

CASOS CLÍNICOS

# Lupus miliar disseminatus faciei

## Lupus miliaris disseminatus faciei

Cynthia Laura Rossi

### RESUMEN

El lupus miliar disseminatus faciei es una enfermedad granulomatosa crónica de etiología desconocida. Se manifiesta clínicamente con múltiples pápulas eritematosas, milimétricas y asintomáticas, que afectan la región centrofacial. Su diagnóstico es difícil, ya que se trata de una entidad rara, que comparte características clínicas e histopatológicas con otras enfermedades. Se presenta un caso en una mujer que,

después de experimentar brotes durante años, fue diagnosticada y tratada con minociclina por vía oral, metronidazol y tacrolimus tópico, con rápida mejoría.

**Palabras clave:** lupus miliar disseminatus faciei, acné *agminata*, dermatitis granulomatosa periorificial.

Dermatol. Argent. 2022, 28(1): 46-48

### ABSTRACT

*Disseminated faciei miliary lupus is a chronic granulomatous disease of unknown etiology. It manifests clinically with multiple asymptomatic, millimetric, erythematous papules that affect the central aspects of the face. Its diagnosis is difficult to be made since it is a rare entity that shares clinical and histopathological characteristics with other diseases. A case of woman who after suffering outbreaks for years, was diagnosed and*

*treated with oral minocycline and topical metronidazole and tacrolimus with fast improvement is presented.*

**Key words:** lupus miliaris disseminatus faciei, acne *agminata*, granulomatous periorificial dermatitis.

Dermatol. Argent. 2022, 28(1): 46-48

Médica Dermatóloga  
Práctica Privada, Vicente López, Provincia de Buenos Aires,  
Argentina

Contacto de la autora: Cynthia Laura Rossi  
E-mail: dra.cynthiarossi@gmail.com  
Fecha de trabajo recibido: 7/8/2021  
Fecha de trabajo aceptado: 10/2/2022  
Conflicto de interés: la autora declara que no existe conflicto de interés.

### CASO CLÍNICO

Una paciente de 32 años consultó por presentar brotes recurrentes de lesiones papulopustulosas de predominio periorificial, de 15 años de evolución.

Realizó múltiples consultas con otros dermatólogos y, con los diagnósticos presuntivos de herpes simple y dermatitis periorificial, le indicaron tratamientos tópicos con corticosteroides, antibióticos, aciclovir en crema y por vía oral, sin respuesta.

En el examen físico se constató la presencia de pápulas

ligeramente eritematosas, de 1-3 mm de diámetro, asintomáticas, en las regiones perioral y perinasal (Foto 1).

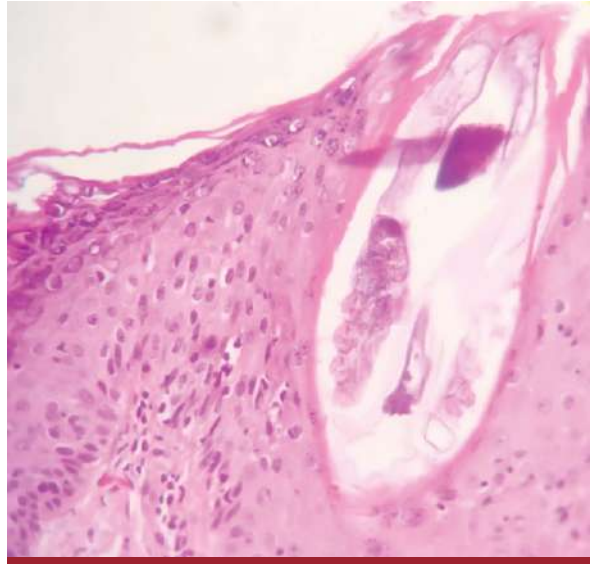
Ante la sospecha de dermatitis periorificial, rosácea granulomatosa y demodicidosis, se solicitó un laboratorio completo con pruebas serológicas; se realizó cultivo para gérmenes comunes, hongos y micobacterias, y biopsia de piel. El resultado del laboratorio fue normal, los cultivos no mostraron crecimiento y la biopsia reveló, en la dermis papilar, la presencia de un

