CASO CLÍNICO DE PANICULITIS CARACTERIZADO POR TUMORACIÓN SUBCUTÁNEA EN MUSLO

CLINICAL CASE OF PANNICULITIS CHARACTERIZED BY SUBCUTANEOUS TUMOR IN THE THIGH

Autores: Federico Palomar-Llatas (1,2) (*), Jorge Zamora-Ortiz (1,2), Begoña Fornes-Pujalte (1,2), Concepción Sierra-Talamantes (1,2), David Palomar-Albert (2), Paula Díez-Fornes (2).

(1) Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Hospital General Universitario de Valencia
(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia

Contacto (*): federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 11/04/2019
Fecha de aceptación: 26/04/2019

Palomar-Llatas F, Zamora-Ortiz J, Fornes-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Palomar-Albert D, Díez-Fornes P. Caso clínico de paniculitis caracterizado por tumoración subcutánea en muslo. Enferm dermatol. 2019; 13(36): 41-44. DOI: 10.5281/zenodo.2917734

RESUMEN:

Presentamos un caso clínico de paniculitis en muslo que aparentaba ser una calcifilaxia, pero tras realizar dos biopsias se consiguió determinar el diagnóstico correcto y posteriormente instaurar el tratamiento terapéutico adecuado basado en desbridamiento y abordaje de cura en ambiente húmedo hasta su cicatrización.

Palabras clave: Paniculitis, Inflamación Subcutánea, Tumoración, Cura en ambiente húmedo.

ABSTRACT:

We present a clinical case of panniculitis in the thigh that appeared to be a calciphylaxis, but after carrying out two biopsies, it was possible to finish the correct diagnosis and later to establish the adequate therapeutic treatment based on debridement and treatment of cure in a humid environment until it is healing.

Keywords: Panniculitis, Subcutaneous Inflammation, Tumor, Humid Environment Cure.

INTRODUCCIÓN:

La paniculitis (inflamación de la grasa subcutánea) es una afección relativamente poco frecuente que generalmente se presenta con nódulos o placas inflamatorias. Existe una amplia variedad de subtipos de paniculitis, incluidas paniculitis relacionadas con infección, lesiones externas, malignidad y enfermedades inflamatorias[1].

El diagnóstico de paniculitis puede ser complicado porque diferentes formas de paniculitis pueden presentarse con hallazgos clínicos similares, y muchos tipos de paniculitis son raros. Es necesaria una valuación clínica cuidadosa que incluya una evaluación de los factores de riesgo del paciente, la distribución de la lesión y los hallazgos clínicos asociados (p. ej., ulceración, esclerosis, atrofia) lo que puede proporcionar pistas valiosas para un correcto tratamiento terapéutico.

Aunque el examen histopatológico del área afectada puede ser beneficioso, las interpretaciones de los hallazgos de la biopsia deben ser completados con una adecuada correlación clínica, así como, considerar otros os diagnósticos diferenciales y patológicos, para no establecer

un diagnóstico erróneo lo que puede llevarnos a un abordaje de la lesión de forma incorrecta.

Con este artículo queremos presentar un caso clínico de una tumoración subcutánea en muslo que aparentaba a ser una calcifilaxia, pero que tras realizar hasta dos biopsias se consiguió determinar el diagnóstico correcto para instaurar posteriormente el tratamiento terapéutico adecuado.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Antecedentes:

Mujer de 54 años, con antecedentes de diabetes tipo 2, nefropatía, psoriasis, amputación 2º, 3º, 4º y 5º dedo pie derecho e izquierdo.

Presenta en muslo izquierdo placa necrótica **(Figura 1)** con sospecha de lesión producida por fricción, pero a la palpación presenta tumoración subcutánea de 10 x 10 cm y con dolor en la escala EVA de 8 (dolor severo).

Figura 1: Placa necrótica en muslo izquierdo

La paciente no refiere traumatismo alguno y a las 48 horas, presenta una placa necrótica con eritema perilesional y sin fluctuación, ante la sospecha de un absceso se realiza desbridamiento cortante de necrosis superficial **(Figura 2)** con presencia de exudado purulento, maloliente.

Se realiza biopsia del lecho por sospecha de calcifilaxia, dando un resultado negativo en los capilares dérmicos.

Figura 2: Desbridamiento cortante de la necrosis.

