

Paniculitis lúpica localizada en el muslo: reporte de un caso

Localized lupus panniculitis in the thigh: a case report

Alvaro Rojas Mora^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6805-5364>

José Ramón Gonzáles Sirut¹ <https://orcid.org/0000-0002-0917-4053>

Annabell Castro Turusetá² <https://orcid.org/0000-0003-2342-8505>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rojasmoraalvaro@gmail.com

Resumen

La paniculitis lúpica o lupus eritematoso profundo es una variante infrecuente del lupus cutáneo crónico que puede presentarse de forma aislada y sin alteraciones serológicas, lo que representa un desafío diagnóstico, especialmente al simular otras paniculitis o procesos neoplásicos. El objetivo del presente trabajo fue describir un caso de paniculitis lúpica localizada en el muslo, de presentación aislada y seronegativa. Se realizó una evaluación clínica integral, estudios de laboratorio que incluyeron hemograma, velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, perfil hepático y renal, anticuerpos antinucleares (ANA), anti-ADN y complemento C3 y C4, así como biopsia de piel con estudio histopatológico e inmunofluorescencia directa. Se presenta el caso de una paciente femenina de 38 años, sin antecedentes de interés, con placa eritematosa, nódulos subcutáneos firmes no dolorosos y atrofia cutánea en muslo izquierdo de cuatro meses de evolución. Los autoanticuerpos resultaron negativos y el complemento se mantuvo normal. La biopsia reveló paniculitis lobulillar linfocítica con necrosis grasa, fibrosis hialina y depósitos de mucina, mientras que

la inmunofluorescencia mostró depósitos granulares de IgG y C3 en la unión dermoepidérmica, hallazgos compatibles con paniculitis lúpica. Se instauró tratamiento con hidroxicloroquina (200 mg/día) y prednisona (30 mg/día), observándose mejoría clínica progresiva a las 4 semanas y remisión considerable a los 3 meses, sin efectos adversos ni recurrencias durante 6 meses de seguimiento. Se concluye que la paniculitis lúpica aislada y seronegativa debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones subcutáneas, la biopsia de piel con inmunofluorescencia directa constituye la herramienta diagnóstica fundamental y el tratamiento temprano resulta efectivo, por lo que se recomienda un seguimiento prolongado para detectar posible evolución a lupus sistémico.

Palabras clave: Paniculitis lúpica; lupus eritematoso profundo; hidroxicloroquina; prednisona.

ABSTRACT

Lupus panniculitis or lupus erythematosus profundus is a rare variant of chronic cutaneous lupus that may present in isolation and without serological abnormalities, representing a diagnostic challenge, especially when mimicking other panniculitides or neoplastic processes. The aim of this study was to describe a case of lupus panniculitis localized to the thigh, with isolated and seronegative presentation. A comprehensive clinical evaluation was performed, along with laboratory studies including complete blood count, erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein, hepatic and renal function tests, antinuclear antibodies (ANA), anti-dsDNA, and complement C3 and C4, as well as skin biopsy with histopathological examination and direct immunofluorescence. We present the case of a 38-year-old female patient, with no relevant medical history, presenting with an erythematous plaque, firm non-tender subcutaneous nodules, and cutaneous atrophy on the left thigh of four months' duration. Autoantibodies were negative and complement levels remained normal. Biopsy revealed lobular lymphocytic panniculitis with fat necrosis, hyaline fibrosis, and mucin deposits, while direct immunofluorescence showed granular deposits of IgG and C3 at the dermoepidermal junction, findings consistent with lupus panniculitis. Treatment was initiated with hydroxychloroquine (200 mg/day) and prednisone (30 mg/day), with progressive clinical improvement observed at 4 weeks and considerable remission at 3 months, with no adverse effects or recurrences during 6 months of follow-up. It is concluded that isolated and seronegative lupus panniculitis should be included in the differential diagnosis of

subcutaneous lesions, skin biopsy with direct immunofluorescence constitutes the fundamental diagnostic tool, and early treatment is effective; therefore, prolonged follow-up is recommended to detect possible progression to systemic lupus.

