

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **13**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2004**




Artículo:

Lupus eritematoso cutáneo subagudo
tipo psoriasiforme.




Presentación de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
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](#)



Medigraphic.com

Lupus eritematoso cutáneo subagudo tipo psoriasiforme. Presentación de un caso

Dra. Virginia Martínez Estrada,* Dr. Mauricio Hernández-Pérez,** Dr. Alberto Ramos-Garibay***

RESUMEN

El lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) es una alteración cutánea no cicatrizal, que no deja atrofia y fotosensible. Los sitios más comúnmente afectados son la parte alta del tronco, el pecho, cuello y brazos, pero las lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo.¹ Las lesiones de LECS pueden ocurrir en individuos genéticamente predispuestos, más frecuentemente en pacientes con HLA-B8, HLA-DR-3. Existe una fuerte asociación entre los anticuerpos anti-Ro (SSA) y la aparición de esta patología. Presentamos el caso de un paciente con lesiones sugestivas de LECS y una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Lupus eritematoso cutáneo subagudo.

ABSTRACT

Subacute cutaneous lupus erythematosus (SCLE) is a nonscarring, non atrophy-producing photosensitive cutaneous disorder. The sites most commonly affected are the upper back, chest, neck and arms, but lesions may appear anywhere on the body.¹ SCLE lesions may also occur in genetically predisposed individuals, most often in patients with HLA-B8, HLA-DR3. A strong association exist between anti-Ro (SSA) autoantibodies. We present a case of a patient with lesions that suggest SCLE.

Key words: Subacute cutaneous lupus erythematosus.

Se han utilizado varios términos para describir las lesiones cutáneas de lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS): eritema centrífugo simétrico, LE diseminado subagudo, LE diseminado superficial, LE diseminado psoriasiforme, LE pitiriasiforme y LE fotosensible, maculopapular entre otros.¹

Este tipo de lupus puede ocurrir junto a LES o en pacientes con negatividad para los anticuerpos anti-nucleares y positividad para los antígenos Ro y La; de hecho la mitad de los pacientes que presentan LECS cumplen los criterios de la Real Academia de Reumatología para LES, siendo su más frecuente alteración sistémica la artritis, puede haber fiebre, mal estado general e involucro del sistema nervioso central, pero si ocurre afección sistémica ésta es moderada².

Aunque el hallazgo de los anticuerpos circulantes de partículas de ribonucleoproteínas Ro/SSA apoyan el diagnóstico de LECS, la presencia de estos anticuerpos específicos no es necesaria para efectuar el diagnóstico.

En su forma inicial se presenta como manchas eritematosas que evolucionan a placas anulares o papuloescamosas hiperqueratósicas, las lesiones son característicamente fotosensibles y aparecen de manera predominante en áreas expuestas al sol y curan sin dejar cicatriz.³

Dentro del LECS se han descrito muchas variedades dentro de las cuales se mencionarán las 2 más comúnmente vistas: la forma anular y la forma psoriasiforme. La forma anular se caracteriza por placas anulares eritematosas con tendencia a la curación central. La forma psoriasiforme se caracteriza por el desarrollo de placas eritematosas con formación de escama en su superficie.⁴

Entre el 15-20% de los pacientes con lesiones de LECS también desarrollan LE cutáneo agudo y LE disoide clásico en algunos sitios. Las lesiones cutáneas

* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 2do año de Dermatología, CDP.

*** Dermatopatólogo, CDP.

de LE cutáneo agudo tienden a ser más transitorias que las lesiones del LECS y curan con menos cambios pigmentarios, también hay más edema y menos hiperqueratosis en comparación con las lesiones del LECS. El LE cutáneo agudo afecta con mayor frecuencia las áreas malares de la cara, mientras que el LECS se localiza más en el escote, los hombros, las extremidades superiores y el tronco. Una importante diferencia clínica con el LE discoide es que en éste, las lesiones son característicamente infiltradas, mientras que las lesiones del LECS no lo son.⁵



Figura 1. Imagen clínica. Placas eritematoescamosas con escama gruesa en región centrofacial.



Figura 2. Aspecto psoriasiforme de las placas en pabellón auricular.