Diagnóstico, evolución y tratamiento:

El tratamiento tópico inicial fue lavado de la lesión con solución de polihexanida al 0,1% (Prontosan®), pasta de óxido de zinc perilesional y apósito con solución de Ringer (hydroclean®) saturado con polihexanida y apósito secundario de espuma **(Figura 3).**

Figura 3: Desbridamiento cortante de la necro

Persistiendo la tumoración interna profunda y dolorosa, se realiza nueva biopsia por descartar la sospecha de un sarcoma de partes blandas, siendo el resultado negativo para tumor, se le realiza resonancia magnética y se observa masa de aspecto inflamatorio sin adherencias

en tejidos adyacentes y tras realización de nueva biopsia se le diagnostica una paniculitis.

Durante el proceso de pruebas diagnósticas se le recomienda limpieza con clorhexidina tópica. Pasado un mes se ve de nuevo en consulta dermatológica y la paciente continúa refiriendo dolor (EVA=10) a la palpación. El aspecto de la lesión presenta tejido necrosado y eritema perilesional.

Se decide entonces realizar un nuevo desbridamiento cortante, observando en el lecho tejido graso **(Figura 4)**, se reanuda de nuevo el tratamiento con apósito con solución de Ringer (hydroclean®) saturado con polihexanida y apósito secundario de espuma.

Figura 4: Presencia de tejido graso en el lecho de la lesión.

Pasado un mes del tratamiento, realizando desbridamientos cortantes del tejido graso, el lecho presenta tejido de granulación **(Figura 5)**.

Figura 5: Tejido de granulación con esfacelos en los bordes.

Se alternan los tratamientos tópicos con apósito con solución de Ringer (hydroclean®) saturado con polihexanida y apósito secundario de espuma, con tratamiento de crema con ácido hialurónico, apósito de componente argéntico y apósito secundario de espuma.

Ya en el último mes, el tratamiento tópico se realizó con crema de ácido hialurónico y apósito secundario de espuma, hasta la completa cicatrización. Recomendando a la paciente hidratación de la zona cicatricial **(Figura 6)**.

Figura 6: Tejido epitelizado.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES:

Aunque la sospecha de paniculitis típicamente se evidencia tras un examen físico, donde la palpación de un área afectada revela los nódulos y las placas profundos característicos de un proceso inflamatorio localizado debajo de la dermis, no siempre son exclusivos de la paniculitis y, según el escenario clínico, es posible que se deban considerar también otras lesiones dermatológicas que afectan a la dermis profunda o la fascia (p. ej. Calcifilaxis)[1,2].

Algunos tumores benignos y malignos pueden manifestarse como nódulos subcutáneos. Si también hay una inflamación aguda, pudiendo ser difícil distinguir clínicamente estos tumores de los nódulos asociados con hematomas profundos[3].

En nuestro caso clínico hubo cierta complejidad para instaurar el diagnóstico correcto debido al confuso cuadro clínico que presentaba la tumoración del muslo asociado a una placa necrótica y eritema perilesional. Entre los diagnósticos diferenciales descartados se tuvo en cuenta el sarcoma de partes blandas y la califilaxis.

Finalmente, tras el diagnóstico correcto de paniculitis subcutánea de miembro inferior, y la instauración de curas tópicas combinadas con varios desbridamientos cortante y osmótico, así como, limpieza y desinfección de la herida con polihexamida y clorhexidina y cura oclusiva en ambiente húmedo[4-9], propició su pronta resolución pasados unos meses.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA: .

1. Lee L. Panniculitis: Recognition and diagnosis. UpToDate; 2018.

2. Requena L, Sánchez Yus E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. J Am Acad Dermatol. 2001; 45:325-61.

3. Wick MR. Panniculitis: A summary. Semin Diagn Pathol. 2017 May;34(3):261-72.

4. Lucha Fernández V, Muñoz Mañez V, Fornes Pujalte b, García-Garcerá M. La cicatrización de las Heridas. Enferm dermatol. 2008; 2(3):8-15.

5. Palomar-LLatas F, Fornes-Pujalte B, Sierra-Talamantes C, Díez-Fornes P, Castellano-Rioja E, Palomar-Albert D, Zamora Ortiz J, Bonías-López J. Uso de un apósito para desbridamiento osmótico de hematomas subcutáneos postraumáticos. Enferm Dermatol. 2016; (10(28): 16-22.

6. European Wound Management Association (EWma). Preparación del lecho de la herida en la práctica. Documento de posicionamiento. Londres: MEP; 2004.

7. S.J. Landis. Chronic wound infection and antimicrobial use. Adv Skin Wound Care. 2008; 21:531-40.

8. Horrocks A. Prontosan wound irrigation and gel: management of chronic wounds. B J Nurs. 2013; 15(22): 1222, 1224-8.

9. Erasto Villar Rojas A; Villar Hernández AR; Díaz Mateos M. Descripción de una nueva combinación de técnicas para el desbridamiento de heridas crónicas. Gerokomos; 2010; 21(1): 44-7.