

ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICA

Sarcoidosis subcutánea simulando una celulitis

Subcutaneous Sarcoidosis Resembling Cellulitis

Sr. Director:

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica que presenta manifestaciones cutáneas hasta en el 25% de los casos¹. Las lesiones en la piel son muy variadas y se clasifican en específicas y en inespecíficas, en función de la presencia o ausencia de granulomas sarcoideos en la biopsia¹. Entre las específicas las lesiones subcutáneas constituyen del 1,4 al 6%, según distintas series^{2,3}.

Se considera que la afectación cutánea no tiene valor pronóstico y que no se correlaciona con la existencia de enfermedad sistémica¹. Sin embargo, sí que se ha observado una fuerte asociación entre la aparición de lesiones subcutáneas y el desarrollo de enfermedad sistémica².

Se presenta el caso de una mujer de 81 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que tras una picadura en antebrazo izquierdo desarrolló una placa eritematosa, indurada y dolorosa diagnosticada inicialmente como una celulitis bacteriana (fig. 1A). Sin embargo, la lesión no mejoró con tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, por lo que se decidió realizar una biopsia profunda. En la imagen histológica se objetivó una epidermis y una dermis superficial y media intactas, con una reacción granulomatosa intensa en la dermis profunda y en el tejido adiposo (fig. 2A), constituida por células gigantes con tejido fibrinoide central y linfocitos en periferia (fig. 2B). La luz polarizada no demostró la presencia de material extraño y las tinciones de Giemsa, Ziehl-Nielsen y plata de metenamina resultaron negativas. El cultivo para micobacterias en Lowenstein-Jensen fue también negativo.

En las exploraciones complementarias se detectaron adenopatías mediastínicas que comprimían el tercio inferior del esófago. En los estudios analíticos destacaban unos niveles de enzima convertidora de la angiotensina (ECA) de 92 U/l y una VSG de 50. La prueba de Mantoux fue negativa. Todos estos hallazgos fueron coherentes con el diagnóstico de sarcoidosis sistémica en estadio I.

Con esta presunción, la paciente comenzó tratamiento con prednisona oral a dosis de 45 mg/día e hidroxiquina 100 mg/12 horas mostrando una disminución significativa del tamaño de las adenopatías, así como la resolución del cuadro cutáneo tras 6 meses de tratamiento (fig. 1B). A los 12 meses se retiró el tratamiento corticoideo y los antipalúdicos y, tras dos años de seguimiento, no ha presentado nuevas lesiones cutáneas y las adenopatías mediastínicas son de un tamaño inferior a 1 cm.

La sarcoidosis subcutánea presenta un pico de incidencia situado en la cuarta década de la vida y una clara predisposición femenina⁴. En la literatura se ha descrito una marcada asociación de esta variante de sarcoidosis con la clínica sistémica, por lo que es poco frecuente que exista una afectación exclusivamente subcutánea. En la mayoría de las ocasiones la clínica subcutánea se manifiesta en forma de nódulos³ y/o placas, mientras que es inhabitual su presentación simulando una celulitis, circunstancia que, como en el caso presentado, puede demorar el diagnóstico⁴. La coalescencia de múltiples nódulos subcutáneos, firmes y elásticos, dispuestos a modo de bandas lineales, podría simular una placa indurada que en un primer momento podría sugerir una celulitis⁵.

Tras descartar previamente una etiología bacteriana, fúngica o vírica, el diagnóstico se basa en los criterios de Vainsencher y Winkelmann, que definen la presencia de granulomas sarcoideos con mínimo infiltrado linfocítico en el pániculo adiposo como hallazgos histológicos característicos de la sarcoidosis subcutánea⁶.

El tratamiento de primera elección son los corticoides administrados por vía oral, mostrando la sarcoidosis subcutánea una excelente respuesta a los mismos. Sin embargo, la respuesta a los fármacos de segunda línea, como los antipalúdicos, acostumbra a ser incompleta. En nuestro caso se optó por la administración conjunta de corticoides y antipalúdicos desde el inicio con una respuesta favorable temprana. En un estudio realizado en 21 pacientes con sarcoidosis subcutánea se observó que el 80% mejoraba tras el tratamiento con corticosteroides a dosis de 20-40 mg diarios durante las primeras 4-8 semanas de tratamiento⁴.

