmocitario (13). Asociados a estos cambios del tejido celular subcutáneo podemos hallar también vasculitis linfocitaria y calcificación en el lobulillo, así como los cambios dermoepidérmicos habituales de cualquier tipo de lupus (12). Cuando los hallazgos histopatológicos de paniculitis lúpica son equívocos, el estudio con inmunofluorescencia directa ayuda al diagnóstico, demostrando un depósito de Ig G, Ig M y C3 en un alto porcentaje de los casos (15).

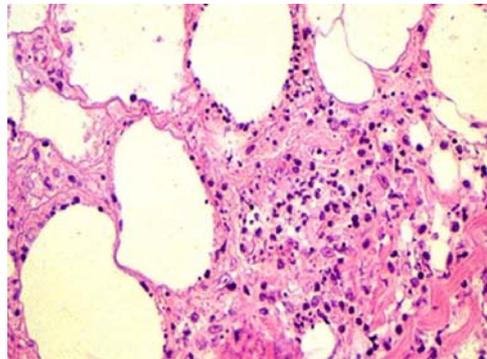
La paniculitis lúpica, suele responder al tratamiento con antimaláricos como la hidroxiquina, a una dosis aproximada de 200 mg al día. En los casos en los que la monoterapia con esta es inefectiva, puede ser útil la combinación con quinacrina a dosis de 100 mg diarios (7). Los corticoides, aunque son útiles en esta afectación de la grasa subcutánea, tanto en cura oclusiva como por vía oral, deben reservarse para los casos resistentes a tratamiento con las dos primeras opciones terapéuticas referidas; por otra parte las sulfotas también han demostrado ser eficaces en la paniculitis lúpica (14).



**Figura 1**



**Figura 2**



**Figura 3**

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Kaposi M. Pathologie and therapie der hautkrankheiten in vorlesungen für praktische aerzte und studirende. 2ªed. Viena: Urban & Schwarzenberg; 1883; pp 642.
2. Irgang S. Lupus erythematosus profundus: report of an example with clinical resemblance to Darier-Roussy sarcaid. Arch Dermatol Syphilol 1940;42: 97-108.
3. Tuffanelli DL. Lupus panniculitis. Semin Dermatol 1985; 4(2): 79-81.
4. Winkelmann RK, Peters MS. Lupus panniculitis. En: Dermatology Update 1982. p. 135-152.
5. Winkelmann RK. Panniculitis in connective tissue disease. Arch Dermatol 1983;119 :336-344.
6. Sontheimer RD, Provost TT. Cutaneous manifestations of lupus erythematosus. En: Dubois' lupus erythematosus. Fifth edition. Williams & Wilkins; 1997; pp 591-592.
7. Strober BE. Lupus panniculitis (lupus profundus). Dermatol Online J. 2001 Dec; 7(2): 20.
8. Yanguas I, Goday J, Lozano M, Soloeta R. Placa única de paniculitis lúpica con intensa calcificación. Actas Dermosifiliogr 1994; 85: 653-660.
9. Ajubi N, Nossent JC. Panniculitis as the frist manifestation of systemic lupus erythematosus: description of two cases. Neth J Med. Feb; 42 (1-2): 25-29.
10. Khalfallah N, Azzabi S, Ben Hassine L, Fathallah L, Kooli C, Fazaa I et al. Cutaneus lupus profundus. Tunis Med 2003. Feb; 81(2): 134-139.
11. Khan GA, Lewis FI. Recognizing Weber-Christian disease. Tenn Med 1996. Dec; 89 (12): 447-449.
12. Palencia Pérez SI, López Gómez S, Vanaclocha Sebastián F, Rodríguez Peralto JL, Iglesias Díez L. Paniculitis lúpica asociada a lupus eritematoso sistémico. Actas Dermosifiliogr 2002; 93 (3): 181-183.
13. De la Moneda C, Conde JM, Guerra A, Vanaclocha F, Iglesias L. El lupus paniculitis: una paniculitis mixta. Actas Dermosifiliogr 1987; 78:229-238.
14. Requena L, Sánchez Yus E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. J Am Acad Dermatol 2001. Sep; 45(3): 325-361.
15. Sánchez NP, Peters MS, Winkelmann RK. The histopathology of lupus erytematous panniculitis. J Am Acad Dermatol 1981; 5:673-680.