

# “Oreja mucho problem”

## » Autores

**Clara Albaigès Ràfols, Montse Salgado Pineda, Núria de Villasante Fuentes**  
Metgesses ABS Raval Sud

## » Correctores

Sandra Pons i Mènciac Benítez

## » Correspondència

**Clara Albaigès Ràfols**

Adreça electrònica: [clara.albaiges.rafols@gmail.com](mailto:clara.albaiges.rafols@gmail.com)

Publicat: 1 de febrer de 2011

Albaigès Ràfols, Clara; Salgado Pineda, Montse and de Villasante Fuentes, Núria (2011) “Oreja mucho problem”, Butlletí: Vol 29: Iss 1, Article 1. Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol29/iss1/1>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol29/iss1/1>

## INTRODUCCIÓ

L'aparició de lesions cutànies és un dels motius de consulta més freqüents als centres d'Atenció Primària pel fet de ser fàcilment visibles per al pacient i, molts cops, pel que estèticament suposen per aquest (més que per la patologia en sí mateixa).

De la mateixa manera que les lesions són clínicament evidents, moltes vegades ens resulta complicat arribar a un diagnòstic de certesa ja que moltes malalties cutànies s'expressen de manera similar, dificultant així, el diagnòstic diferencial.

El cas que us presentem a continuació és un clar exemple d'aquesta dificultat.

## DESCRIPCIÓ DEL CAS

Es tracta d'un home de 34 anys, natural de Pakistan (barrera idiomàtica important) sense antecedents clínics d'interès, hàbits tòxics ni al·lèrgies medicamentoses conegudes. Consulta per dolor als pavellons auriculars de més d'un any d'evolució en relació amb l'exposició al fred i aparició d'eritema en contacte amb ambients més càlids.

A l'exploració física s'observen cicatrius atròfiques a les vores d'ambdós pavellons auriculars (imatges 1 i 2).



Davant la sospita clínica de perniosi, iniciem tractament amb *Diosmina 450/Hesperidina 50* i sol·licitem una analítica de sang. El pacient no ve a recollir-ne els resultats fins un mes després.

A l'analítica realitzada: hemograma sense alteracions, Glucosa 89 mg/dl, Cr 1,17 mg/dl, VSG 15mm, Colesterol total 154, ALT 17 U/l, TP 96 % i GGT 29 U/l.

En aquesta segona visita observem una zona eczematososa als pavellons auriculars i decidim canviar el tractament a glucocorticoides tòpics. Dos mesos més tard, el derivem al dermatòleg per persistència dels símptomes malgrat el tractament. El dermatòleg li fa una biòpsia cutània i demana una nova analítica sanguínia.

El pacient no acut a la següent visita programada amb dermatologia i ve a la nostra consulta 5 mesos després per persistència dels símptomes. Recuperem els resultats de les dues proves realitzades. La biòpsia cutània és informada com a **lupus eritematós**.

A l'analítica demanada pel dermatòleg: hemograma sense alteracions, TP 100%, TTP 28, Gluc 101mg/dl, Cr 0.95 mg/dl, Colesterol total 190, HDL 35, LDL 124, TG 154, Alb 4.6, ALT 16 U/l, GGT 38 U/l. ANA (IFI) patró motejat 1/80, Anticossos contra ARN negatius. ANA (ELISA): Ag AntiSm, RNP, Ro (SS/A), La (SS/B) negatius.

Novament, es deriva el pacient al dermatòleg que li pauta tractament amb metilprednisolona 1%, fotoprotector solar total i cloroquina 250mg.

Nou mesos després no té lesions actives i només fa tractament tòpic amb un corticoide suau i fotoprotector solar.

## DISCUSSIÓ

Es coneix com a LUPUS ERITEMATÓS (LE) un grup de malalties que es relacionen entre elles per l'aparició de símptomes ben diferenciats i patrons característics d'immunitat per cèl·lules B policlonals. S'inclouen, dins aquest grup de malalties, diverses formes de LE; des del lupus eritematós sistèmic (que afecta a diversos òrgans) fins a formes de lupus que afecten exclusivament a la pell. La prevalença de lupus oscil·la entre 4 i 250 casos per cada 100.000 habitants <sup>(5)</sup> i varia entre diversos països. No disposem de dades concloents de prevalença a Espanya. El 90% dels casos es registren en dones. Estudis realitzats a EEUU indiquen que el LES és més greu en ètnies afroamericanes, hispans i asiàtics. La incidència de lupus eritematós discoide (LED) és del 10-25 % sobre el total de pacients diagnosticats de LES (però només un 5% dels pacients amb LED tenen criteris de LES) <sup>(3)</sup>.

