

Lupus eritematoso discoide

Gallegos-Ríos MA¹, Martínez-Magaña IA¹, Romo-Sánchez C²

Resumen

El lupus eritematoso discoide, la forma clínica más frecuente del lupus eritematoso cutáneo crónico, es una entidad de gran relevancia clínica, caracterizada por placas eritemato-escamo-atróficas, más comúnmente en el rostro y la piel cabelluda. Tiene el potencial de generar secuelas importantes, como cicatrices deformantes y alopecia. A su vez, conlleva el riesgo, si bien menor, de asociar lupus eritematoso sistémico, incluso constituye la manifestación inicial del mismo. Comunicamos el caso de un paciente atendido en el Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio con un cuadro clínico representativo.

PALABRAS CLAVE: lupus, lupus eritematoso cutáneo crónico, lupus eritematoso discoide, dermatitis lúpica.

EAU THERMALE
Avène

Dermatol Rev Mex 2016 May;60(3):253-256.

Discoid lupus erythematosus.

Gallegos-Ríos MA¹, Martínez-Magaña IA¹, Romo-Sánchez C²

Abstract

Discoid lupus erythematosus, the most common form of chronic cutaneous lupus erythematosus, is a disease of great clinical importance, characterized by the presence of erythematous, atrophic and scaly patches, often in the face and scalp. It can lead to important sequel such as disfiguring scars and alopecia. Patients with discoid lupus erythematosus can also have systemic lupus erythematosus and, in some cases, it is the initial manifestation of the disease. We describe a typical case from the Dermatological Institute of Jalisco Dr. José Barba Rubio, Mexico.

KEYWORDS: lupus; chronic cutaneous lupus erythematosus; discoid lupus erythematosus; lupic dermatitis

¹ Residentes de Dermatología

² Dermatólogo adscrito a la consulta externa.

Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Guadalajara, Jalisco.

Recibido: octubre 2015

Aceptado: enero 2016

Correspondencia

Dr. Martín Alejandro Gallegos Ríos
Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio
Av. Federalismo Norte 3102
45190, Zapopan, Jalisco, México
dr@thesk.in

Este artículo debe citarse como

Gallegos-Ríos MA, Martínez-Magaña IA, Romo-Sánchez C. Lupus eritematoso discoide. Dermatol Rev Mex. 2016 mayo;60(3):253-256.



ANTECEDENTES

El lupus es una enfermedad autoinmunitaria de causa y patogenia aún no del todo esclarecidas. A semejanza con la nefritis, artritis y pericarditis, que pueden acontecer en esta enfermedad, también existe la dermatitis lúpica, es decir, la afectación cutánea por lupus. La enfermedad de la piel es la segunda manifestación clínica más frecuente del lupus eritematoso, sólo después de la inflamación articular.¹ El lupus eritematoso cutáneo se clasifica en agudo, subagudo y crónico, según las manifestaciones clínicas y estudios paraclínicos, con riesgo de asociar afectación sistémica que varía entre cada uno. El lupus eritematoso discoide es la forma más común de lupus eritematoso cutáneo crónico.²

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 37 años de edad, sin comorbilidades conocidas. Refirió la existencia de “manchas” en el rostro de aproximadamente 10 años de evolución, le generaban notable prurito y se “agravaban” con la exposición solar. Por iniciativa propia aplicó betametasona-clotrimazol-gentamicina y miconazol, sin mejoría. A la exploración física se observó una dermatosis, localizada y simétrica que afectaba la cabeza, la cara, de ésta, afectaba la región preauricular izquierda y ambas mejillas. La dermatosis estaba constituida por tres placas eritemato-escamo-atróficas, con tamaño que variaba entre 4x2 cm hasta 9x4.5 cm en sus diámetros internos mayores, de formas irregulares y bordes precisos, discretamente hiperpigmentados, de evolución aparentemente crónica. Además, el paciente tenía tres cicatrices de aspecto atrófico en la nariz (Figuras 1 y 2). Al estudio histopatológico se observó la epidermis con aplanamiento de los procesos interpapilares, degeneración de la capa basal e infiltrado linfoplasmocitario en la dermis, perivascular y perianexial (Figuras 3 y 4).