Por tanto, la sarcoidosis subcutánea puede ser considerada un subtipo de enfermedad cutánea con características específicas, entre las que destaca una clínica de

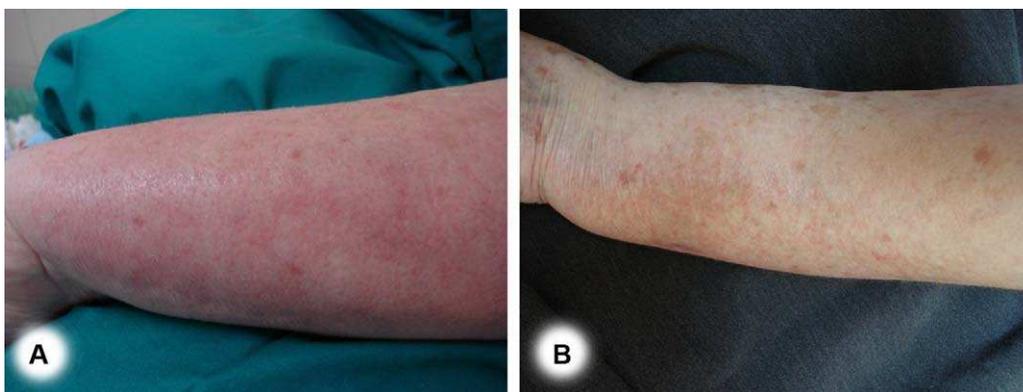


Figura 1 Placa de sarcoidosis subcutánea localizada en el antebrazo izquierdo. A: antes y B: después de 3 meses de tratamiento con corticoides orales y antipalúdicos.

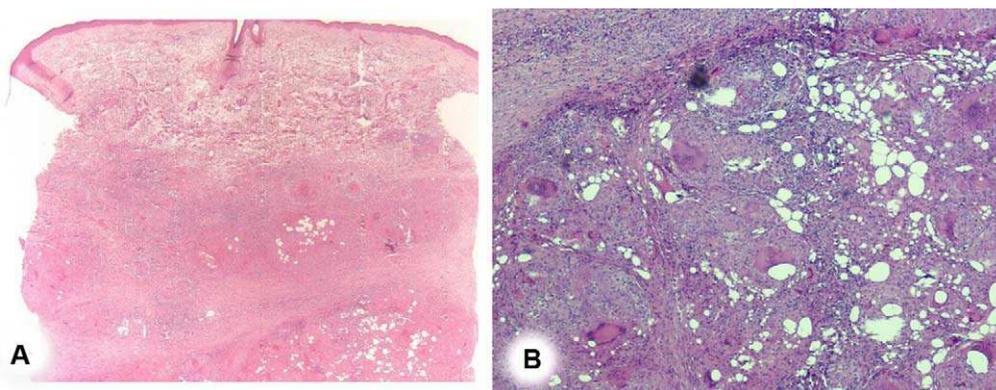


Figura 2 A. Reacción granulomatosa en la dermis profunda y el tejido celular subcutáneo (HE x20). B. Detalle de los granulomas sarcoides (PAS x100).

presentación particular en forma de nódulos, placas, o similar a una celulitis que, a pesar de mostrar una excelente respuesta al tratamiento con corticoides, se correlaciona estrechamente con la afectación sistémica, con la consiguiente implicación en el pronóstico de la enfermedad.

Bibliografía

1. Mañá J, Marcoval J, Graells J, Salazar A, Peyrí J, Pujol R. Cutaneous involvement in Sarcoidosis: relationship to Systemic Disease. *Arch Dermatol.* 1997;133:882–8.
2. Ahmed I, Harshad SR. Subcutaneous sarcoidosis: is it a specific subset of cutaneous sarcoidosis frequently associated with systemic disease? *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:55–60.
3. Pérez-Cejudo JA, Piqué E, Palacios SL, Martínez-Martín M. Sarcoidosis subcutánea, lesiones nodulares que adoptan configuraciones cordoneales o en bandas. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:223–4.
4. Papadavid E, Dalamaga M, Stavrianeas N, Papiris SA. Subcutaneous sarcoidosis masquerading as cellulitis. *Dermatology.* 2008;217:212–4.
5. Falagas ME, Vergidis PI. Narrative review: diseases that masquerade as infectious cellulitis. *Ann Intern Med.* 2005;142:47–55.
6. Vainsencher D, Winkelmann RK. Subcutaneous sarcoidosis. *Arch Dermatol.* 1984;120:1028–31.

A.E. García-Rabasco*, A. Esteve-Martínez, V. Zaragoza-Ninet, J.J. Vilata e V. Alegre-de Miquel

Servicio de Dermatología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: anagrabasco@gmail.com
(A.E. García-Rabasco).

doi:10.1016/j.ad.2010.09.008