

“Oreja mucho problem”

» Autores

Clara Albaigès Ràfols, Montse Salgado Pineda, Núria de Villasante Fuentes.
Médicas ABS Raval Sud

» Correctoras

Sandra Pons y Mènciac Benítez

» Correspondencia

Clara Albaigès Ràfols

Dirección electrónica: clara.albaiges.rafols@gmail.com

Publicado: 1 de febrero del 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>

Éste es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓN

La aparición de lesiones cutáneas es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los centros de Atención Primaria por ser fácilmente visibles por el paciente y, muchas veces, por lo que estéticamente suponen por este (más que por la patología en sí misma).

De la misma manera que las lesiones son clínicamente evidentes, muchas veces nos resulta complicado llegar a un diagnóstico de certeza ya que muchas enfermedades cutáneas se expresan de manera similar, dificultando, así, el diagnóstico diferencial.

El caso que os presentamos a continuación es un claro ejemplo de esta dificultad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 34 años, natural de Pakistán (barrera idiomática importante) sin antecedentes clínicos de interés, hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Consulta por dolor en los pabellones auriculares de más de un año de evolución en relación con la exposición al frío y aparición de eritema en contacto con ambientes más cálidos.

En la exploración física se observan cicatrices atróficas en los lados de ambos pabellones auriculares (imágenes 1 y 2).



Ante la sospecha clínica de perniosis, iniciamos tratamiento con *Diosmina 450/Hesperidina 50* y solicitamos una analítica de sangre. El paciente no viene a recoger los resultados hasta un mes después.

En la analítica realizada: hemograma sin alteraciones, Glucosa 89 mg/dl, Cr 1,17 mg/dl, VSG 15mm, Colesterol total 154, ALT 17 U/l, TP 96 % y GGT 29 U/l.

En esta segunda visita observamos una zona eczematosa en los pabellones auriculares y decidimos cambiar el tratamiento a glucocorticoides tópicos. Dos meses más tarde, lo derivamos al dermatólogo por persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento. El dermatólogo le realiza una biopsia cutánea y pide una nueva analítica sanguínea.

El paciente no acude a la siguiente visita programada con dermatología y viene a nuestra consulta 5 meses después por persistencia de los síntomas. Recuperamos los resultados de las dos pruebas realizadas. La biopsia cutánea es informada como **lupus eritematoso**.

En la analítica solicitada por el dermatólogo: hemograma sin alteraciones, 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) patrón moteado 1/80, Anticuerpos contra ARN negativos. ANA (ELISA): Ag AntiSm, RNP, Ro (SS/A), La (SS/B) negativos.

De nuevo, se deriva al paciente al dermatólogo que le pauta tratamiento con metilprednisolona 1%, fotoprotector solar total y cloroquina 250mg.

Nueve meses después, no tiene lesiones activas y sólo realiza tratamiento tópico con un corticoide suave y fotoprotector solar.

DISCUSIÓN

Se conoce como LUPUS ERITEMATOSO (LE) un grupo de enfermedades que se relacionan entre ellas por la aparición de síntomas bien diferenciados y patrones característicos de inmunidad por células B policlonales. Se incluyen, dentro de este grupo de enfermedades, varias formas de LE; desde el lupus eritematoso sistémico (que afecta a varios órganos) hasta formas de lupus que afectan exclusivamente a la piel. La prevalencia de lupus oscila entre 4 y 250 casos por cada 100.000 habitantes ⁽⁵⁾ y varía entre diversos países. No disponemos de datos concluyentes de prevalencia en España. El 90% de los casos se registran en mujeres. Estudios realizados en EEUU indican que el LES es más grave en etnias afroamericanas, hispanos y asiáticos. La incidencia de lupus eritematoso discoide (LED) es del 10-25 % sobre el total de pacientes diagnosticados de LES (pero solo un 5% de los pacientes con LED tienen criterios de LES) ⁽³⁾.

El 85% de pacientes con LE tienen lesiones cutáneas.

Se pueden **clasificar** las afectaciones cutáneas provocadas por el LE en *afectaciones específicas* de la enfermedad o *afectaciones no específicas*.

Respecto al LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO propiamente dicho podemos hablar de tres formas de presentación:

- **LE cutáneo subagudo (LECS):** Se caracteriza por la aparición más o menos brusca de *lesiones anulares* o *psoriasiformes* de predominio en la parte superior del tronco, brazos y dorso de las manos en pacientes más frecuentemente jóvenes o de media edad que pueden cumplir algunos de los criterios de LES definitivos por la American Rheumatism Association (tabla 1). Es más frecuente en mujeres que en hombres y la exposición solar funciona como factor desencadenante. Un 60-80% de estos pacientes tienen ANAs +, un 80% anti-Ro + y un 30-50%, anti-La +. La extensión de las lesiones suele ser más importante que en pacientes que sufren lupus eritematoso cutáneo crónico. Estos pacientes pueden asociar alteraciones analíticas características de LES.

