

CASOS CLÍNICOS

Sarcoidosis cutánea de las cicatrices

Cutaneous sarcoidosis of scars

Camila Anabel Ramallo¹, Victoria Micaela Pieretti², Eliana Maribel Gerez³, María Victoria Garritano³ y María Roxana Maradeo⁴

RESUMEN

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica que afecta principalmente el pulmón, los ganglios linfáticos y la piel; se desconoce su etiología. La sarcoidosis cutánea de las cicatrices es una

de las presentaciones más inusuales de la sarcoidosis en piel. Se presenta un caso clínico de esta patología.

Palabras claves: sarcoidosis cutánea, sarcoidosis de las cicatrices.

Dermatol. Argent. 2024; 30(1): 35-37

ABSTRACT

Sarcoidosis is a multisystemic granulomatous disorder of unknown etiology that predominantly affects the lung, lymph nodes, and skin. Sarcoidosis arising in scars is one of the most unusual presentations of the disease. We report a case of this disorder.

Key words: cutaneous sarcoidosis, scar sarcoidosis.

Dermatol. Argent. 2024; 30(1): 35-37

¹ Jefa de Residentes

² Residente de Tercer año

³ Médica de Planta

⁴ Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Camila Anabel Ramallo

E-mail: camiramallo1@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 8/5/2023

Fecha de trabajo aceptado: 29/11/2023

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 72 años, con antecedente personal de hipertensión arterial, fue derivada del Servicio de Clínica Médica por cambios morfológicos en cicatrices faciales antiguas de 2 semanas de evolución.

Al examen físico presentaba infiltración eritematoviolácea de cicatrices en el labio superior y mentón, asintomáticas, de 2 semanas de evolución (Foto 1). A la diascopia se observó coloración amarillo-anaranjada en “jalea de manzana” (Foto 2). La paciente refería que las cicatrices tenían más de 40 años y que las mismas no habían tenido cambios previos hasta la actualidad. Además, presentaba otras cicatrices sin cambios observados.

Con sospecha clínica de sarcoidosis cutánea de las cicatrices y lupus vulgar, se solicitó laboratorio general con serologías para VIH, virus hepatotropos y VRDL, enzima convertidora de angiotensina (ECA), PPD, ra-

diografía de tórax, biopsia para histopatología y cultivos para micobacterias. Se realizó interconsulta con el Servicio de Oftalmología y se descartó compromiso ocular.

En el laboratorio se evidenció ECA elevada de 183 nmol/mL/min. La radiografía de tórax fue normal y la PPD negativa.

El estudio histológico informó granulomas desnudos, no caseificantes y células gigantes multinucleadas (Fotos 3 y 4). Las técnicas de PAS, Grocott, Ziehl Neelsen, Kinyoun y el cultivo para micobacterias resultaron negativos. Por lo tanto, se arribó al diagnóstico de sarcoidosis cutánea.

Se instauró tratamiento con clobetasol tópico con mejoría parcial durante el control de las 4 semanas, por lo que se continuó con triamcinolona intralesional.



FOTO 1: Cicatrices antiguas con tumefacción y cambio de coloración eritematoviolácea en la región del mentón e infranasal.



FOTO 2: Diascopia realizada con dermatoscopio donde se visualizan áreas amarillo-anaranjadas en "jalea de manzana".

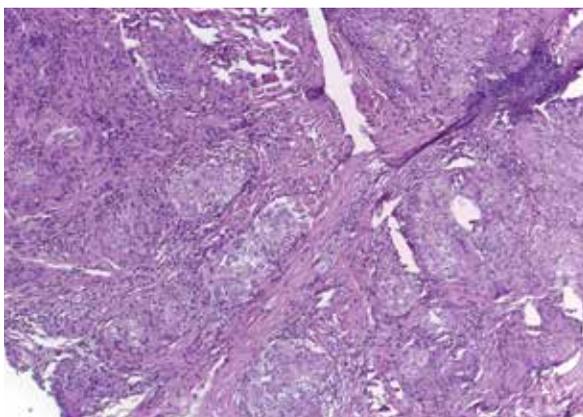


FOTO 3: En dermis reticular se observa formación de granulomas desnudos con aisladas células gigantes multinucleadas (HyE, 10X).