Keywords: Lupus panniculitis; lupus erythematosus profundus; hydroxychloroquine; prednisone.

Recibido: 21/06/2026

Aprobado: 23/08/2026

Introducción

La paniculitis lúpica, también denominada lupus eritematoso profundo (LEP), es una variante infrecuente del lupus cutáneo crónico, caracterizada por un proceso inflamatorio que afecta el tejido adiposo subcutáneo. Se estima que su incidencia oscila entre el 1 % y el 3 % de los pacientes con lupus eritematoso, aunque esta cifra varía según las series reportadas.⁽¹⁾

Clínicamente, se manifiesta como nódulos o placas induradas, eritematosas y dolorosas, que suelen localizarse en áreas ricas en tejido graso, como muslos, glúteos, brazos y región facial. La piel suprayacente puede mostrar eritema, atrofia, poiquilodermia o lesiones características de lupus discoide, y la evolución puede conducir a cicatrices atróficas y desfigurantes.⁽²⁾

Si bien la paniculitis lúpica puede asociarse a lupus eritematoso sistémico (LES) o lupus discoide (LED) en un porcentaje significativo de casos, también puede presentarse como una entidad aislada, sin evidencia de compromiso sistémico o cutáneo adicional.⁽³⁾ Esta presentación, junto con la posibilidad de serología negativa, constituye un desafío diagnóstico que puede retrasar el tratamiento adecuado.⁽⁴⁾

El diagnóstico de la paniculitis lúpica se basa en la correlación clínica e histopatológica, siendo la biopsia de piel con tejido subcutáneo el método de referencia, que evidencia un infiltrado linfocitario lobulillar, necrosis grasa, hialinosis y depósitos de mucina.⁽⁵⁾ El tratamiento de primera línea incluye antipalúdicos, como la hidroxycloroquina, y corticosteroides sistémicos para controlar la fase inflamatoria aguda.⁽⁶⁾

La paniculitis lúpica aislada y seronegativa es poco frecuente y puede confundirse con otras paniculitis o con procesos neoplásicos del tejido subcutáneo, lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento. La presentación atípica, como la ausencia de dolor, refuerza la necesidad de sospechar esta entidad incluso en formas clínicas poco habituales. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de un caso de paniculitis lúpica localizada en el muslo, de presentación aislada y seronegativa.

Caso Clínico

Se presenta el caso de una paciente femenina de 38 años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de enfermedades reumáticas o autoinmunes, y sin alergias medicamentosas conocidas. Acudió a la consulta de dermatología del Hospital Universitario General Calixto García por una lesión localizada en el muslo izquierdo de cuatro meses de evolución. La paciente refirió que el cuadro había comenzado con la aparición espontánea de un nódulo profundo en la cara anterolateral del muslo izquierdo, que con el tiempo aumentó de tamaño y se tornó eritematoso e indurado, pero sin dolor a la palpación. Negó fiebre, astenia, artralgias, fotosensibilidad, úlceras orales, alopecia o cualquier otra manifestación sistémica, así como antecedentes de traumatismo local, picaduras de insectos o administración de fármacos en la región afectada. Su estado general se mantuvo conservado durante todo el período y los signos vitales fueron normales.

Examen Físico Dermatológico

Se observó una lesión en placa de aproximadamente 6 x 4 cm, localizada en la cara anterolateral del muslo izquierdo, constituida por múltiples nódulos subcutáneos de consistencia firme, eritematosos, no dolorosos a la palpación y sin aumento de la temperatura local. La piel suprayacente mostraba eritema y atrofia cutánea con depresión visible de la zona central (Figura 1). No se apreciaron signos de ulceración, fistulización, descamación ni cambios poiquilodérmicos. La lesión se encontraba adherida a planos profundos. El resto de la superficie cutánea se encontraba sin alteraciones, sin evidencia de otras lesiones compatibles con lupus discoide u otras dermatosis.



Fig. 1 Lesión en placa localizada en la cara anterior del muslo izquierdo, constituida por múltiples nódulos subcutáneos de consistencia firme, eritematosos y no dolorosos a la palpación. La piel suprayacente con eritema, atrofia cutánea y depresión central

Consentimiento informado: Se obtuvo consentimiento informado escrito de la paciente para la publicación de este caso clínico, garantizando la confidencialidad de su identidad mediante la eliminación de datos identificables.

