

Caso clínico

***Lupus miliaris disseminatus faciei*. Informe de un caso tratado con minociclina**

Ixchel Landgrave,* Daniel Asz Sigall,* Emilio Reyes Jiménez,** Roberto Arenas,*** Raúl Suárez,****
María Elisa Vega Memije***

RESUMEN

Lupus miliaris disseminatus faciei es una dermatosis inflamatoria crónica que predomina en adultos jóvenes. Se distingue por lesiones de aspecto papular, color rojo-amarillentas, localizadas principalmente en la cara; su involución es espontánea y deja cicatrices atróficas puntiformes. Algunos autores la consideran una forma de tuberculosis, sarcoidosis, rosácea o una enfermedad distinta. Se informa el caso de una mujer de 21 años de edad con lesiones papulares confundidas con acné resistente a varios tratamientos y cuyo estudio histopatológico mostró una reacción granulomatosa con necrosis, con lo que se efectuó el diagnóstico probable de *lupus miliaris disseminatus faciei*.

Palabras clave: *lupus miliaris disseminatus faciei*, lesiones acneiformes.

ABSTRACT

Lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF) is a chronic inflammatory dermatosis that most often affects young adults. It is a skin eruption of small, brownish-erythematous papules, primarily located on the face; it is self-limited and generally leaves residual punctate scars. It has been considered a clinical form of tuberculosis, sarcoidosis, rosacea and some authors have proposed that it should be considered a distinct entity. We report the case of a 21 year-old woman with facial papular lesions misdiagnosed as acne that failed to many treatments and a skin biopsy showed a granulomatous reaction with necrosis, so *lupus miliaris disseminatus faciei* diagnosis was done.

Key words: *lupus miliaris disseminatus faciei*, acneiform lesions.

L *upus miliaris disseminatus faciei* o acné agminata es un proceso granulomatoso crónico de origen incierto.^{1,2} El cuadro clínico se distingue por lesiones papulares de color rojo-marrón, que predominan en la región centrofacial y no suelen causar síntomas.¹⁻³ Se ha mencionado como una forma clínica de diferentes padecimientos (tuberculosis cutánea,

sarcoidosis, rosácea granulomatosa) u otras enfermedades. Este padecimiento suele involucrar de manera espontánea.^{1,2}

CASO CLÍNICO

Mujer de 21 años de edad, originaria y residente del estado de Guanajuato, que acudió a consulta de médico particular por una dermatosis localizada en la cara, con predominio en las mejillas, el dorso de la nariz y el mentón; se distinguía por múltiples lesiones de aspecto papular, rojo-amarillentas, milimétricas, algunas rodeadas por un halo eritematoso (figuras 1 y 2). Después de una semana de evolución clínica, se diagnosticó como dermatitis acneiforme, por lo que inició tratamiento tópico con peróxido de benzoilo al 5% una vez al día, sin mejoría aparente. Posteriormente se prescribieron tratamientos adicionales, como ácido fusídico, pomadas inertes y azitromicina oral durante dos meses, también sin cambios clínicos. No se realizaron intradermoreacciones u otros exámenes complementarios por dificultades técnicas.

* Residente de dermatología.

** Residente de medicina interna.

*** Médico adscrito.

Servicio de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA, México, DF.

**** Médico dermatólogo, Celaya, Guanajuato.

Correspondencia: Dr. Roberto Arenas. Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González. Tlalpan 4800, colonia Sección XVI, CP 14080, México, DF. Tel: 5606-2989 y 5665-7691.

Recibido: enero, 2008. Aceptado: febrero, 2008.

Este artículo debe citarse como: Landgrave I, Asz SD, Reyes JE, Arenas R y col. *Lupus miliaris disseminatus faciei*. Informe de un caso tratado con minociclina. *Dermatol Rev Mex* 2008;52(2):85-88.



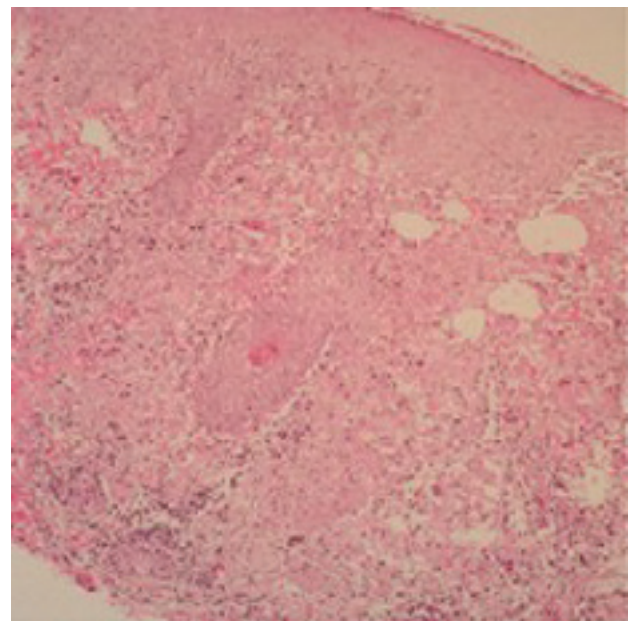
Figura 1. Lesiones de aspecto papular en la región centrofacial con coloración amarillenta central y base eritematosa.