Figura 1. Dermatitis en la cara.



Figura 2. Placas eritematoescamoatróficas.

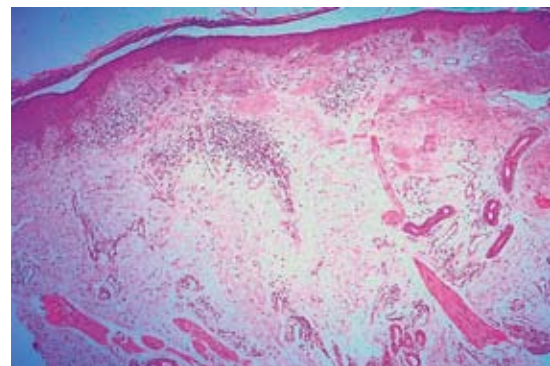


Figura 3. Atrofia epidérmica, infiltrado perivascular y perianexial.

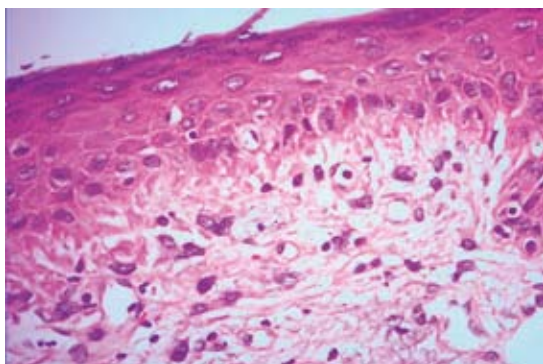
EAU THERMALE
Avène

Figura 4. Degeneración del estrato basal.

Nuestro paciente recibió tratamiento con talidomida, 100 mg/día, así como medidas de fotoprotección, con respuesta ostensible respecto a la actividad de las lesiones tan sólo un mes después (Figuras 5 y 6).

DISCUSIÓN

El lupus eritematoso cutáneo crónico engloba al lupus eritematoso túbido, sabañón, profundo y discoide; este último es la forma clínica más frecuente.^{1,3} El lupus eritematoso discoide afecta predominantemente al grupo etario entre 20 y 40 años, con relación mujer a hombre de 3:2 a 3:1, menor que la del lupus eritematoso sistémico. Es más frecuente en la raza negra.^{2,4}



Figura 5. Respuesta a talidomida.



Figura 6. Cicatriz, discromía.

Cuadro clínico

De manera característica se manifiesta con placas eritematosas, escamosas y atróficas, induradas, bien delimitadas, que se extienden de manera centrífuga con eritema e hiperpigmentación en su periferia y dejan a su paso un área central atrófica con telangiectasias e hipopigmentación. Pueden confluir formando lesiones de mayor tamaño. En áreas pilosas pueden producir alopecia cicatricial. Se ha descrito el “signo de la alfombra”, que hace referencia a las espinas queratósicas que se proyectan desde la superficie interna de la escama y hacia los orificios foliculares dilatados, observadas al desprender la misma. Suele afectar la cara, la piel cabelluda y las orejas, pero podría manifestarse de manera diseminada y afectar también la cara anterior del tórax, la superficie extensora de las extremidades superiores y prácticamente cualquier parte del cuerpo.²⁻⁴ El lupus eritematoso discoide se subclasifica en localizado y generalizado, según si sus lesiones se observan sólo por arriba del cuello o por arriba y por debajo del mismo, respectivamente.⁵ Las lesiones del lupus eritematoso discoide se exacerban a la exposición solar, aunque en menor medida que el lupus eritematoso cutáneo agudo y subagudo;



asimismo, muestran el fenómeno isomórfico de Koebner.⁴ Tienen también el potencial de generar cicatrices, incluso deformantes, lo que implica un gran efecto en la calidad de vida del paciente.³ Se han descrito variantes clínicas como el lupus eritematoso discoide hipertrófico y el mucoso. En 5% de los casos los pacientes cumplirán criterios para ser clasificados con lupus eritematoso sistémico, lo que parece más frecuente en los pacientes con lupus eritematoso discoide generalizado.^{3,4,6} El lupus eritematoso discoide, por sí mismo, constituye uno de los once criterios clasificatorios. Por otra parte, los pacientes con lupus eritematoso sistémico tendrán lesiones de lupus eritematoso discoide en 15 a 30% de los casos, que incluso puede ser la manifestación inicial.^{1,2}