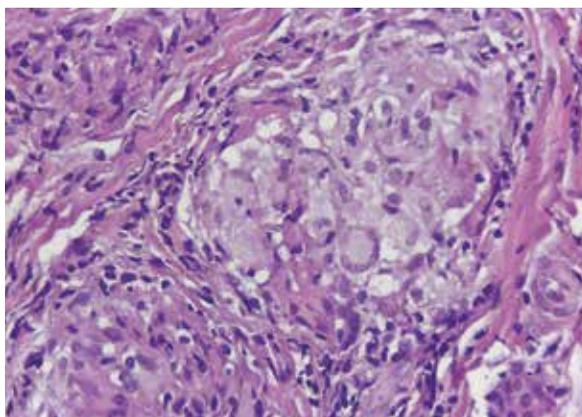


FOTO 4: Granuloma desnudo con células gigantes multinucleadas tipo Langhans (HyE, 40X).

COMENTARIOS

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de etiología desconocida, que puede afectar cualquier órgano del cuerpo. El pulmón es el más comprometido, en el 90% de los casos, seguido por la piel en el 25 al 30% de los casos^{1,2}.

La incidencia máxima de presentación ocurre entre la tercera y la cuarta década de la vida, con un segundo pico entre los 65 a 69 años¹. Predomina en países desarrollados y en el sexo femenino^{3,4}.

Si bien se desconoce actualmente la etiología de la sarcoidosis, la teoría más aceptada es la hiperactividad del sistema inmunitario, donde un antígeno activa a las células T-CD4 con producción de citoquinas Th 1: INF- γ , IL-2 e IL-12. Se observa un incremento de TNF- α que aumenta, a su vez, la secreción de citoquinas que elevan el reclutamiento de macrófagos en el granuloma. Se ha demostrado que el TNF- α e IFN- γ desempeñan un papel clave en el mantenimiento de la inflamación y en la formación de granulomas^{1,3}.

En la sarcoidosis de las cicatrices se cree que los granulomas aparecerían en estos sitios por ser "distritos inmunocomprometidos", un término que describe regiones de piel en las que la inmunidad se encuentra alterada². Dicho compromiso se debe a que en las áreas traumatizadas se produce la interrupción del drenaje linfático, lo que perjudica la migración de células inmunitarias de la piel a los ganglios linfáticos regionales y/o la interrupción de la innervación neurológica².

Las lesiones cutáneas de sarcoidosis se clasifican en específicas e inespecíficas. Estas últimas se observan con mayor frecuencia en pacientes con sarcoidosis sistémica o asociadas a otras enfermedades, y la biopsia no presenta alteraciones típicas. La más frecuente es el eritema nodoso³.

Las lesiones específicas son aquellas en las que la histopatología presenta granulomas sarcoideos con tinciones y cultivos negativos para micobacterias y

hongos. Dentro de este grupo, se encuentran las erupciones maculopapulares, placas cutáneas, lupus pernio, la sarcoidosis subcutánea y la sarcoidosis de las cicatrices³. Esta última es una variante inusual de esta patología, y constituye entre el 5 y el 15% de todas las lesiones cutáneas específicas^{2,5}.

Clínicamente la sarcoidosis de las cicatrices presenta dolor, induración y/o cambio de coloración eritematoviolácea de las cicatrices o tatuajes previos, o bien, nódulos indolores que pueden pasar desapercibidos². Frecuentemente las áreas afectadas son cicatrices posttraumáticas de muchos años de evolución, con una media de 20 años⁶. En un mismo individuo no siempre se afectan todas las cicatrices, como en el caso de nuestra paciente^{2,5}.

La diascopia de las lesiones cutáneas específicas evidencia una coloración en “jalea de manzana” que indica que hay un proceso inflamatorio granulomatoso subyacente⁷.

Generalmente la sarcoidosis de las cicatrices acontece en dos circunstancias: en la fase aguda de la enfermedad, antes de los cambios parenquimatosos pulmonares, asociada a adenopatías hiliares y eritema nodoso, o en fases tardías de pacientes en remisión, lo que indica una exacerbación de la sarcoidosis⁵. De forma excepcional, la sarcoidosis de las cicatrices puede ser la única expresión clínica, como el caso descrito⁸.

