

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **12**

Número
Number **1**

Enero-Abril
January-April **2003**

Artículo:

**Lipoatrofia localizada. Reporte de
un caso**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Lipoatrofia localizada. Reporte de un caso

Dra. Verónica Merelo Alcocer,* Dra. Myrna Rodríguez Acar**

RESUMEN

La lipoatrofia localizada se describe como un desorden del tejido adiposo caracterizado por pérdida de tejido graso en una parte localizada del cuerpo: en este artículo reportamos el caso de una niña de 2 años de edad con diagnóstico de lipoatrofia localizada, verificada por estudio histopatológico.

Palabras clave: Lipoatrofia localizada.

ABSTRACT

Localized lipoatrophy describes disorders of adipose tissue characterized by loss of fat in a localized part of the body. We report a case of 2 years old woman with diagnosis of localized lipoatrophy verified by histological study.

Key words: Localized lipoatrophy.

INTRODUCCIÓN

La lipoatrofia localizada es una entidad poco común que se caracteriza por pérdida de tejido adiposo en una zona localizada del cuerpo.¹

La pérdida localizada de tejido adiposo sin ningún tipo de inflamación clínica ni histológica es generalmente denominada lipoatrofia idiopática. Clínicamente se han reconocido varios patrones, incluyendo la lipoatrofia anular, lipoatrofia abdominal, lipoatrofia semicircular y lipoatrofia localizada pos-inyección.² Asimismo, se han descrito en la literatura 2 tipos más: inflamatoria y no inflamatoria (o tipos involucionales). El tipo involucional es una lesión solitaria que exhibe una disminución en el tamaño individual de los adipocitos y en ocasiones la presencia de células mucina-positivas.

La lipoatrofia localizada ha sido un enigma ya que los factores causales no han sido aún bien definidos, además de que la histopatología de esta entidad no ha sido reconocida como específica; el único cambio histológico es la de involución del tejido celular subcutáneo. Estos pacientes presentan lesiones indoloras caracterizadas por una depresión circular de hasta 5 cm,

siendo la piel suprayacente normal.^{2,3} Se desconoce la causa de esta entidad, sin embargo existen datos contradictorios que indicarían una posible predisposición genética, e incluso una anormalidad en el cromosoma 10. Se han reportado casos de síndromes heredados, probablemente como rasgos autosómicos dominantes (síndrome de Dunnigan-Kobberling) * y se ha localizado el gen defectuoso en el cromosoma 1p.³

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente del sexo femenino de 2 años de edad originaria y residente de México D.F., quien acude al Centro Dermatológico Pascua el mes de junio del 2002 por presentar una dermatosis localizada a extremidad inferior derecha, de la cual afecta cadera (*Figura 1*). La lesión está constituida por un hundimiento subcutáneo de forma ovoide, de aproximadamente 3 x 3 cm de diámetro, sin cambios de coloración y con la piel circundante de características normales (*Figura 2*).

En el resto de la piel y anexos no se encontraron alteraciones. Al interrogatorio refiere la madre haber iniciado el padecimiento 4 meses previos a la consulta, con un pequeño hundimiento de la piel que fue aumentando de tamaño con el paso de los meses hasta el día de su consulta. Se tomó biopsia de la lesión descrita. El estudio histopatológico mostró una epidermis atrófica con hiperqueratosis ortoqueratósica y formación de ta-

* Residente de 3er año Dermatología Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatóloga del CDP.



Figura 1. Detalle de la lesión localizada a extremidad inferior derecha y de ésta afecta la cadera.



Figura 2. Detalle a mayor acercamiento de la lesión constituida por un hundimiento subcutáneo de forma ovoide, de aproximadamente 3 x 3 cm, sin cambios en la piel circundante.

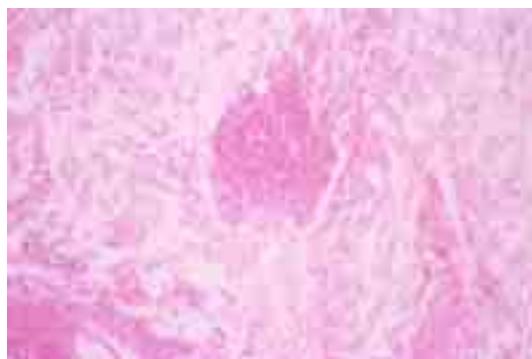


Figura 3.



Figura 4.

Figuras 3 y 4. Se observa dermis superficial, media y profunda de características normales, en hipodermis amplias áreas de hemorragia y discretos infiltrados linfohistiocitarios (H-E).

pones córneos, hiperpigmentación irregular de la capa basal. La dermis superficial, media y profunda de características normales. En hipodermis amplias áreas de hemorragia y discretos infiltrados linfohistiocitarios (*Figuras 3 y 4*). Siendo el diagnóstico compatible con lipoatrofia localizada. Se le dio tratamiento con prednisona vía oral obteniéndose hasta el momento discreta disminución en el tamaño de la lesión.

