

Infiltrado linfocitario de Jessner: descripción de un caso clínico

Eduardo Contreras Zuñiga¹; Sandra Ximena Zuluaga Martinez²; Andres Agualimpia³

¹ Medicina Interna. Fellowship de Cardiología. Universidad del Valle. Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

² Medicina y Cirugía. Angiografía de Occidente S. A., Cali, Colombia.

³ Medicina Interna – Reumatología. Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

Resumen

Se trata de una entidad controvertida, considerada por algunos autores una variante de lupus cutáneo (variante tumidus) o de erupción polimorfa lumínica. Clínicamente las lesiones son pápulas o placas eritematosas infiltradas al tacto, que suelen localizarse en áreas fotoexpuestas, y adoptan una morfología circinada o anular sin descamación, tapones foliculares ni cicatriz residual. Histopatológicamente, aunque presenta un patrón similar a un lupus eritematoso sistémico, no se evidencian los cambios epidérmicos característicos del mismo.

Palabras clave: infiltrado linfocitario de Jessner, lupus tumidus, lupus discoide.

Descripción del caso

Se trata de un paciente femenino, de 26 años, de raza blanca quien consulta por lesión eritematosa periorbitaria bilateral, de 10 días de evolución, la cual ha empeorado en el transcurso del tiempo. Inicialmente se interpreta como una celulitis y se comienza un tratamiento con dicloxacilina 2 g al día por 10 días. La paciente no responde al tratamiento por lo cual se cambia el esquema a ampicilina/sulbactam + ciprofloxacina por 10 días más. Las lesiones mejoran pero no desaparecen completamente. Aproximadamente 3 me-

Correspondencia

Dr. Eduardo Contreras Zuñiga, Carrera 98 n° 18 – 49, Cali, Colombia.
E-mail: edo11@hotmail.com

Summary

This is a controversial entity, considered by some authors a variant of cutaneous lupus (variant tumidus) or polymorphic light eruption. Clinically injuries are infiltrated erythematous papules or plaques to the touch, which are usually located in areas photo exposed, and adopt a morphology rounded or annular without scaling, plugs or follicular residual scar. Hystopathologically, while presenting a pattern similar to a erythematosus systemic lupus, it is not evident changes characteristic of an erythematosus systemic lupus.

Key words: Jessner lymphocytic infiltration, lupus tumidus, discoid lupus.

ses después, desaparecen las lesiones espontáneamente sin ningún tipo de intervención. La paciente permanece asintomática pero 1 mes después nuevamente reaparecen las lesiones (Figura 1).

Es evaluada nuevamente y ante la sospecha de una celulitis periorbitaria, se decide su internación para tratamiento antibiótico por vía parenteral con oxacilina. El eritema empeora y ante la falta de respuesta a la terapéutica antibiótica previa, y la sospecha de absceso periorbitario, se rota tratamiento a vancomicina. Durante su internación es evaluada por oftalmología quien solicita una TAC de órbita informando moderado edema de tejido blando periorbitario sin evidencia de hallazgos sugestivos de absceso.

Se realiza una biopsia de tejido blando reportado como (Figura 2) infiltrado perivascular moderadamente denso, que afecta a los plexos vasculares, superficiales y profundos



Figura 1. Lesión eritematosa, macular periorbitaria.

de la dermis, con extensión alrededor de los folículos pilosebáceos sugestivos de infiltrado linfocitario de Jessner vs. una erupción polimorfa lumínica. Se solicita inmunohistoquímica. Se suspende el tratamiento antibiótico. Se indica esteroides orales, cloroquina y protector solar, obteniendo una rápida mejoría. El resultado de la inmunohistoquímica fue compatible con un infiltrado linfocitario de Jessner.

Discusión

Las características microscópicas son las habituales a las del lupus eritematoso discoide, salvo por la ausencia de lesiones tanto activas como residuales en la zona de la unión dermo epidérmica y en la basal folicular. Estas características definen a la variante de lupus eritematoso denominada lupus tumidus. Actualmente se considera que muchos pa-