El 85% de pacients amb LE tenen lesions cutànies.

Es poden classificar les afectacions cutànies provocades pel LE en *afectacions específiques* de la malaltia o *afectacions no específiques*.

Pel que fa al LUPUS ERITEMATÓS CUTANI pròpiament dit podem parlar de tres formes de presentació:

• **LE cutani subagut (LECS):** Es caracteritza per l'aparició més o menys brusca de *lesions anulars o psoriasiformes* de predomini a la part superior del tronc, braços i dors de les mans en pacients més freqüentment joves o de mitjana edat que poden complir alguns dels criteris de LES definits per la American Rheumatism Association (taula 1). És més freqüent en dones que en homes i l'exposició solar funciona com a factor desencadenant. Un 60-80% d'aquests pacients tenen ANAs +, un 80% anti-Ro + i un 30-50%, anti-La +. L'extensió de les lesions sol ser més important que en pacients que pateixen lupus eritematós cutani crònic. Aquests pacients poden associar alteracions analítiques característiques de LES.

• **LE cutani crònic (LECC):** Es tracta d'una classe de LE purament cutani (sense afectació sistèmica) que es caracteritza per l'aparició de *plaques discoïdes eritemato-escamoses*, ben delimitades, infiltrades, que creixen lentament i deixen una despigmentació, telangiectàsies i cicatrius *atròfiques* que apareixen, predominantment, en zones descobertes del cos. Es pot presentar en forma de LE discoïde crònic o de panniculitis lúpica.

• **LE discoïde clàssic (LEDC):** Apareix, habitualment, en dones joves (20-45 anys). Es caracteritza per aparició de *pàpules eritematoses* que s'acaben convertint en *plaques* rodones o anulars, de marges irregulars que es van estenent perifèricament mentre curen del centre deixant una zona central *atròfica* i posteriorment *cicatricial*. Generalment, les lesions apareixen a la cara i cuir cabellut (en aquest cas, podent desencadenar una alopecia cicatricial).

El pacient del nostre cas presentava, doncs, una forma de lupus cutani crònic localitzat a pavellons auriculars. No complia criteris de Lupus sistèmic (taula 2).

Analíticament, tan sols destacaven ANA positius. No presentava alteracions hematològiques, renals, o altres alteracions serològiques a més de ANA positius. És infreqüent que pacients que pateixen un LE cutani tinguin títols elevats d'ANA.

El diagnòstic del LE cutani s'estableix per la clínica del pacient i es confirma histològicament mitjançant biòpsia de la zona afectada. Aproximadament fins a un 5% dels pacients que pateixen aquesta malaltia poden acabar desenvolupant un LES.

Com a prevenció per l'aparició de noves lesions cutànies en el LECC hauríem de recomanar l'ús de protectors solars tòpics amb fotoprotecció > 30 de manera sistemàtica.

Com a tractament d'elecció s'utilitzen glucocorticoides tòpics, antipalúdics (sempre vigilant els possibles efectes secundaris i fent controls oftalmològics) o retinoides (per les lesions hiperqueratòsiques a raó d'1mg/Kg).

Malgrat és infreqüent que un lupus cutani acabi fent manifestacions sistèmiques (1-5% dels casos), caldrà fer una revisió i control analític anuals d'aquests pacients.