- **LE cutáneo crónico (LECC):** Se trata de una clase de LE puramente cutáneo (sin afectación sistémica) que se caracteriza por la aparición de *placas discoideas eritemato-escamosas*, bien delimitadas, infiltradas, que crecen lentamente y dejan una despigmentación, telangiectasias y cicatrices *atróficas* que aparecen, predominantemente, en zonas descubiertas del cuerpo. Se puede presentar en forma de LE discoide crónico o de paniculitis lúpica.

- **LE discoide clásico (LEDC):** Aparece, habitualmente, en mujeres jóvenes (20-45 años). Se caracteriza por aparición de *pápulas eritematosas* que se acaban convirtiendo en *placas* redondas o anulares, de márgenes irregulares que se extienden periféricamente mientras curan del centro dejando una zona central *atrófica* y posteriormente *cicatricial*. Generalmente, las lesiones aparecen en la cara y cuero cabelludo (en este caso, pudiendo desencadenar una alopecia cicatricial).

El paciente de nuestro caso presentaba, pues, una forma de lupus cutáneo crónico localizado en pabellones auriculares. No cumplía criterios de Lupus sistémico (tabla 2)

Analíticamente, tan solo destacaban ANA positivos. No presentaba alteraciones hematológicas, renales, u otras alteraciones serológicas además de ANA positivos. Es infrecuente que pacientes que sufren un LE cutáneo tengan títulos elevados de ANA.

El diagnóstico del LE cutáneo se establece por la clínica del paciente y se confirma histológicamente mediante biopsia de la zona afectada. Aproximadamente hasta un 5% de los pacientes que sufren esta enfermedad pueden acabar desarrollando un LES.

Como prevención por la aparición de nuevas lesiones cutáneas en el LECC deberíamos recomendar el uso protectores solares tópicos con fotoprotección > 30 de manera sistemática.

Como tratamiento de elección se utilizan glucocorticoides tópicos, antipalúdicos (siempre vigilando los posibles efectos secundarios y realizando controles oftalmológicos) o retinoides (para las lesiones hiperqueratósicas a razón de 1mg/Kg).

A pesar de que es infrecuente que un lupus cutáneo acabe realizando manifestaciones sistémicas (1-5% de los casos), habrá que hacer una revisión y control analítico anuales de estos pacientes.

Tabla 1: Criterios diagnósticos LES según la *American Rheumatism Association*.

1. Eritema malar	Eritema fijo, plano o elevado sobre los pómulos.
2. Eritema discoide	Placas elevadas de eritema con descamación queratósica adherente y taponamiento folicular; a veces se observan cicatrices atróficas
3. Fotosensibilidad	La exposición a UV causa erupción cutánea.
4. Úlceras bucales	Úlceras bucales y nasofaríngeas observadas por el médico.
5. Artritis	Artritis no erosiva con afectación de dos o más articulaciones periféricas, que se caracteriza por dolor, tumefacción o derrame.
6. Serositis	Pleuritis o pericarditis confirmadas mediante ECG, frec o signos de derrame pericárdico.
7. Enfermedad renal	Proteinuria de más de 0.5mg/d o de 3 o más cilindros celulares.
8. Enfermedad neurológica	Convulsiones sin ninguna otra causa o psicosis sin ninguna otra causa conocida.
9. Enfermedad hematológica	Anemia hemolítica o leucopenia, linfopenia o trombocitopenia, después de descartar daño i atrogénico por fármacos.
10. Trastornos inmunitarios	Anti-DNAds, anti-Sm, anti-fosfolípidos o cualquier combinación entre ellos.
11. Anticuerpos aninucleares	Título anormal de ANA mediante inmunofluorescencia o una técnica equivalente en cualquier momento, después de descartar daño por medicamentos que inducen ANA.

Si se cumplen 4 de estos criterios, el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico se puede establecer con una especificidad del 98% y una sensibilidad del 97%, en cualquier momento en el curso de la enfermedad.

CONCLUSIÓN:

Así pues, en la consulta, ante un paciente que presente lesiones cutáneas sugestivas de LE habrá que:

En primer lugar realizar una anamnesis centrándonos en las características de estas lesiones (si aparecen o se intensifican con la exposición a la luz solar, cuando aparecieron, donde se localizan). Así mismo, es necesario que preguntemos por otros síntomas concomitantes, antecedentes familiares de interés, fármacos que el paciente toma.

En segundo lugar, habrá que realizar una exploración física cuidadosa, centrándonos en la forma, características y localización de las lesiones y en la posibilidad de otras manifestaciones sistémicas.

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías más frecuentes en las consultas de primaria y de presentación similar como la psoriasis, tiñas, queratosis actínica o el liquen plano, lupus pernio o crioglobulinemia.

En caso de tener alta sospecha de LE habrá que realizar una analítica que incluya función renal, VSG, hemograma, estudio de orina (para descartar la posibilidad de hematuria), ANA, anti-DNA, anti-Ro i anti-La.

En caso de encontrar alteraciones analíticas habrá que derivar al paciente al reumatólogo de manera preferente para completar el estudio e iniciar tratamiento. En caso de que la analítica no muestre alteraciones, se tendrá que enviar al paciente a Dermatología para realizar una biopsia de la lesión para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

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.