

Entrevista con expertos

Invitado: Dr. Ricardo Achenbach

Jefe de Unidad de Dermatología

Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano

GABA, Argentina

Tema: Lupus tumidus

Para la mayoría de los dermatólogos, el lupus tumidus es una entidad muy poco frecuente y que nos plantea algunas dudas.

1-Considera al lupus tumidus una forma de lupus cutáneo?

Efectivamente lo considero una infrecuente forma de lupus eritematoso cutáneo, opino que el separarlo y denominarlo con nombres como el de "infiltración linfocítica de la piel con mucina" es solo descriptivo y no aporta nada, al igual que el término "lupus cutáneo intermitente".

2-Cómo podemos reconocerlo?

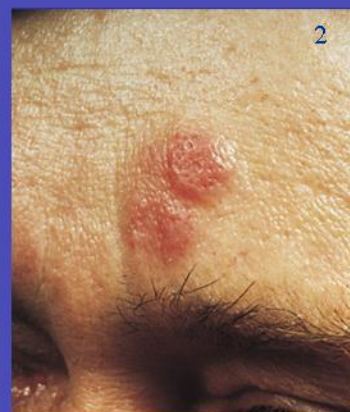
Se observa como placas suculentas, firmes a la palpación, (túmidas) no cicatrizales ni descamativas, única o varias, localizadas en áreas expuestas al sol. En su disposición predominan en la cara y los miembros superiores (brazos) y son excepcionales de la cintura para abajo. Eritematosas, en ocasiones aspecto palpatorio de "empastamiento" duro, poco sintomáticos aunque puede existir prurito-ardor en las lesiones. Tendencia a la involución en pocas semanas y recaídas con la exposición solar. Foto n°1 y 2

3-Sabemos que presenta fotosensibilidad. Cómo nos recomienda evaluar este parámetro?

Reproducibles con luz UV (UVA y UVB, menos), UVA: daño dérmico, se lo considera más fotosensible que el lupus eritematoso sub-agudo!!



Foto n°1- 2: Placas "túmidas" si bien los diagnósticos diferenciales clínicos pueden ser varios, la histopatología aclara fácilmente el diagnóstico.



Se pueden utilizar pruebas de fotoparche para determinar la longitud de onda exacta, pero en mi opinión son de poca utilidad práctica clínica.

4-Se asocia a presencia sérica de autoanticuerpos?

En general, no se asocia a la presencia sérica de autoanticuerpos.

5-La histopatología es característica? Y la inmunofluorescencia?

La histopatología es característica, aunque hay casos en que la correlación clínica es indispensable, recordemos que es infrecuente y no existen centros con cientos o miles de casos.

Puede dividirse en estadios:

Incipiente: infiltrado linfocitario perivascular en dermis superior, mucina detectable en la dermis reticular.

Pleno desarrollo: infiltrado linfocitario moderadamente denso en ambos plexos vasculares, abundante mucina en dermis reticular, telangiectasias en dermis alta.

Tardío: similar al anterior pero con menos infiltrado y mayor cantidad de mucina.

Membrana basal no alterada o con mínima vacuolización. (Algunos autores, Kuhn, descartan LT si hay una mínima alteración dermoepidérmica). Controversial!

Epidermis no afectada o focalmente alterada en forma sutil.

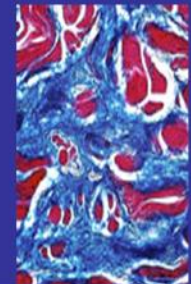
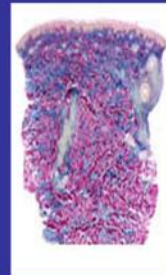
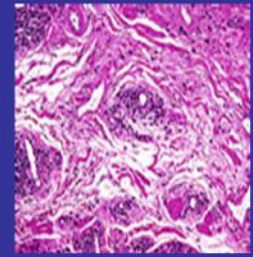
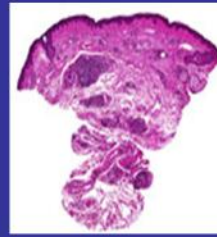
La inmunofluorescencia directa es negativa y no ayuda al diagnóstico.

6-Qué relación tiene el lupus tumidus con la infiltración linfocítica de Jessner?

Ninguna, ya que la denominada infiltración linfocítica de Jessner y Kanof (1953) no existe como entidad propia, la mayoría de los casos correspondían a lupus eritematosos tumidus y otros eran erupciones polimorfas solares.

7-El lupus tumidus se presenta en el paciente con lupus eritematoso sistémico?

No suele asociarse con el LES, aunque siempre existe la excepción que confirma la regla y el lupus eritematoso es uno solo, sistémico con diferentes variantes clínicas según el órgano que afecte más.



Fotos histológicas: obsérvese abundante mucina, que sirve para el diagnóstico diferencial, ya que nunca se observa en la erupción polimorfa solar.

8-Cuales serían los diagnóstico diferenciales de mayor importancia?

El gran diagnóstico diferencial clínico-patológico, en mi experiencia, es con la erupción polimorfa solar, y define la existencia o no de mucina en la dermis reticular, la cual se encuentra inevitablemente en el LT.

9-Hablemos desde su experiencia. Cómo lo maneja?

En los casos que he vivido los antipalúdicos por vía oral, han sido muy efectivos, conjuntamente con las medidas de fotoprotección y es de resaltar que el paciente no debiera fumar bajo ningún punto de vista. Personalmente no he necesitado corticoides locales ni inhibidores de la calcineurina.

Muchas gracias, Ricardo, por tu buena disposición para compartir esta experiencia.

Dra. María Bibiana Leroux

Buenos Aires, Argentina,
Septiembre 2011