**Taula 1:** Criteris diagnòstics LES segons la *American Rheumatism Association*.

1. <b>Eritema malar</b>	Eritema fix, pla o elevat sobre els pòmuls.
2. <b>Eritema discoide</b>	Plaques elevades d'eritema amb descamació queratòsica adherent i tamponament fol·licular; de vegades s'observen cicatrius atròfiques.
3. <b>Fotosensibilitat</b>	L'exposició a UV causa erupció cutània.
4. <b>Úlceres bucal</b>	Úlceres bucal i nasofaríngies observades pel metge.
5. <b>Artritis</b>	Artritis no erosiva amb afectació de dos o més articulacions perifèriques, que es caracteritza per dolor, tumefacció o vessament.
6. <b>Serositis</b>	Pleuritis o pericarditis confirmades mitjançant ECG, freqüència o signes de vessament pericàrdic.
7. <b>Malaltia renal</b>	Proteinúria de més de 0.5mg/d o de 3 o més cilindres cel·lulars.
8. <b>Malaltia neurològica</b>	Convulsions sense cap altra causa o psicosis sense cap altra causa coneguda.
9. <b>Malaltia hematològica</b>	Anèmia hemolítica o leucopènia, limfopènia o trombocitopènia, després de descartar dany i atrogènic per fàrmacs.
10. <b>Trastorns immunitaris</b>	Anti-DNAs, anti-Sm, anti-fosfolípids o qualsevol combinació entre ells.
11. <b>Anticossos antinuclears</b>	Títol anormal d'ANA mitjançant immunofluorescència o una tècnica equivalent en qualsevol moment, després de descartar dany per medicaments que indueixen ANA.

*Si es compleixen 4 d'aquests criteris, el diagnòstic de lupus eritematós sistèmic es pot establir amb una especificitat del 98% i una sensibilitat del 97%, en qualsevol moment en el curs de la malaltia.*

## CONCLUSIÓ:

Així doncs, a la consulta, davant d'un pacient que presenti lesions cutànies suggestives de LE caldrà: En primer lloc fer una bona anamnesi centrant-nos en les característiques d'aquestes lesions (si apareixen o s'intensifiquen amb l'exposició a la llum solar, quan van aparèixer, on es localitzen). Així mateix cal que preguntem per altres símptomes concomitants, antecedents familiars d'interès, fàrmacs que el pacient prengui.

En segon lloc caldrà fer una exploració física acurada, centrant-nos en la forma, característiques i localització de les lesions i en la possibilitat d'altres manifestacions sistèmiques.

Cal fer el diagnòstic diferencial amb altres patologies més freqüents a les consultes de primària i de presentació similar com la psoriasi, tnyes, ceratosi actínica o el líquen pla, lupus perni o crioglobulinèmia.

En cas de tenir una alta sospita de LE caldrà fer una analítica que inclogui: funció renal, VSG, hemograma, estudi d'orina (per descartar la possibilitat d'hematúria), ANA, anti-DNA, anti-Ro i anti-La.

En cas de trobar alteracions analítiques caldrà derivar el pacient al Reumatòleg de manera preferent per completar l'estudi i iniciar tractament. En cas que l'analítica no mostri alteracions, caldrà enviar el pacient a Dermatologia per fer una biòpsia de la lesió per confirmar-ne el diagnòstic i iniciar el tractament.

## BIBLIOGRAFIA:

1. HANNAHS HAHN B: "Lupus Eritematoso Sistémico". A: Braunwald, Fauci, Kasper et. al., *Harrison. Principios de medicina interna* 15ª ed. Vol II. Madrid: Mc. Graw-Hill. Interamericana, 2002. p. 2247-2254.
2. FITZPATRICK T, ALLEN R et.al: "Lupus eritematoso". A: Fitzpatrick T, Allen R, Wolf K. *Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica* 4ª ed. Madrid: Mc. Graw-Hill, Interamericana, 2001. p.361-372
3. RODRÍGUEZ A, MENDOZA A.: "Etiopatogenia y manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico". A: Alonso A et al. (Sociedad Española de Reumatología). *Manual S.E.R de las enfermedades Reumáticas* 3ª ed. Madrid: Editorial Panamericana, 2002. p. 287-300.
4. EDWORTHY S: "Manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico". A: Harris E et. al. *Kelley tratado de Reumatología* 7ª ed. Vol II. Madrid: El Servier Saunders, 2006. p 1213-1236.
5. VILARDELL M, ORDI J a: "Lupus eritematoso sistémico". A: Farreras P, Rozman C. Et al. *Medicina interna* 15ª ed. Vol I. Madrid: El Servier, 2004.p.1092-1098.