Figura 2. Centro amarillento de las lesiones asentadas en una base eritematosa.

Debido a la nula reacción al tratamiento, se pensó en un caso de tuberculide rosaceiforme de la cara, por lo que se inició tratamiento antifímico con rifampicina, isoniazida y pirazinamida durante tres meses sin obtener mejoría alguna. Se decidió obtener una biopsia de piel, la cual mostró un estrato córneo en “red de canasta”, epidermis

con acantosis irregular; en la dermis superficial, media y profunda se observaron los vasos dilatados e infiltrado inflamatorio denso compuesto por linfocitos e histiocitos que formaban células gigantes dispuestas alrededor de un área de necrosis central; había numerosas fibras elásticas gruesas y rotas (algunas de éstas dentro de las células gigantes), los complejos pilosebáceos se encontraron sin alteraciones (figuras 3 y 4). Las muestra teñidas con PAS, Grocott y Ziehl-Neelsen no evidenciaron micobacterias o estructuras parasitarias. El diagnóstico histopatológico sugirió una reacción granulomatosa tuberculoide, y al realizar la correlación clínico-patológica se estableció *lupus miliaris disseminatus faciei* y se inició tratamiento con minociclina (100 mg/día) durante varios meses con buena reacción al medicamento.



Figuras 3. Infiltrado inflamatorio por linfocitos e histiocitos que forman células gigantes dispuestas alrededor de un área de necrosis central (HE 20x).

DISCUSIÓN

El lupus miliar disseminado de la cara es un proceso inflamatorio crónico poco frecuente que se observa en adolescentes y adultos de uno y otro sexo.^{1,2} El cuadro clínico se distingue por lesiones de aspecto papular, de color rojo o marrón con un centro amarillento; inicialmente son blandas, lisas y traslúcidas, y pueden

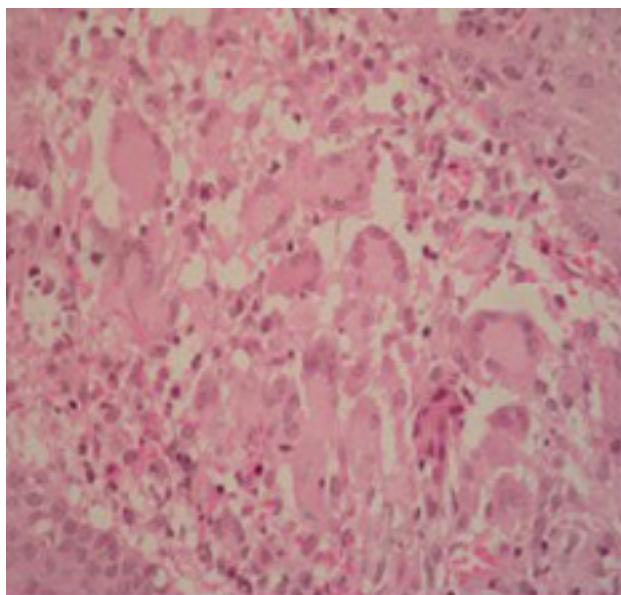


Figura 4. Granuloma tuberculoide (HE 40x).

evolucionar gradualmente a pústulas y cubrirse con costras.^{1,2,3} Predominan en la región centrofacial, afectan los párpados, las mejillas, las comisuras labiales, los surcos nasogenianos y rara vez el cuello y las mucosas nasal y oral. Se manifiestan como lesiones únicas o múltiples; por lo general, el paciente cursa sin síntomas y las lesiones involucionan espontáneamente en 6 a 24 meses dejando cicatrices atróficas puntiformes.^{1,2} Aunque originalmente se confundió con dermatitis acneiforme, si observamos detalladamente el cuadro clínico de la paciente, las lesiones son monomorfas, de aspecto papular con una coloración amarillenta y una base eritematosa. Estos hallazgos obligan a considerar otros diagnósticos y realizar un estudio histopatológico.

Los principales diagnósticos diferenciales incluyen: sarcoidosis, rosácea granulomatosa y tuberculide rosaceiforme. En el cuadro 1 se citan las principales alteraciones granulomatosas que afectan la cara.⁴

Las alteraciones histológicas se clasifican en cuatro grupos principales: 1) granulomas epitelioides con necrosis central, 2) granulomas epitelioides sin necrosis central (tipo sarcoidal-reacción por algún cuerpo extraño), 3) granulomas epitelioides supurativos, y 4) infiltrado inflamatorio no granulomatoso inespecífico.³ En el presente caso, el estudio histopatológico correspondió a granuloma epiteliode con necrosis central, característico

en la tuberculosis cutánea, pero al correlacionarlo con el cuadro clínico y la ausencia de reacción a los antifímicos se estableció el diagnóstico de exclusión de *lupus miliaris disseminatus faciei*.

