

Caso para el diagnóstico.

Eritema y escama crónica en la nariz.

Dra. Josefina de Peña Ortiz,* Dra. María del Mar Campos Fernández,**

Dr. Alberto Ramos-Garibay***



Figuras 1 y 2. Aspecto clínico de la lesión.

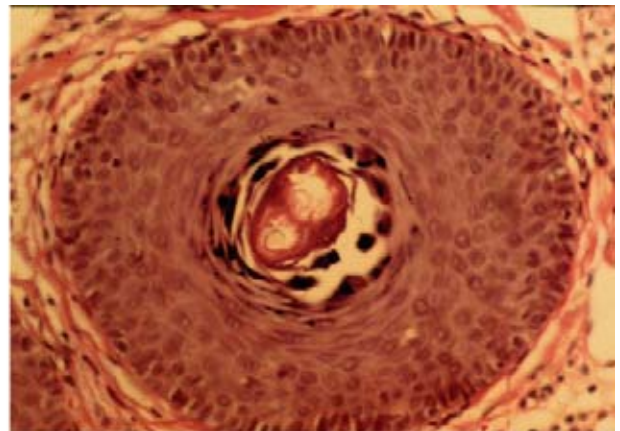


Figura 3. Células acantolíticas 40X.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente de sexo masculino de 47 años de edad dedicado a la agricultura, originario y residente de México D. F.

Presenta una dermatosis localizada a la cabeza de la que afecta la cara y de ésta el tercio distal de la nariz. Está constituida por eritema y escama de aspecto untuoso que confluyen en una placa de forma lineal, de aproximadamente 4 x 2.3 cm y bordes bien definidos. De evolución crónica y asintomática.

El paciente refiere haber iniciado hace 7 meses con una mancha en la nariz posterior a recibir un traumatismo directo en la cara con un rosal. No recibió ningún tratamiento hasta la fecha de su consulta en nuestro Centro.

En el resto de la piel únicamente encontramos elastoidosis nodular a quistes y comedones en la región malar.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Se realizó una biopsia excisional en huso de la lesión que mostró epidermis con células acantolíticas a nivel de la capa granulosa, vasos dilatados y congestionados con degeneración actínica de la colágena y algunos quistes córneos, además de un infiltrado linfocitario moderado dispuesto en forma dispersa.

¿Tomando en cuenta los datos clínicos e histológicos cuál es su diagnóstico?

* Jefe de la Clínica de Enfermedades Vesículo-Ampollosas Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 2º año de Dermatología del CDP.

*** Dermatólogo del CDP.

PÉNFIGO SEBORREICO

Esta variedad de pénfigo foliáceo también conocida como pénfigo eritematoso o pénfigo de Senear-Usher fue reconocido por estos autores como entidad separada del lupus eritematoso cutáneo en 1926.¹

Suele afectar a personas entre los 17 y 84 años de edad y tiene una incidencia ligeramente mayor en mujeres. No tiene predominio de raza y constituye aproximadamente el 8% de todos los casos de pénfigo.²

Clínicamente se presenta como placas eritematoescamosas, a veces hiperqueratósicas y costrosas bien delimitadas, localizadas en regiones seborreicas (piel cabelluda, región centrofacial y tórax anterior). El signo de Nikolsky es positivo. Generalmente las mucosas no están afectadas pero excepcionalmente puede coexistir una estomatitis erosiva.³

Algunos medicamentos se han asociado con la presentación de este tipo de pénfigo, siendo el principal la D-penicilamina.⁴

Desde el punto de vista histológico se caracteriza por una separación acantolítica subcorneal o en la capa granulosa, presencia de células acantolíticas y un infiltrado inflamatorio moderado en la dermis superficial.⁵

La inmunofluorescencia directa muestra depósitos de IgG asociados en el 50% de los casos a depósitos de C3. En ocasiones se encuentran anticuerpos IgG anti-desmogleína 1 a nivel sérico.⁶

La evolución de este padecimiento tiende a ser crónica, con brotes y remisiones; puede permanecer loca-

lizada o evolucionar hacia una forma diseminada de pénfigo.

Los principales diagnósticos diferenciales son lupus eritematoso cutáneo y dermatitis seborreica.⁷

En las formas localizadas, la primera opción terapéutica son los corticoides tópicos de mediana o alta potencia pero para casos más diseminados o resistentes se puede utilizar una amplia gama de medicamentos que van desde los corticoides orales hasta inmunorreguladores y ahorradores de esteroides.⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Seanar F, Usher B. An unusual type of pemphigus combining features of lupus erythematosus. *Arch Dermatol Syphilol* 1926; 13: 761-81.
2. Amerian ML, Ahmed R. Pemphigus erythematosus. Senear-Usher Syndrome. *Int J Dermatol* 1985; 24: 16-25.
3. Martel P, Joly P. Pénfigo. En: Enciclopedia Médico Quirúrgica 2005. E-98-250-A-10.
4. Ghislain PD, Mediano P. Erythematosus pemphigus (seborrheic pemphigus). *Ann Dermatol Venereol* 2000; 127(8-9): 767.
5. Landau M, Brenner S. Histopathologic findings in drug-induced pemphigus. *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 411-4.
6. Lin MS, Fu CL, Auki V, Hans-Filho G, Rivitti EA, Moraes JR et al. Desmoglein-1-specific T lymphocytes from patients with endemic pemphigus foliaceus. *J Clin Invest* 2000; 105: 207-13.
7. De Peña J, Ramos-Garibay A, Fernández-Arista G. Pénfigo eritematoso. Presentación de un caso con manifestación clínica inicial mínima. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2003; 12(2): 79-83.
8. Piamphongsant T, Ophaswongse S. Treatment of pemphigus. *Int J Dermatol* 1991; 30: 139-46.