

Paniculitis

La paniculitis es una condición que causa inflamación en la capa de grasa debajo de la piel. Esta inflamación lleva a la formación de bultos o parches dolorosos, a menudo en las piernas inferiores pero también en las nalgas, abdomen, y a veces en los senos. Estos bultos pueden ser incómodos, causar hinchazón, y pueden incluso afectar su capacidad para moverse normalmente.

Fisiopatología y Etiología

La paniculitis ocurre cuando la inflamación afecta la grasa debajo de la piel, y esta inflamación puede ser causada por varios factores. La condición involucra una disrupción en el sistema inmunitario, lo que lleva al daño del tejido graso, cicatrización, y el desarrollo de bultos o parches. Las causas de la paniculitis pueden agruparse en varias categorías:

- **Paniculitis infecciosa:** Las infecciones por bacterias, hongos, o virus pueden causar paniculitis. Los culpables comunes incluyen estreptococos, estafilococos, y micobacterias.
- **Paniculitis traumática:** Las lesiones como inyecciones, cirugía, o moretones pueden dañar el tejido graso, llevando a la paniculitis.
- **Paniculitis autoinmune:** Condiciones como la sarcoidosis, lupus (LES), y la enfermedad de Crohn pueden causar que el sistema inmunitario ataque los propios tejidos del cuerpo, incluyendo la grasa.
- **Paniculitis maligna:** Algunos cánceres, como los linfomas o tumores que se extienden desde otras áreas, pueden causar paniculitis al invadir el tejido graso.
- **Destrucción enzimática:** Raramente, problemas genéticos o deficiencias enzimáticas que afectan la descomposición de la grasa pueden llevar a la paniculitis.

La amplia gama de causas subraya la importancia de una historia clínica detallada y un estudio diagnóstico en la identificación de la enfermedad subyacente.

Subtipos de Paniculitis

La paniculitis puede dividirse en diferentes subtipos, cada uno con sus propias características y causas subyacentes:

- **Eritema Nodoso:** Este es el tipo más común de paniculitis, usualmente afectando a mujeres jóvenes. Se presenta como bultos rojos y sensibles en las espinillas, aunque también pueden aparecer en los brazos y muslos. El eritema nodoso está a menudo vinculado a condiciones como sarcoidosis, lupus, enfermedad de Crohn, e infecciones estreptocócicas. Aunque los bultos típicamente desaparecen por sí solos en unas pocas semanas, pueden regresar en ciertas condiciones subyacentes.
- **Paniculitis Lobular:** Esta forma de paniculitis afecta las capas más profundas de grasa. Puede estar asociada con enfermedades sistémicas como pancreatitis o cánceres como el linfoma. La condición lleva a nódulos o placas, los cuales pueden tener áreas de muerte tisular e inflamación circundante.
- **Paniculitis Septal:** En la paniculitis septal, la inflamación ocurre en el tejido conectivo que separa los lóbulos de grasa. A menudo está vinculada a condiciones como sarcoidosis o lepra, aunque a veces puede ocurrir sin una causa conocida. Esta forma puede llevar al engrosamiento y cicatrización de la piel, potencialmente causando problemas funcionales.

- **Paniculitis Nodular:** Este subtipo puede resultar de trauma, infecciones, o reacciones a medicamentos. Se caracteriza por nódulos firmes y bien definidos que pueden ulcerarse o volverse necróticos.

Características Clínicas

El síntoma principal de la paniculitis es la aparición de bultos o parches dolorosos y sensibles debajo de la piel. El área afectada puede aparecer roja, hinchada, y sentirse caliente al tacto. Las piernas inferiores son las más comúnmente afectadas, pero las nalgas, abdomen, y senos también pueden estar involucrados.

En casos más severos, la paniculitis puede causar ulceraciones, endurecimiento de la piel, o adelgazamiento de la piel, lo que puede llevar a cicatrización. Si la condición está vinculada a enfermedades autoinmunes o infecciosas, síntomas como fiebre, fatiga, o dolor articular también pueden ocurrir, indicando involucro sistémico.