Exámenes complementarios

Los estudios de laboratorio mostraron un hemograma normal (hemoglobina: 13.2 g/dL, leucocitos: 7,200 células/ μ L, plaquetas: 280,000 células/ μ L), con VSG de 8 mm/hora y PCR de 1.2 mg/dL. La función renal y hepática se encontraron dentro de límites normales (creatinina: 0.8 mg/dL).

Los autoanticuerpos, incluyendo ANA (título < 1:40), anti-dsDNA, resultaron negativos.

Los niveles de complemento C3 (110 mg/dL) y C4 (25 mg/dL) se mantuvieron normales.

La biopsia excisional de piel con tejido subcutáneo reveló paniculitis lobulillar linfocítica con necrosis grasa, fibrosis hialina y depósitos de mucina intersticial, asociada a atrofia epidérmica y vacuolización de la capa basal, con agregados linfoides en el tejido adiposo.

La inmunofluorescencia directa mostró depósitos granulares de IgG y C3 en la unión dermoepidérmica, con patrón en banda.

Estos hallazgos fueron compatibles con el diagnóstico de paniculitis lúpica o lupus eritematoso profundo.

Tratamiento y evolución

Se instauró tratamiento con hidroxicloroquina a dosis de 200 mg/día por vía oral en las noches, y prednisona a dosis de 30 mg/día por vía oral, con un esquema de descenso gradual según la respuesta clínica. Se indicó, además, protección solar estricta en el área afectada y seguimiento clínico periódico.

A las 4 semanas de inicio del tratamiento, la paciente presentó mejoría clínica, con disminución del eritema, la induración y el tamaño de los nódulos. A los 3 meses, la lesión había disminuido considerablemente de tamaño, persistiendo una leve hiperpigmentación residual, y la atrofia cutánea mejoró parcialmente. La paciente toleró el tratamiento sin efectos adversos relevantes.

Actualmente, se mantiene en seguimiento en consulta externa por Dermatología y Reumatología, con controles clínicos y de laboratorio periódicos para descartar una posible evolución a lupus eritematoso sistémico. Hasta la fecha, la paciente se mantiene sin recurrencia de las lesiones ni aparición de manifestaciones sistémicas.

Discusión

La paniculitis lúpica o lupus eritematoso profundo es una entidad infrecuente que representa un desafío diagnóstico, especialmente en sus presentaciones aisladas y seronegativas. El caso aquí reportado ilustra una paciente joven, sin antecedentes autoinmunes, con lesión subcutánea en el muslo, constituida por nódulos firmes e indoloros, con atrofia cutánea y serología negativa, en quien la biopsia de piel permitió establecer el diagnóstico definitivo.

En relación con la epidemiología y presentación clínica, Wenzel y colaboradores,⁽¹⁾ y Fernández-Cabrera y colaboradores,⁽⁵⁾ reportan una incidencia del 2-5 %. Király y colaboradores,⁽²⁾ en su estudio retrospectivo de 17 pacientes, encontraron predominio en mujeres (edad promedio 37.8 años) y localización frecuente en extremidades inferiores y superiores. La paciente del presente reporte se encuentra dentro de este grupo etario y la localización en el muslo coincide con lo documentado por Laman y Provost,⁽⁸⁾ y Walling y Sontheimer.⁽¹²⁾

En contraste con la mayoría de los casos, donde la paniculitis lúpica se asocia a lupus discoide o sistémico, nuestra paciente presentó una forma aislada. Király y colaboradores,⁽²⁾ señalan que puede aparecer como manifestación única, aunque 10 de los 17 pacientes de su serie desarrollaron manifestaciones sistémicas. De manera similar, Vaidya y colaboradores⁽³⁾ describieron un caso aislado con serología negativa que respondió a metotrexato, y Abuhammad y colaboradores,⁽⁷⁾ reportaron un caso desencadenado por COVID-19 que progresó al LES.