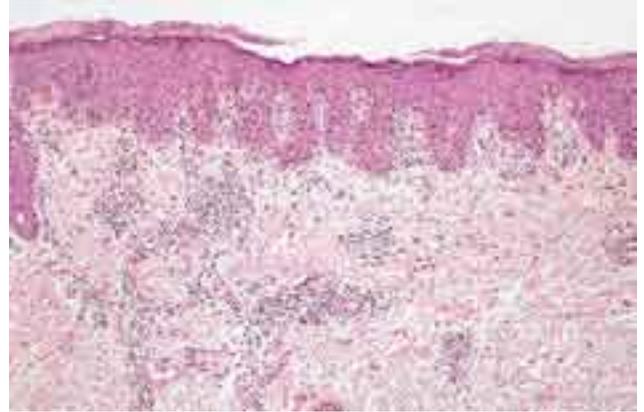


Figura 2. Infiltrado perivascular moderadamente denso, que afecta a los plexos vasculares, superficiales y profundos de la dermis, con extensión alrededor de los folículos pilosebáceos.

cientes clasificados como infiltración linfocitaria de Jessner, o lupus con poca lesión en la epidermis o de mucinosis cutáneas en placas y/o nodulares, corresponden a diferentes variedades del denominado lupus tumidus^{1,2,3}.

El infiltrado es perivascular moderadamente denso, que afecta a los plexos vasculares, superficiales y profundos de la dermis, puede extenderse alrededor de los folículos pilosebáceos, ocasionalmente en el subcutáneo. Los linfocitos son pequeños y maduros, ocasionalmente se observan grandes células linfoides; entre las bandas de colágeno, que generalmente son más finas de lo normal, se puede encontrar un pequeño acúmulo de mucina, la epidermis generalmente normal. La inmunofluorescencia negativa lo distingue del lupus eritematoso discoide no así del lupus tumidus. El estudio inmunohistoquímico confirma este diagnóstico, pues la presencia del anticuerpo monoclonal anti-CD3 positivo localizado en el área periférica de los nódulos indica predominancia de linfocitos T y el CD 20 positivo en el área central indica presencia de linfocitos B en nódulos centrales, señalando inmunofenotipos linfocíticos diversos compatible con un inmunofenotipo de Jessner de células B perivasculares rodeadas por células T, patrón descrito como linfocitoma perivascular^{2,4,5}.

La variante de lupus tumidus es probablemente la menos frecuente en lupus eritematoso, aunque su incidencia

real es probablemente mayor que la que se describe. Se caracteriza por la aparición de placas lisas, rojo violáceas, que pueden ser pruriginosas o acompañarse de descamación fina en la superficie. La evolución es la desaparición espontánea sin secuelas de las lesiones, seguido por reaparición en la misma zona anatómica al cabo de un tiempo (efecto eclipse)^{5,6}.

Erupción polimorfa lumínica es una reacción retardada a la radiación de tipo UVB en que se desarrolla una erupción cutánea tras las primeras exposiciones solares, en forma de pápulas y/o placas eritematosas muy pruriginosas en zonas fotoexpuestas (escote, parte alta de la espalda, superficie proximal de los brazos). La cara no suele afectarse. Las lesiones suelen involucionar espontáneamente a los pocos días. Se ha descrito que hasta un 50% de los pacientes con LED pueden asociar una erupción polimorfa lumínica como manifestación de fotosensibilidad^{5,7,8}.

No existe ningún tipo de conflicto de interés, apoyo financiero o algún beneficio comercial.

Bibliografía

1. Tebbe M. Clinical course and prognosis of cutaneous lupus erythematosus. *Clin Dermatol.* 2004 Mar-Apr;22(2):121-4.
2. Sanders CV. Photosensitivity in patients with lupus erythematosus: a clinical and photobiological study of 100 patients using a prolonged phototest protocol. *Br J Dermatol.* 2003 Jul;149(1):131-7.
3. Lazaro D. Photosensitivity in patients with lupus erythematosus: a clinical and photobiological study of 100 patients using a prolonged phototest protocol. *Br J Dermatol.* 2003 Jul;149(1):131-7.
4. Rothfield N. Lupus erythematosus: systemic and cutaneous manifestations. *Clin Dermatol.* 2006 Sep-Oct;24(5):348-62.
5. Werth VP. Clinical manifestations of cutaneous lupus erythematosus. *Autoimmun Rev.* 2005 Jun;4(5):296-302.
6. Fabbri P. Cutaneous lupus erythematosus: diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4(7):449-65.
7. Patel P. Cutaneous lupus erythematosus: a review. *Dermatol Clin.* 2002 Jul;20(3):373-85.
8. Werth VP. Current treatment of cutaneous lupus erythematosus. *Dermatol Online J.* 2001 Feb;7(1):2.