granuloma con centro caseoso, rodeado por una empalizada de células epitelioides y gigantocelulares de tipo Langhans (tipo tuberculoide), adyacente a un folículo piloso que contenía *Demodex* (Fotos 2 y 3). El cuadro histológico fue vinculable a lupus miliar diseminado facial. Por lo tanto, con ese diagnóstico se inició tratamiento con minociclina 100 mg/día y metronidazol

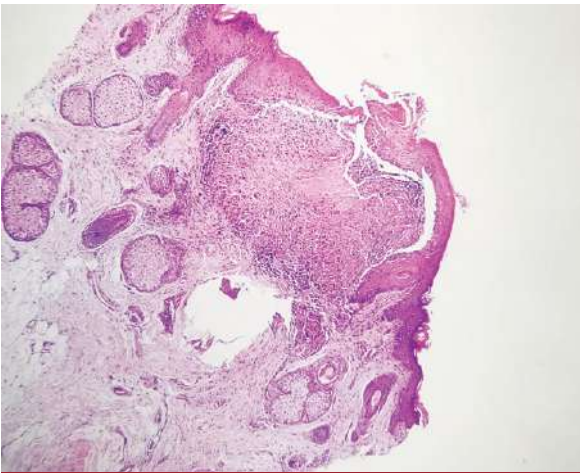
al 1% crema dos veces por día, junto con una rutina facial de limpieza, humectación y fotoprotección, con rápida respuesta en una semana, pero con remisión parcial. A los 2 meses, se decidió rotar el metronidazol por tacrolimus al 0,1% en ungüento una vez al día y, al cabo de 4 meses, se observó la resolución total del cuadro (Foto 4).



**FOTO 1:** Pápulas eritematosas en las regiones perioral y perinasal.



**FOTO 2:** Imagen histopatológica. Se observa un granuloma con centro necrótico, de aspecto caseoso, rodeado por una empalizada de células epitelioides gigantocelulares en la dermis papilar (HyE, 4X).



**FOTO 3:** Imagen histopatológica. Infundíbulo con *Demodex* adyacente al granuloma (HyE, 4X).



**FOTO 4:** Remisión total de las lesiones.

## COMENTARIOS

El lupus miliar diseminado facial es una enfermedad granulomatosa crónica poco frecuente, que suele tener involución espontánea después de meses o años, y puede dejar o no cicatrices residuales. Afecta a adolescentes y adultos jóvenes, con ligero predominio en las mujeres<sup>1</sup>.

Se plantearon numerosas hipótesis en relación con su etiopatogenia. Inicialmente, se lo consideró una variante del lupus vulgar y de la sarcoidosis, pero nunca se encontró la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en las lesiones activas ni compromiso sistémico, por lo que se descartó su asociación. Otros autores lo propu-

sieron como una variante de la rosácea granulomatosa, pero la ausencia de eritema y telangiectasias, y el compromiso de los párpados desestimaron esta teoría<sup>1,2</sup>.

En la actualidad, se la considera una entidad independiente producida por la rotura de la pared del folículo pilosebáceo que deja expuestos antígenos (*Demodex* y *Cutibacterium acnes*) a la dermis. Esta teoría se basa en el hecho de que los granulomas se forman en las cercanías de folículos pilosos rotos. En el caso de la paciente, se encontró la presencia de *Demodex* adyacente al granuloma<sup>2-4</sup>.

Clínicamente, se manifiesta como una erupción con pápulas eritematoamarillentas, de 1-4 mm de diámetro, foliculares y no foliculares, sin tendencia a confluir, en general asintomáticas. Hay descripciones de pacientes sintomáticos, como se observó en el presente caso y, en ocasiones, puede haber pústulas. La localización más frecuente es la centroracial (párpados, regiones perioral y perinasal). También puede afectar zonas extrafaciales como axilas, cuello, hombros, brazos, manos, piernas y región inguinal. Cuando el compromiso es axilar, se debe descartar el diagnóstico de enfermedad granulomatosa causada por antitranspirantes que contienen circonio y aluminio<sup>5,6</sup>.