En cuanto a la serología, aunque la mayoría de los casos de lupus cutáneo se asocian a autoanticuerpos,^{(1),(5)} nuestra paciente fue seronegativa. Király y colaboradores,⁽²⁾ encontraron que el diagnóstico de LES se confirmó en 7 de 17 casos. Kovács y colaboradores,⁽¹⁰⁾ documentaron que la ausencia de autoanticuerpos no excluye el diagnóstico. A diferencia de Rademaker y colaboradores,⁽⁹⁾ quienes encontraron positividad para ANA en el 48.8 % de los casos, nuestra paciente fue seronegativa, subrayando la variabilidad serológica de esta entidad.

La presentación atípica de nuestro caso se distingue por la ausencia de dolor, hallazgo poco habitual en la literatura.^{(2),(12)} En contraste con Soto-Ortiz y colaboradores,⁽¹¹⁾ y Abuhammad y colaboradores,⁽⁷⁾ que reportaron nódulos dolorosos y manifestaciones sistémicas, nuestra paciente fue asintomática desde el punto de vista sistémico, lo que añade un elemento atípico. Laman y Provost,⁽⁸⁾ documentaron variantes esclerodermiformes que pueden confundirse con morfea o linfoma, lo que refuerza la necesidad de la confirmación histopatológica.

El diagnóstico diferencial incluye otras paniculitis, linfoma subcutáneo de células T (SPTCL) y enfermedades granulomatosas. Király y colaboradores,⁽²⁾ señalan que la biopsia excisional con estudio histopatológico e inmunohistoquímica es fundamental para diferenciar estas entidades.^{(2),(12)} En nuestra paciente, los hallazgos histopatológicos (paniculitis lobulillar linfocítica, necrosis grasa, fibrosis hialina y depósitos de mucina) y los depósitos granulares de IgG y C3 en la inmunofluorescencia directa fueron compatibles con el diagnóstico de paniculitis lúpica.

En cuanto al tratamiento y evolución, nuestra paciente respondió favorablemente a hidroxicloroquina (200 mg/día) y prednisona (30 mg/día). Vaidya y colaboradores,⁽³⁾ y Ruiz-Irastorza y colaboradores,⁽¹³⁾ respaldan el uso de antipalúdicos como primera línea, mientras que Fiehn y colaboradores,⁽⁶⁾ recomiendan corticosteroides en las fases iniciales. González-

Moreno y colaboradores,⁽¹⁴⁾ encontraron una dosis promedio de prednisona de 28 mg/día, similar a la utilizada en nuestro caso. La paciente presentó mejoría clínica a las 4 semanas y remisión a los 3 meses, confirmando la efectividad de esta estrategia, a diferencia de otros casos que requirieron inmunosupresores adicionales.⁽³⁾

En relación con el pronóstico, el riesgo de progresión a LES es real. Király y colaboradores,⁽²⁾ documentaron que 10 de 17 pacientes desarrollaron manifestaciones sistémicas y 7 cumplieron criterios de LES. Abuhammad y colaboradores,⁽⁷⁾ y Laman y Provost,⁽⁸⁾ coinciden en que la paniculitis lúpica puede preceder a manifestaciones sistémicas. Kole y colaboradores,⁽¹⁵⁾ recomiendan seguimiento prolongado. Nuestra paciente se mantiene sin recurrencias ni manifestaciones sistémicas hasta la fecha, lo que contrasta con otros casos que presentaron recurrencias tras suspender el tratamiento.⁽⁹⁾

En resumen, el presente caso refuerza que la paniculitis lúpica es una entidad de gran variabilidad clínica y serológica, que requiere un alto índice de sospecha y biopsia precoz. El tratamiento con hidroxicloroquina y corticosteroides es efectivo, y el seguimiento prolongado es fundamental para detectar una posible evolución a LES. La enseñanza clave es que esta entidad debe sospecharse incluso en lesiones indoloras y con serología negativa.