El LECS puede superponerse a otras enfermedades autoinmunes, entre ellas Síndrome de Sjögren, la artritis reumatoide y la tiroiditis de Hashimoto. También se ha sugerido que el LECS puede asociarse con neoplasias malignas en un bajo porcentaje (carcinoma de mama, de pulmón, tracto gastrointestinal, de útero y enfermedad de Hodgkin).⁶

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de sexo masculino de 24 años de edad, es soltero, originario y residente de México D.F. de ocupación comerciante con dermatosis de 6 meses de evolución diseminada a cabeza y extremidades superiores, de la cabeza afecta la cara en región centro-

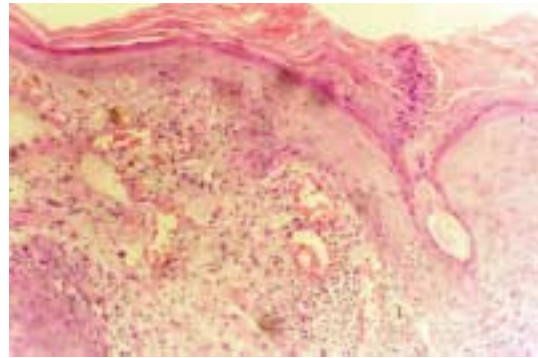


Figura 3. Imagen histológica. Epidermis atrófica con paraqueratosis focal, tapones córneos. En la dermis vasos congestionados rodeados por linfocitos (H-E 10x).

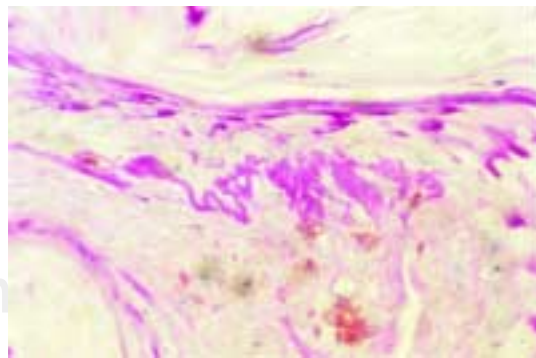


Figura 4. Imagen histológica. Con tinción PAS 10x se observa franco engrosamiento de la membrana basal.

facial (*Figura 1*) y ambos pabellones auriculares (*Figura 2*) y de las extremidades superiores la cara externa de antebrazos y el dorso de manos. La dermatosis es de aspecto monomorfo y está constituida por eritema, escama e infiltración que confluye formando pequeñas placas de aspecto psoriasiforme de diferente forma y tamaño. Siendo la evolución del cuadro crónica y discretamente pruriginosa.

Al interrogatorio refiere haber iniciado 6 meses previos con manchas rojas en la cara a las que paulatinamente se les agregó escama en la superficie. No había utilizado ningún tratamiento para la dermatosis. El resto de los antecedentes sin importancia.

Se realiza un diagnóstico inicial presuntivo de LEC; realizándose una biopsia incisional la cual mostró datos compatibles con el diagnóstico (*Figura 3*) tales como engrosamiento evidente de la membrana basal (*Figura 4*). Su protocolo de estudio consistió en titulación de anticuerpos ANA los cuales resultaron negativos, anti Sm negativos, anti Ro (SSA) positivos, anti La (SSA) positivos. Se inició tratamiento con protección solar tópica (pantallas solares) y talidomida 100 mg al día con resolución parcial del cuadro al mes de tratamiento sin dejar lesiones atróficas ni cicatrizales.

COMENTARIO

El LECS es una variedad cutánea poco frecuente (10 al 15% de los casos).⁷

El caso de nuestro paciente mostró las características clínicas de esta variedad de lupus cutáneo, así como dentro de los estudios paraclínicos los anticuerpos anti Rho (fotosensibilidad y LECS).

La variedad psoriasiforme del LECS es reportada en la literatura como poco frecuente.⁸ Describiéndose como placas eritematosas con escama gruesa, lo que hace pensar en psoriasis; las características clínicas de nuestro paciente nos hacen recordar esta variedad. Asimismo la resolución de las lesiones en forma satisfactoria y sin dejar atrofia ni zonas cicatrizales apoyan nuestro diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick's. *Dermatology in General Medicine*. Mc Graw-Hill. 5th Ed. 1999: 1560-1561.
2. Alonso-Vega G, Gato DA. Criterios diagnósticos de las enfermedades colagenovasculares. *Piel* 1989; 4: 178-184.
3. Schumacher. *Principios de las Enfermedades Reumáticas*. Arthritis Foundation, Atlanta, Georgia. EUA. 9^a Ed. 1988: 105-115.
4. León G, Blancas. *PAC Dermatología*. Galderma México 1^a Ed Libro 8 2000: 11-19
5. Ramos NF. *Enfermedades Reumáticas Criterios y Diagnóstico*. Mc Graw-Hill 1^a Ed. México 1999: 98-102.
6. Cordero. *Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas*. Panamericana 1^a. Ed Argentina 1997: 14-22.
7. Martínez V. Lupus eritematoso cutáneo en niños. *Tesis Centro Dermatológico Pascua* 2000: 14-26.
8. Pullen RL. Managing subacute cutaneous lupus erythematosus. *Dermatol Nur* 2001; 13: 419-427.