

# Paniculitis de lupus:

## Placas y nódulos en tejido subcutáneo adiposo

### Fitzgerald Sánchez, MD

Director of Dermatology  
Maiden Lane Medical Group, New York  
Clinical Assistant Professor of Dermatology  
Weil-Cornell Medical College



### Néstor P. Sánchez, MD

Profesor de Dermatología y Patología  
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico  
Consultor, Hospital Menonita, Aibonito



### Manifestación clínica

La paniculitis de lupus (PL) constituye una variante de lupus eritematoso, que afecta principalmente el tejido subcutáneo adiposo de los adultos entre la tercera y la séptima década de vida, con una mayor prevalencia en las mujeres.

Los hallazgos clínicos más comunes son las placas y los nódulos profundos eritematosos. A veces, pueden presentarse úlceras, las cuales suelen dejar cicatrices. Generalmente, la PL ocurre concomitantemente o precedida por lesiones de lupus discoide. Suele afectar mayormente las extremidades proximales, el torso, los senos, los glúteos y la cara. Los pacientes que sufren de PL poseen un mayor riesgo de desarrollar lupus eritematoso sistémico.

### Histopatología

Los principales cambios histopatológicos son:

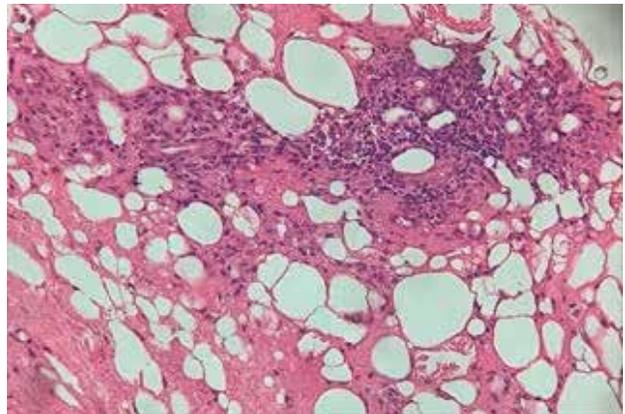
- 1) Paniculitis linfocítica; y
- 2) Vasculitis y necrosis hialina de grasa y vasos sanguíneos, además de estructuras nodulares linfoides.

Otros hallazgos comunes son:

- a) Atrofia de la epidermis;
- b) Cambios de interfase tales como engrosamiento de la membrana basal, inflamación linfocítica superficial

- y profunda a nivel perivascular y perianexal, así como acúmulo de mucina en la dermis;
- c) Folículos linfoides con formación de centros germinales;
  - d) Células plasmáticas;
  - e) Fragmentación nuclear de los linfocitos en el área de inflamación; y
  - f) Esclerosis hialina de lóbulos con extensión focal hacia los septos intralobulares.

Los estudios de inmunofluorescencia típicamente demuestran un depósito lineal de inmunoglobulina M (IgM) y C3 a lo largo de la unión dermoepidermal.



Histopatología de PL: Áreas de hialización de la grasa asociada con calcificación, formación de nódulos linfoides y ocasionalmente cambios en epidermis de lupus discoide.

## Tratamiento

Los fármacos antimaláricos, como la hidroxicloroquina, son los pilares en el tratamiento de la PL. La prednisona y sus derivados en terapia, combinada con agentes antimaláricos y otros inmunosupresores como la azatioprina, han sido utilizados con diferentes grados de éxito.

Existen tratamientos noveles derivados de células madres, como la fracción vascular estromal de tejido adiposo (FVE) o el anticuerpo monoclonal anti-CD20 rituximab.

## Comentario

Si bien se trata de una alteración relativamente poco frecuente, se debe tenerla presente en el diagnóstico diferencial cuando hay nódulos subcutáneos profundos o placas induradas. Hay opciones terapéuticas bien probadas, así como otras en evaluación. 

## Referencias

1. Watanabe T, Tsuchida T. Lupus erythematosus profundus: a cutaneous marker for a distinct clinical subset? *Br J Dermatol* 134:123, 1996.
2. Chung H-S, Hann S-K. Lupus panniculitis treated by a combination therapy of hydroxychloroquine and quinacrine. *J Dermatol* 24:5:69, 1997.
3. Kundig TM, et al. Lupus profundus/panniculitis. *Dermatology* 195:99, 1997.
4. Martens PB, et al. Lupus panniculitis: clinical perspectives from a case series. *J Rheumatol* 26:68, 1999.
5. Sánchez, Nestor P. et al. The histopathology of lupus erythematosus panniculitis; *J Am Acad Dermatol*, Vol 5, Issue 6, 673-680.
6. Tulin Ergun, MD Lupus erythematosus panniculitis treated with stromal vascular fraction, *J Am Acad Dermatol*, Vol 76, Issue 6, AB163.
7. Prieto-Torres L et al. Lupus panniculitis refractory to multiple therapies treated successfully with rituximab: A case report and literature review. *Australias J Dermatol*. 2017, Aug 30.
8. Requena L, Sanchez YE. Panniculitis: part II: mostly lobular panniculitis. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45(3):325-361.

Tabla: Resumen de la paniculitis de lupus.

Manifestaciones clínicas	Histopatología	Tratamiento
1) Placas y nódulos profundos eritematosos; 2) El torso, las extremidades proximales y los glúteos son las áreas más afectadas; 3) Adultos de 20 a 60 años; y 4) Predominancia femenina.	1) Panniculitis linfocítica; 2) Vasculitis y necrosis hialina del tejido adiposo y vasos sanguíneos; 3) Inmunofluorescencia: depósito lineal de IgM y C3 a lo largo de la unión dermo-epidermal.	1) Fármacos antimaláricos en monoterapia o en combinación con otros agentes inmunosupresores; 2) Monoterapia de esteroides o en conjunto con otros inmunosupresores; 3) Azatioprina combinada con otros inmunosupresores; y 4) Tratamientos noveles (FVE o rituximab).