

Morfea

¹Benedito Pérez de Inestrosa T, ¹Fernández Martín E, ²Molina Pérez-Aradros MN

¹Distrito de Poniente

²Hospital Torrecárdenas
Almería

Paciente de nuestra consulta que acude por presentar desde hace tres semanas una lesión en el muslo derecho, autotratada con pomada antimicrobiana que no ha conseguido mejoría.

La lesión consiste en una placa nacarada, con depresión central, de consistencia indurada y bordes bien definidos. Aparecen tres lesiones de aspecto similar en la espalda y los brazos, pero respetan la cara.

Se deriva a la consulta de Dermatología donde se biopsia la lesión.

Con ello se establece el diagnóstico de morfea.

COMENTARIO

La morfea, también conocida como esclerodermia localizada, se caracteriza por un excesivo depósito de colágeno que conduce al engrosamiento de la dermis, tejido subcutáneo o ambos. En función del compromiso tisular y de la profundidad, se clasifica en placas, generalizada, lineal y profunda.

A diferencia de la esclerodermia, la morfea no se asocia a esclerodactilia, a fenómeno de Raynaud, a alteraciones ungueales, a telangiectasias ni a afectación de órganos internos.

Según algunos estudios, 0,9-5,7 % pueden evolucionar a esclerodermia.

Es tres veces más común en la mujer.

Las manifestaciones extracutáneas están presentes en 20 % de los casos y son más frecuentes en los subtipos lineal y generalizado.

La forma en placas es la más común. La placa es una lesión indurada, que afecta preferentemente a la dermis. Inicialmente, y en fases de actividad, un anillo violáceo puede rodear la lesión. Con la progresión de la enfermedad se desarrolla esclerosis central, a medida que la periferia se expande. En un periodo de pocos meses, la superficie se hace

lisa, brillante y se va oscureciendo progresivamente, con pérdida de los folículos pilosos y de las glándulas sudoríparas. A la hiperpigmentación a veces sigue la involución de la lesión.

Puede presentarse como una única placa o como múltiples. Es más común en el tronco (especialmente en la zona dorsal) que en las extremidades. La cara generalmente es respetada.

Aunque se sospeche por inspección, la biopsia debe ser realizada para confirmar el diagnóstico.

A veces se desarrolla una resolución espontánea en un periodo de tres a cinco años.

El tratamiento tópico con corticoides tópicos potentes está indicado en casos de morfea con un número escaso de lesiones. En las placas de pequeño tamaño puede intentarse la aplicación de corticoide intralesional. Se ha observado también una buena respuesta tras la aplicación diaria de calcipotrieno tópico.



Figura 1

BIBLIOGRAFIA

- Andréu JL, Sanz J, Mulero J. Esclerosis sistémica (esclerodermia). *Medicine* 2000;8:1543-52.
- Carrascosa JM. Esclerodermia localizada. *Piel* 2000;15:272-9.
- Virendra N, Srivastava G, Aggarwal AK y cols. Localized scleroderma (morfea). *Int J Dermatol* 2002;41:467-75.