Los diagnósticos diferenciales que deben considerarse son: dermatitis periorificial, rosácea granulomatosa, demodocidosis, acné, sarcoidosis, molusco contagioso, tuberculosis cutánea, dermatosis infecciosas en pacientes infectados por el VIH (micobacterias atípicas,

histoplasmosis) y con tumores anexiales benignos como los siringomas<sup>1-3,7</sup>.

El examen histopatológico varía según el estadio de la enfermedad. En las primeras etapas, presenta un infiltrado perivascular y perianexial compuesto por linfocitos, histiocitos y, en raras ocasiones, neutrófilos. En las lesiones ya establecidas, es frecuente encontrar granulomas de tipo tuberculoide, como en este caso. También se pueden observar granulomas de tipo sarcoides, que suelen acompañarse de neutrófilos. En algunos casos, los hallazgos son mixtos<sup>1,2</sup>.

Si bien esta entidad suele remitir de manera espontánea, se han planteado numerosos tratamientos, entre ellos: antibióticos orales como tetraciclinas, dapsona y clofazimina, isotretinoína, metronidazol y eritromicina tópicos, tacrolimus ungüento y láser de diodo de 1450 nm. La mayoría de las veces, con resultados insatisfactorios<sup>2,8-10</sup>.

El lupus miliar diseminado facial es una enfermedad infrecuente y se han publicado pocos casos en las revistas especializadas nacionales e internacionales. Por lo tanto, es importante tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial de enfermedades que presentan brotes papulopustulosos con compromiso periorificial.

## AGRADECIMIENTO

A la Dra. Marta Fristchy por el aporte de las fotos histopatológicas y por compartir su experiencia sobre esta enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fussi C, Villada J, Leroux MB, Fristchy M, et al. Lupus miliar diseminado facial. *Dermatol Argent*. 2004;10:297-302.
2. Moreno M, Ivanov M, Vereá M, Bertolotti M, et al. Lupus miliar diseminado facial: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Arch Argent Dermatol*. 2016;66:141-143.
3. Luo Y, Wu LX, Zhang JH, Zhou N, et al. Demodex-induced lupus miliaris disseminatus faciei: A case report. *Medicine*. 2020;99:27(e21112).
4. Nishimoto J, Amano M, Setoyama M. The detection of *Propionibacterium acnes* signatures in granulomas of lupus miliaris disseminatus faciei. *J Dermatol*. 2015;42:418-421.
5. Nemer K, McGirt L. Extrafacial lupus miliaris disseminatus. *J Am Acad Dermatol*. 2016;2:363-365.
6. Michaels JD, Cook-Norris RH, Lehman JS, Gibson LE. Adult with papular eruption on the central aspect of the face. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:410-412.
7. Lucas CR, Korman NJ, Gilliam AC. Granulomatous periorificial dermatitis: A variant of granulomatous rosacea in children? *J Cutan Med Surg*. 2009;13:115-118.
8. Toda-Brito H, Silva-Tavares E, Pires-Aranha JM. Lupus miliaris disseminatus faciei. *An Bras Dermatol*. 2017;92:851-853.
9. Landgrave I, Asz Sigal D, Reyes Jiménez E, Arenas R, et al. Lupus miliaris disseminatus faciei. Informe de un caso tratado con minociclina. *Dermatol Rev Mex*. 2008;52: 85-88.
10. Aksu Çerman A, Aktaş Karabay E, Yalçın Ö, Kivanç Altunay İ. Lupus miliaris disseminatus faciei: a case report and brief literature review. *Med Bull Sisli Etfal Hosp*. 2018;52:142-144.