Diagnóstico

Es clínico,⁷ con apoyo del estudio histopatológico que mostrará degeneración vacuolar de la capa basal, infiltrado inflamatorio linfocitocitario, así como inflamación perianexial, tapones foliculares y, en casos avanzados, cicatriz.⁴

Tratamiento

Fotoprotección adecuada.⁶ Se dispone de tratamientos tópicos, como los esteroides o los inhibidores de la calcineurina, que por sí solos en pocas ocasiones lograrán el control de la enfermedad, por lo que se asocian con tratamientos sistémicos. Los de primera elección son los antipalúdicos, entre ellos la hidroxiquina.^{4,6,7} También se prescriben fármacos inmunomoduladores, como la talidomida, e inmunosupresores como el metotrexato, con distintos grados de eficacia y efectos adversos.^{1,2,6-10} Debido a que el tabaquismo se asocia con menor respuesta a antipalúdicos, así como con un cuadro clínico más severo, habrá que desalentar ese hábito.^{3,11}

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una de las formas clínicas del lupus eritematoso de comportamiento clínico más benigno, el lupus eritematoso discoide muestra gran tendencia a dejar cicatrices y alopecia que acompañarán al paciente de por vida, de ahí la importancia de establecer el diagnóstico clínico preciso y puntual, lo que conllevará al tratamiento oportuno, minimizando el riesgo de secuelas. De vital importancia será siempre descartar un lupus eritematoso sistémico subyacente.

REFERENCIAS

1. Costner MI, Sontheimer RD. Lupus eritematoso. En: Goldsmith LA, Katz SI, Paller AS, editores. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 8ª ed. Madrid: Panamericana, 2014;1909-1926.
2. Lee LA, Werth VP. Lupus erythematosus. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors. Dermatology. 3ª ed. China: Elsevier, 2012;615-629.
3. Moura JP, Peixoto RL, Martins LG, Melo SD. Lupus erythematosus: considerations about clinical, cutaneous and therapeutic aspects. An Bras Dermatol 2014;89:118-125.
4. Okon LG, Werth VP. Cutaneous lupus erythematosus: Diagnosis and treatment. Best Pract Res Clin Rheumatol 2013;27:391-404.
5. Arenas R. Lupus eritematoso discoide. En: Arenas R, editor. Dermatología, atlas, diagnóstico y tratamiento. 3ª ed. México: McGraw-Hill, 2007;120-124.
6. Chang AY, Werth VP. Treatment of cutaneous lupus. Curr Rheumatol Rep 2011;13:300-307.
7. Ordi J, Cosiglio FJ, Cortés J. Tratamiento del lupus cutáneo con talidomida. Semin Fund Esp Reumatol 2013;14:60-66.
8. Privette ED, Werth VP. Update on pathogenesis and treatment of CLE. Curr Opin Rheumatol 2013;25:584-590.
9. Frankel HC, Sharon VR, Vleugels RA, Merola JF. Lower-dose thalidomide therapy effectively treats cutaneous lupus erythematosus but is limited by neuropathic toxicity. Int J Dermatol 2013;52:1407-1409.
10. Yu C, Chang C, Zhang J. Immunologic and genetic considerations of cutaneous lupus erythematosus: a comprehensive review. J Autoimmun 2013;41:34-45.
11. Kuhn A, Ruland V, Bonsmann G. Cutaneous lupus erythematosus: update of therapeutic options part II. J Am Acad Dermatol 2011;65:195-213.