

CASOS CLÍNICOS

Dermatosis neutrofílica reumatoide

Rheumatoid neutrophilic dermatosis

Mary Litzi Soliz Burgos¹, María Laura Mauri², Carmen Alfaro³ y Patricia Silvia Della Giovanna⁴

RESUMEN

La dermatosis neutrofílica reumatoide (DNR) es un trastorno cutáneo poco frecuente asociado a artritis reumatoide (AR) grave. Clínicamente presenta pápulas, nódulos, pústulas y, de forma excepcional, vesículas, principalmente en las articulaciones y las extremidades. El diagnóstico se confirma mediante la histopatología que revela infiltrado neutrofílico en dermis. El tratamiento inicial incluye corticoides tópicos o sistémicos, aunque en casos refractarios puede requerirse dapsona. Se describe el caso

de una paciente con DNR asociada a AR, que presentó una manifestación clínica polimorfa poco habitual e infiltrado neutrofílico en la histología. La enfermedad mostró refractariedad al tratamiento sistémico con corticoides, logrando remisión completa tras la instauración de dapsona. **Palabras clave:** artritis reumatoide, pioderma gangrenoso, dermatosis neutrofílica.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 138-140

ABSTRACT

Rheumatoid neutrophilic dermatosis (RND) is a rare skin condition associated with severe rheumatoid arthritis (RA). Clinically, it presents with papules, nodules, pustules, and occasionally vesicles, predominantly located on the joints and extremities. Diagnosis is confirmed through histopathology, which shows neutrophilic infiltration in the dermis. Initial treatment includes topical or systemic corticosteroids, although dapsone may be required in refractory cases. We report the case of a patient with

RND associated with RA who exhibited an unusual polymorphic clinical presentation and histological evidence of neutrophilic infiltration. The disease was refractory to systemic corticosteroids but achieved complete remission following dapsone therapy

Key words: rheumatoid arthritis, pyoderma gangrenosum, neutrophilic dermatosis.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 138-140

¹ Jefa de Residentes

² Médica Especialista en Dermatología

³ Médica Especialista en Anatomía Patológica

⁴ Médica Especialista en Dermatología, Jefa del Servicio de Dermatología

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Mary Litzi Soliz Burgos

E-mail: litzisb01@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 6/6/2025

Fecha de trabajo aceptado: 10/11/2025

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

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 46 años, con antecedente de artritis reumatoide (AR) seropositiva de larga evolución en tratamiento con metotrexato 25 mg semanal y ácido fólico 5 mg semanal. Consultó inicialmente por una dermatosis de 4 meses de evolución localizada en la cara anterior de la pierna derecha caracterizada por una placa eritematoviolácea infiltrada, de 5 cm de diámetro, con áreas erosivas en su superficie,

secreción serosanguinolenta y muy dolorosa (Foto 1). Con diagnóstico presuntivo de pioderma gangrenoso, se realizó una biopsia cutánea que confirmó dicho diagnóstico.

Se inició tratamiento con meprednisona inicialmente a dosis de 40 mg día, sin respuesta de la lesión, por lo que se aumentó la dosis a 60 mg día observándose mejoría, con posterior descenso progresivo del

corticoide. En una visita de control, la paciente presentó nuevas lesiones cutáneas polimorfas localizadas en el abdomen, en el dorso y en la cara posterior de ambos muslos. Las lesiones consistían en pápulas eritematosas, vesículas tensas y algunas pústulas, asintomáticas (Fotos 2 y 3). Los brotes coincidían clínicamente con la actividad de la AR, presentando además artralgias, artritis, y elevación de proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG).

Una nueva biopsia cutánea evidenció epidermis con acantosis, hiperqueratosis compacta y, en la dermis papilar y reticular, un denso infiltrado inflamatorio de

predominio neutrofílico con disposición perivascular e intersticial, vasocongestión marcada y células endoteliales prominentes, sin signos de vasculitis (Foto 4). El cuadro se interpretó como dermatosis neutrofílica reumatoide (DNR). Debido a la refractariedad del tratamiento con meprednisona 60 mg/día, se adicionó dapsona a razón de 100 mg/día (previo dosaje de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa), con el que se observó rápida respuesta clínica y una evolución favorable, con cierre completo de la úlcera y resolución de las lesiones restantes; esto permitió reducir y retirar la meprednisona. Hasta la fecha, la paciente continúa con dapsona.



FOTO 1: Placa eritematoviolácea infiltrada con áreas erosivas en su superficie y secreción serosanguinolenta.



FOTO 2: En el dorso se evidencian pápulas eritematosas, vesículas tensas y algunas pústulas.



FOTO 3: En la cara posterior de ambos muslos también se observan pápulas eritematosas, vesículas tensas y algunas pústulas.

