



IMÁGENES

¿Es una morfea? El reto de la piel en la consulta de atención primaria

Is it a morphea? The challenge of the skin in the primary care consultation

Verónica Berkovich Menta^a, María Luz Martínez Brotóns^a y María Nieves Acero Guasch^{b,*}

^a Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Ibiza y Formentera, Centro de Salud Santa Eulalia, Santa Eulalia del Río, Baleares, España

^b Centro de Salud Santa Eulalia, Área de salud de Ibiza y Formentera, Santa Eulalia del Río, Baleares, España

Mujer de 58 años, con antecedentes de hipercolesterolemia.

Consulta por lesiones caracterizadas por manchas en región lumbar e ingle derecha, hiperpigmentadas. De aparición primero en región lumbar y posteriormente en zona de ingle, de 6 meses de evolución. Refería prurito ocasional, inicialmente relacionadas con el roce de la ropa, de color rosado-violáceo y posteriormente evolucionando hacia coloración marronácea en la región lumbar. A la exploración se constatan 3 lesiones: una en región lumbar de mayor tamaño, alargada transversalmente tipo mancha en zona central de color marronácea y en uno de los extremos de características eritematosa, que no descama al rascado (fig. 1); las otras 2 lesiones en ingle, de menor tamaño redondeadas de bordes regulares, bien delimitadas, de 5 y 3 cm, ambas marronáceas (fig. 2).??

Se realiza interconsulta telemática a dermatología, que cita en consulta y realiza biopsia de las lesiones. El estudio histológico muestra un infiltrado linfocitario acompañado de células plasmáticas y fibras de colágeno de aspecto engrosado y compactado, confirmando el diagnóstico de morfea. Se amplía estudio con radiografía de tórax, serologías y autoanticuerpos. La analítica muestra anticuerpos antinucleares



Figura 1 Corresponde a la lesión de aparición inicial en región lumbar. En esta se puede apreciar cómo la zona central lumbar (flecha a la derecha de la imagen) es de color marronácea, y en la zona más periférica izquierda (flecha a la izquierda de la imagen) se ve una mancha de color rosa-lila más eritematosa que correspondería evolutivamente a una lesión más reciente y activa.



Figura 2 En esta imagen se pueden apreciar 2 lesiones (flechas), tipo manchas 2-3 cm aproximadamente, que aparecieron posteriormente a la lesión de la región lumbar.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: nacero@asef.es (M.N. Acero Guasch).

positivos, consultando con medicina interna para continuación de estudio. Este caso corresponde a una morfea en placas: presenta 3 placas aisladas, localizadas, sin afectar a más de 2 zonas del cuerpo y sin afectación de cabeza o cara.

La morfea o esclerodermia localizada, es una enfermedad autoinmune de la piel, caracterizada por esclerosis e inflamación de la piel y tejidos blandos¹. Se presenta como una induración esclerosa y circunscrita de la piel².

Son afecciones poco frecuentes. Predominan en mujeres. Pueden aparecer a cualquier edad, si bien existen 2 picos de incidencia: 7-11 años y 44-47 años^{1,2}. Pueden deberse a diferentes factores, aunque no existe una etiología clara: traumatismos, roces crónicos, radioinducidas, medicamentos inductores. Puede haber relación con la infección por *Borrelia burgodefri*^{2,?}.

Existen 3 formas clínicas definidas: en placas, más frecuente en adultos; lineales, presentes sobre todo en niños; y las generalizadas, excepcionales². Las morfeas en placas circunscritas son las más frecuentes, aparecen principalmente entre los 20-50 años. Pueden ser superficiales o profundas y afectar estructuras como hipodermis, fascia y/o músculos³. Suelen comenzar como una mácula rosa-lila, que evoluciona a una fase inactiva, con color marrónáceo central, centro anacarado y aspecto indurado, en el que la piel no se puede plegar. La fase activa se caracteriza por mantener halo con borde liláceo^{2,4}. El 50% suelen remitir espontáneamente en 3-5 años. En ocasiones pueden ocurrir recaídas⁵. Suelen presentar buen pronóstico.

El diagnóstico es clínico, aunque se recomienda realizar biopsia⁵. Si bien histológicamente comparte las mismas características que la esclerosis sistémica¹, no presentan afectación visceral ni vascular, ni anticuerpos específicos de esclerosis por lo que no es necesaria su búsqueda sistemática⁵. Sí está justificada la búsqueda de otras afecciones autoinmunes. Los anticuerpos antinucleares suelen

estar presentes en el 16-68% de las morfeas. La resonancia magnética nuclear y/o ultrasonografía son utilizadas para valorar la extensión de las lesiones⁵.

Diagnósticos diferenciales: esclerosis sistémica, hiperpigmentación, micosis fungoide, liquen escleroso, eritema migratorio.

Respecto al tratamiento, existen diferentes terapias según subtipo clínico y extensión. De primera elección en las morfeas en placas superficiales activas son los dermocorticoides. Otras alternativas son calcipotriol o tracolimus tópicos. Si fracasa, está indicada la fototerapia y/o fotoquimioterapia. Los tratamientos sistémicos se reservan para formas generalizadas^{4,5}.

Conflicto de intereses

Las autoras declaramos no tener conflicto de intereses.

Se ha contado con la autorización expresa y mediante consentimiento informado por escrito de la paciente, para la redacción y divulgación del caso, datos clínicos e imágenes.

Bibliografía

1. Florez-Pollack S, Kunzler E, Jacobe HT. Morphea: Current concepts. Clin Dermatol [Internet]. 2018;36:475-86.
2. Goussot R, Francès C, Lipsker D. Morfeas. EMC - Dermatología [Internet]. 2019;53:1-14.
3. Rongioletti F, Ferreli C, Atzori L, Bottoni U, Soda G. Scleroderma with an update about clinico-pathological correlation. Ital J Dermatology Venereol [Internet]. 2018;153:208-15.
4. Careta MF, Romiti R. Localized scleroderma: Clinical spectrum and therapeutic update. An Bras Dermatol [Internet]. 2015;90:62-73.
5. Asano Y, Fujimoto M, Ishikawa O, Sato S, Jinnin M, Takehara K, et al. Diagnostic criteria, severity classification and guidelines of localized scleroderma. J Dermatol [Internet]. 2018;45:755-80.