COMENTARIO

Existen en la literatura dos entidades que podrían ser compatibles con el caso antes mencionado. La primera se llama lipoatrofia "idiopática" localizada. Este grupo de enfermedades afecta sobre todo los muslos, los tobillos o el abdomen y todos los casos son posiblemente

variantes del mismo proceso.³ Hasta la fecha se han descrito 2 grupos de lipoatrofia localizada, ambas formas pueden representar las secuelas de un proceso inflamatorio primario, pero se requiere la realización de más biopsias de casos muy precoces para confirmar esta suposición.⁴

La segunda entidad ha sido denominada lipoatrofia semicircular. Esta enfermedad poco frecuente afecta sobre todo a la mujer joven y se localiza en la superficie anteroexterna de los muslos, en esta variante la pérdida de grasa se produce con rapidez en el transcurso de varias semanas, habitualmente sin síntomas asociados, aunque en 2 mujeres se ha descrito la aparición de dolores de tipo reumático en las zonas afectadas.⁴ Se dice que los traumatismos no son un factor causal,⁵ sin embargo se desconoce la etiología.

La explicación etiológica sigue siendo desconocida. En algunos otros casos se ha demostrado que la lipoatrofia clínica ocurre tras la administración de vasopresina, hormona del crecimiento, triamcinolona e insulina, por lo que se apoya la hipótesis de que una respuesta inmune localizada hacia un antígeno contenido en sustancias produce clínicamente la lipoatrofia.^{2,5}

Los estudios histológicos sugieren que la causa prima es una degeneración de los adipocitos que induce la formación de un infiltrado inflamatorio reactivo y una reabsorción aumentada de la grasa.⁶ También se han reportado pacientes con lipoatrofia de los tobillos. Esta forma poco frecuente afecta sobre todo a las niñas, difiere de las demás variantes de lipoatrofia anular tan sólo por su localización. Se inicia como nódulos eritematosos, calientes y tensos, que evolucionan hacia una atrofia anular con hiperpigmentación de carácter inflamatorio. Se desconoce la causa, sin embargo se ha sugerido el papel de los traumatismos crónicos, además de que podría tratarse de una atrofia secundaria a una paniculitis autoinmunitaria. En estos pacientes también se han demostrado alteraciones vasculares inflamatorias primarias en el tejido subcutáneo al igual que durante las fases iniciales de otras lipoatrosias.^{7,8} No se conoce ningún tratamiento eficaz, aunque se han señalado buenos resultados con esteroides y sulfonas.

Asimismo, dentro de este mismo grupo de entidades se describe a la lipoatrofia abdominal centrífuga, dicha entidad se ha descrito en Japón y se han registrado algunos casos aislados en Europa. Se inicia en la infancia, entre el primer mes de vida y los 9 años de edad. La lesión inicial es inguinal o axilar, y se extiende de manera centrífuga, con un halo inflamatorio. La enfermedad se estabiliza en la pubertad. El 75% de los casos evolu-

ción favorablemente. La imagen histológica es igual a la de la lipoatrofia de los tobillos. No se conoce la causa, aunque se ha señalado el papel de algunos factores tales como contusión, hernia inguinal, inyección intramuscular, etc. Algunos autores describen un posible origen familiar étnico.

No existe tratamiento en general para los diferentes tipos de lipoatrofia, aunque una vez que cesa la actividad de la enfermedad se puede conseguir una considerable mejoría⁹ en forma espontánea. Se ha descrito a la corticoterapia por vía sistémica como el tratamiento de elección en estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick TB. *Dermatología en medicina general*. 4^a. ed. New York: McGraw-Hill. 1997: 1356-1357.
2. Rook A. *Tratado de dermatología*. 4^a. Ed. Doyma ediciones. 1998: 451-56.
3. Martínez A, Malone M et al. Lipoatrophic panniculitis and chromosome 10 abnormality. *Br J Dermatol* 2000; 142(5): 1034-1039.
4. Kasuya H, Yasushi S et al. Two Japanese cases of localized lipoatrophy. *In J Dermatol* 2002; 41(3): 176-177.
5. Sasaki T, Kabara T et al. Do mucin-phagocytosing histiocytes in localized lipoatrophy have any primary pathogenetic importance? *Br J Dermatol* 1999; 140(5): 976-978.
6. Patrick R, Dahl M et al. Localized involutional lipoatrophy: A clinicopathologic study of 16 patients. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35(4): 523-528.
7. Pujol R, Domingo P et al. HIV-1 protease inhibitor, associated partial lipodystrophy: Clinicopathologic review of 14 cases. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(2): 245-57.
8. Umbert I, Winkelmann R. Adult lipophagic atrophic panniculitis. *Br J Dermatol* 1991; 124: 291-95.
9. Bird W, Wilkinson J. The clinical significance of partial lipoatrophy and C3 hypocomplementemia. *Clin Exp Dermatol* 1996; 21: 131-34.