No hay correlación entre la extensión de las lesiones cutáneas y la presencia de lesiones sistémicas; sin embargo, sí hay relación entre el tipo de lesión cutánea y la enfermedad sistémica. De este modo, el lupus pernio, la sarcoidosis de las cicatrices y las lesiones en placa suelen asociarse a enfermedad sistémica grave⁹.

En la histopatología se observan células epitelioides que forman granulomas pequeños y uniformes que no

están rodeados por linfocitos, o los mismos suelen ser escasos, por lo que se designan como granulomas desnudos o sarcoideos. En ocasiones se observan los cuerpos de Schaumann y los cuerpos asteroides, aunque ninguno es específico de la sarcoidosis⁷.

La medición de la ECA no es estrictamente necesaria. El nivel sérico de esta enzima se encuentra aumentado en casi el 60% de los pacientes. Su valor normal oscila entre 7 a 50 U/L y su concentración refleja la carga corporal de granulomas. Por lo tanto, se la considera una prueba útil para la monitorización de la enfermedad y no para establecer el diagnóstico^{3,8}.

El diagnóstico diferencial de la sarcoidosis de las cicatrices incluye cicatrices hipertróficas, queloides y otras patologías que cursan con granulomas, como la tuberculosis y los granulomas de cuerpo extraño⁹; también las metástasis cutáneas que pueden desarrollarse en cicatrices antiguas y distantes^{2,10}.

El tratamiento de primera línea para la sarcoidosis cutánea consiste en esteroides tópicos de alta potencia como el clobetasol, los esteroides intralesionales y los inhibidores de calcineurina^{1,4}.

Cuando el compromiso es extenso o desfigurante, se indican las tetraciclinas, en especial la doxiciclina a dosis de 100 a 200 mg/día, y los antipalúdicos como la hidroxicloroquina y la cloroquina. Estos pueden usarse como monoterapia o combinados^{1,3,4}.

También se han descrito corticoides sistémicos, metotrexato, inhibidores de TNF- α como adalimumab e infliximab^{1,3,4}.

La sarcoidosis de las cicatrices puede ser la única o la primera manifestación cutánea de la sarcoidosis, por lo que debe descartarse el compromiso sistémico y realizar un seguimiento estricto. El examen dermatológico de las cicatrices es fundamental para monitorizar la enfermedad porque puede indicar una reactivación de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caplan A, Rosenbach M, Imadojemu S. Cutaneous sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med*. 2020;41:689-699.
2. Leverenz DL, Henderson C, Shah A. Atypical cutaneous presentations of sarcoidosis: two case reports and review of the literature. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2018;18:40.
3. Aranibar L, Giacaman P, Sazunic IJ. Sarcoidosis cutánea. *Rev Chil Dermatol*. 2010;26:46-54.
4. Zapata-González F, Vásquez-Ochoa LA, Arroyave-Sierra JE, Arredondo-Ossa MI, et al. Sarcoidosis cutánea. *Rev CES Med*. 2014;28:293-306.
5. Pérez-Tato B, Cuenca A, Barco L, Iglesias C, et al. Sarcoidosis cicatrizal. *Actas Dermosifiliograf*. 2003;94:327-329.
6. El Jazouly M, Chahboun F, Kelati A, El Omari M, et al. Sarcoidose cutanée sur cicatrice: forme habituellement évolutive (à propos d'un cas). *Pan Afr Med J*. 2021;39:268.
7. Fortuño Y, Gallego I, Marcoval J. Sarcoidosis cutánea. *Actas Dermosifiliograf*. 2004;95:137-153.
8. García-Colmenero L, Sánchez-Schmidt JM, Barranco C, Pujol RM. The natural history of cutaneous sarcoidosis. Clinical spectrum and histological analysis of 40 cases. *Int J Dermatol*. 2019;58:178-184.
9. González LR, Ruiz AG, Conde IS, Fraile PSM, et al. Un caso inusual de sarcoidosis de las cicatrices. *Actas Dermosifiliograf*. 2003;94:28-31.
10. Staiger H, Brau GF. Metástasis cutáneas. *Dermatol Argent*. 2013;19:15-25.