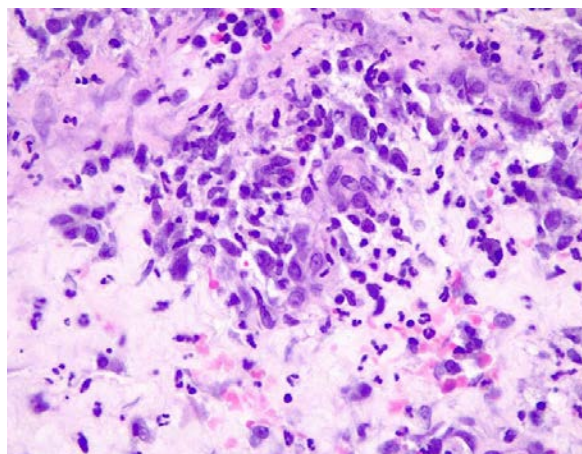


FOTO 4: En la dermis se observa denso infiltrado inflamatorio a predominio polimorfonuclear neutrofílico de disposición perivascular e intersticial (HyE, 40X).

COMENTARIOS

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica de base autoinmune, caracterizada clínicamente por presentar poliartritis destructiva e incapacitante. Las manifestaciones extraarticulares de la AR implican una enfermedad grave y activa que afecta a múltiples órganos, entre estos, la piel, la manifestación extraarticular más frecuente¹. Las manifestaciones cutáneas comprenden lesiones específicas y no específicas. Las primeras incluyen nódulos reumatoideos, vasculitis reumatoide, síndrome de Felty, dermatitis granulomatosas (dermatitis granulomatosa intersticial con artritis y dermatitis granulomatosa neutrofílica y en empalizada), pioderma gangrenoso y dermatosis neutrofílica reumatoide². Las lesiones no específicas son más numerosas y frecuentes, e incluyen atrofia difusa de la piel, eritema palmar y fenómeno de Raynaud, entre otros. También se ha descrito la coexistencia de diferentes manifestaciones cutáneas^{3,4,5}. En el caso de nuestra paciente, inicialmente presentó un pioderma gangrenoso y posteriormente lesiones polimorfas compatibles con dermatosis neutrofílica reumatoide (DNR) que se correlacionaban con mayor actividad de la AR.

La DNR es una manifestación cutánea poco frecuente de la AR. Tiene predominio por el sexo femenino y generalmente se observa en pacientes con AR seropositiva grave y de larga data⁴. Clínicamente se manifiesta como pápulas y placas simétricas no dolorosas. Se puede observar la formación de vesículas y ampollas tensas, pero es extremadamente raro⁶. Por lo general se distribuyen sobre las articulaciones, las superficies extensoras de las extremidades y el tronco^{1,4,7}. Los hallazgos histológicos se caracterizan por un denso infiltrado neutrofílico dérmico con edema endotelial y leucocitoclasia sin vasculitis. Se ha observado acúmulo de neutrófilos formando microabscesos en la dermis papilar. Puede observarse espongiosis y puede evolucionar a vesiculación intraepidérmica⁴. En la piel, las lesiones tienden a resolverse con mejoría de la AR.

El tratamiento de primera línea es la terapia con corticoides sistémicos, aunque se han descrito casos refractarios donde se puede incluir nuestra paciente ya que no se obtuvo mejoría con corticoides a altas dosis. Las terapias antineutrofílicas, como la dapsona y la colchicina, pueden conducir a una rápida resolución del cuadro como ocurrió en el caso de nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Manriquez J, Giesen L, Del Puerto C, González S. Rheumatoid arthritis and pseudo-vesicular skin plaques: rheumatoid neutrophilic dermatosis. *An Bras Dermatol*. 2016;91:500-502.
- Sayah A, English C. Rheumatoid arthritis: a review of the cutaneous manifestations. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53:191-209.
- Kumari I, Dongre A, Mohanty S. Rheumatoid neutrophilic dermatosis. The distinct entity with florid presentation. *Indian Dermatol Online J*. 2020;11:114-115.
- Lora V, Cerroni L, Cota C. Skin manifestations of rheumatoid arthritis. *G Ital Dermatol Venereol*. 2018;153:243-255.
- Macaya A, Servitje O, Jucglà A, Peyrí J. Rheumatoid neutrophilic dermatitis associated with pyoderma gangrenosum. *Br J Dermatol* 2000;142:1246-1248.
- Kreuter A, Rose C, Zillikens D, Altmeyer P. Bullous rheumatoid neutrophilic dermatosis. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:916-918.
- Fujio Y, Funakoshi T, Nakayama K, Amagai M, et al. Rheumatoid neutrophilic dermatosis with tense blister formation: a case report and review of the literature. *Australas J Dermatol*. 2014;55:12-14.