La etiopatogenia del *lupus miliaris disseminatus faciei* es desconocida. Originalmente se pensaba que correspondía a una tuberculide rosaceiforme de la cara. A pesar de la semejanza histopatológica entre ambas alteraciones (granulomas epitelioides con necrosis central), aún no existe una evidencia clara para sustentar su relación con la infección por el bacilo de Koch. La reacción positiva a la tuberculina no establece el diagnóstico de *lupus miliaris disseminatus faciei*.⁵

Algunos autores consideran que el lupus miliar diseminado de la cara es una forma micropapular de sarcoidosis cutánea, debido a la similitud del cuadro clínico, los granulomas desnudos y la evolución de la enfermedad, mientras que otros la incluyen dentro de la rosácea granulomatosa, en la que se observan granulomas epitelioides no caseificantes perifoliculares y perivasculares.² También se piensa en una posible asociación con *Demodex folliculorum*.^{1,2}

En la actualidad debe considerarse una alteración clínico-patológica distinta a las citadas anteriormente. Una de las teorías sugiere que el evento se produce por el ataque de linfocitos a los folículos pilosos, que dañan la pared folicular y, como consecuencia, liberan un estímulo antigénico en la dermis que desencadena una reacción granulomatosa; el tipo de reacción difiere según la naturaleza del antígeno causal.¹ En el estudio histopatológico se encuentra un área de necrosis dérmica rodeada por histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas y linfocitos; en muchos casos, los granulomas se relacionan con unidades pilosebáceas rotas. El patrón histológico puede variar de acuerdo con el momento en que se obtiene la biopsia. Las fases tempranas muestran daño en la pared vascular, extravasación de eritrocitos e infiltrado inflamatorio perivascular y perianexial superficial por linfocitos, histiocitos y neutrófilos. Las lesiones tardías se distinguen por granulomas tuberculoideos o supurativos con fibrosis dérmica, particularmente alrededor de los folículos pilosos.^{1,2,6}

No hay un tratamiento específico; las tetraciclinas constituyen la primera línea de tratamiento. La dapsona ha prevenido nuevas lesiones y acortado la duración de la enfermedad, seguramente por el efecto antiinflamatorio de

Cuadro 1. Alteraciones granulomatosas que afectan la cara

	Clínico	Histopatológico
Infecciosas		
Tuberculosis luposa y tuberculoides papulonecróticos	+	+
Lepra		+
Micobacteriosis atípica		+
Secundarismo sífilítico	+	
Enfermedad por arañazo de gato		+
Pseudomicosis (actinomicosis, nocardiasis, criptococosis)		+
Micosis profundas (histoplasmosis)	+	+
Leishmaniasis	+	+
Demodecidosis	+	+
Inflamatorias (causa desconocida)		
Rosácea granulomatosa y lesiones relacionadas (tuberculide similar a la rosácea)	+	+
Sarcoidosis y lesiones relacionadas (tuberculide liquenoide)	+	+
Padecimientos relacionados con rosácea o sarcoidosis	+	+
Enfermedad de Crohn		+
Queilitis granulomatosa y síndrome de Melkersson-Rosenthal		+
Granuloma anular y actínico		+
Necrobiosis lipoídica		+
Xantogranuloma necrobiótico		+
Vasculitis granulomatosa (enfermedad de Wegener y enfermedad de Churg-Strauss)		+
Inflamatorias (causa identificada)		
Granuloma por algún cuerpo extraño		+
Neoplásicas		
Micosis fungoide granulomatosa		+
Otros linfomas con infiltración histiocítica reactiva prominente (enfermedad de Lennert)		+
Granumolas no granulomatosos		
Granuloma facial		+
Granulomatosis linfomatoide		+
Granuloma mortal de la línea media		+

Modificado de la referencia 4.

las mismas. Las cicatrices deformantes antiestéticas pueden prevenirse con el tratamiento oportuno de la enfermedad.²

REFERENCIAS

1. El Darouti M, Zaher H. *Lupus miliaris disseminatus faciei*: pathologic study of early, fully developed, and late lesions. *Int J Dermatol* 1993;32(7):508-11.
2. Moloney F, Egan C. Clinicopathological cases. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:685-6.
3. Shitara A. *Lupus miliaris disseminatus faciei*. *Int J Dermatol* 1984;23:542-4.
4. Ferrara G, Cannone M, Scalvenzi M, Delfino M, Staibano S, et al. Facial granulomatous diseases. A study of four cases tested for the presence of *Mycobacterium tuberculosis* DNA using nested polymerase chain reaction. *Am J Dermatopathol* 2001;23(1):8-15.
5. Nino M, Barberio E, Delfino M. *Lupus miliaris disseminatus faciei* and its debated link to tuberculosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:97-116.
6. Sehgal V, Srivastava G, Aggarwal A, Reddy V, Sharma S. *Lupus miliaris disseminatus faciei* part I: significance of histopathologic undertones in diagnosis. *Skinmed* 2005;4(3):151-6.