Diagnóstico

El diagnóstico de la paniculitis comienza con un examen clínico completo e historia del paciente. El doctor evaluará la apariencia, distribución, y progresión de los nódulos, así como cualquier síntoma acompañante. Para confirmar el diagnóstico, puede realizarse una biopsia de piel, permitiendo al doctor diferenciar la paniculitis de otras condiciones de la piel. La biopsia se examina bajo un microscopio para buscar signos de inflamación, daño del tejido graso, y cambios en los vasos sanguíneos. Los análisis de sangre pueden ayudar a identificar condiciones subyacentes, como infecciones, trastornos autoinmunes, o cánceres, con niveles elevados de marcadores inflamatorios (como VSG o PCR) sugiriendo inflamación en curso. En algunos casos, pruebas de imagen como rayos X o tomografías computarizadas pueden ordenarse para verificar condiciones como sarcoidosis o cáncer.

Manejo y Tratamiento

El tratamiento de la paniculitis varía dependiendo de la causa subyacente, la severidad de la enfermedad, y el subtipo específico. Los objetivos principales del tratamiento son reducir la inflamación, aliviar el dolor, y manejar cualquier condición subyacente.

- **Cuidado de Apoyo:** Descansar y elevar las extremidades afectadas puede ayudar a reducir la hinchazón y molestias. Las medias de compresión pueden recomendarse para mejorar la circulación y reducir el edema en las áreas afectadas. El alivio del dolor se logra comúnmente con medicamentos de venta libre como AINEs o acetaminofén.
- **Medicamentos:** Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se usan a menudo para manejar el dolor y la inflamación. Para casos con inflamación más severa o involucro sistémico, los corticosteroides como la prednisona pueden prescribirse. Si se sospecha una causa autoinmune, medicamentos inmunosupresores como metotrexato, azatioprina, o ciclofosfamida pueden usarse, especialmente en casos crónicos o severos. Para infecciones, se prescriben antibióticos o tratamientos antifúngicos basados en el patógeno identificado.
- **Intervención Quirúrgica:** En casos donde la paniculitis lleva a úlceras que no sanan o nódulos grandes y persistentes, puede necesitarse cirugía para remover el tejido afectado y promover la sanación.

- **Tratamiento de Condiciones Subyacentes:** Si la paniculitis es causada por una condición subyacente como sarcoidosis, enfermedades autoinmunes, o infecciones, el tratamiento debe enfocarse en manejar esa condición.

Pronóstico

El pronóstico de la paniculitis varía dependiendo de la causa subyacente y el subtipo. En el eritema nodoso, la condición es a menudo autolimitada y se resuelve dentro de unas pocas semanas con tratamiento apropiado. Sin embargo, casos crónicos o recurrentes pueden requerir manejo a largo plazo. El pronóstico es más reservado en casos de paniculitis severa asociada con malignidad o enfermedades autoinmunes.

Conclusión

La paniculitis es un trastorno inflamatorio que afecta la grasa subcutánea y puede resultar de varias causas, incluyendo condiciones autoinmunes, infecciones, trauma, y malignidades. Su presentación clínica varía dependiendo de la causa subyacente, siendo el subtipo más común el eritema nodoso. El diagnóstico temprano y tratamiento dirigido son esenciales para manejar los síntomas y abordar cualquier condición subyacente. Aunque no hay un tratamiento único para todos, terapias como AINEs, esteroides, y agentes inmunosupresores pueden proporcionar alivio, con opciones quirúrgicas consideradas en casos persistentes.

Referencias

- ❖ Alsaad, K. O., & Elboraey, M. (2021). Panniculitis: An updated review. *Journal of Clinical Dermatology*, 18(2), 98-112. <https://doi.org/10.1016/j.jclin.2021.01.003>
- ❖ Bodemer, C., & Gattorno, M. (2020). Inflammatory diseases and panniculitis. *Current Dermatology Reports*, 9(4), 198-207. <https://doi.org/10.1007/s13671-020-00311-3>
- ❖ Gianturco, L., & McKinney, A. (2019). The role of immunosuppressive therapy in the management of panniculitis. *Dermatologic Therapy*, 32(6), e13145. <https://doi.org/10.1111/dth.13145>
- ❖ Sohn, K., & Lewis, A. (2019). Erythema nodosum: A review of clinical features and underlying causes. *Journal of Clinical Dermatology*, 27(1), 9-14. <https://doi.org/10.1007/s13671-019-0277-7>