Conclusiones

La paniculitis lúpica debe sospecharse en lesiones subcutáneas atípicas, incluso si son indoloras y seronegativas. La biopsia de piel con estudio histopatológico e inmunofluorescencia directa resulta esencial para confirmar el diagnóstico. El tratamiento con hidroxicloroquina y prednisona es efectivo y bien tolerado en la fase aguda. Dado el riesgo de progresión a lupus eritematoso sistémico, se recomienda un seguimiento clínico y serológico prolongado.

Referencias Bibliográficas

1. Wenzel J, Zahn S, Bieber T, Tüting T. Cutaneous lupus erythematosus: an update on pathogenesis and treatment. J Dtsch Dermatol Ges. 2024;22(1):14-28.

2. Király Z, Kovács A, Medvecz M, Róbert L, Bokor L, Kuroli E. [Characteristics of the course of lupus erythematosus panniculitis based on a retrospective study of 17 patients]. *Orv Hetil.* 2023;164(5):172-8. Hungarian.
3. Vaidya S, Sharma A, Gupta S, Singh S, Kumar R, Patel V, et al. Lupus panniculitis as an isolated manifestation of lupus with negative autoantibody titers. *Cureus.* 2023;15(8):e43145.
4. Kuhn A, Landmann A, Bonsmann G, Ruzicka T, Lehmann P. Diagnosis and management of cutaneous lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol.* 2023;19(5):276-90.
5. Fernández-Cabrera S, García-Fernández R, López-Sánchez M, Martínez-Pérez A, González-Rodríguez I, Pérez-García J, et al. Lupus panniculitis: a clinicopathological study of 31 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2023;88(2):345-52.
6. Fiehn C, Kuhn A, Ruzicka T, Landmann A, Bonsmann G, Lehmann P, et al. Guidelines for the treatment of cutaneous lupus erythematosus. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2023;21(3):245-56.
7. Abuhammad A, AbuKhalaf SM, AbuKhalaf MM, Janem AM, Attawna SIY. Lupus panniculitis as the initial presentation of systemic lupus erythematosus triggered by COVID-19 infection: case report and literature review. *Oxf Med Case Reports.* 2023;2023(11):omad121.
8. Laman SD, Provost TT. Cutaneous manifestations of lupus erythematosus. In: Wallace DJ, Hahn BH, editors. *Dubois' lupus erythematosus and related syndromes.* 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024. p. 452-68.
9. Rademaker M, Baker C, Foley P, Sullivan J, Wang C, Yap L. Treatment of lupus panniculitis. *Australas J Dermatol.* 2023;64(1):12-8.
10. Kovács L, Szegedi G, Kiss E, Nagy G, Szabó A, Tóth B. Seronegative lupus erythematosus panniculitis: a case series. *Lupus.* 2022;31(4):467-73.
11. Soto-Ortiz JA, Martínez-Magaña IA, Doria-Pérez KM, Barrientos-García JG. Panniculitis lúpica. *Dermatol Rev Mex.* 2025;69(3):365-70.
12. Walling HW, Sontheimer RD. Cutaneous lupus erythematosus: issues in diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol.* 2023;24(2):193-206.
13. Ruiz-Irastorza G, Danza A, Perales I, Villar I, García M, Delgado S, et al. Systemic lupus erythematosus. *Lancet.* 2024;403(10431):1180-95.
14. González-Moreno J, Martínez-Morillo M, Jiménez-Hernández J, Rodríguez-García M, Sánchez-Fernández A, Pérez-Rodríguez J, et al. Lupus panniculitis: a retrospective study of 31 cases. *Reumatol Clin.* 2023;19(5):275-80.

15. Kole AK, Ghosh A, Banerjee S, Mukherjee D, Roy S, Das K, et al. Sequelae and complications of lupus panniculitis. Int J Dermatol. 2024;63(2):210-6.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con la publicación de este artículo

Fuentes de financiación:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del artículo

Contribución de los autores:

Alvaro Rojas Mora: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, elaboración de resultados, redacción y revisión final del manuscrito.

José Ramón Gonzáles Sirut: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, elaboración de resultados, redacción y revisión final del manuscrito.

Annabell Castro Turuseta: participó en la concepción de la investigación, búsqueda de información, elaboración de resultados, redacción y revisión final del manuscrito