

Guía terapéutica — Mucinosi cutánea localizada (LML/APPM) y MFC

Hoja de referencia rápida para impresión (A4). Tacrolimus tópico, triamcinolona intralesional y escisión en MFC.

1) ¿Observar o tratar?

Observar (control 3–6 m): asintomático/estable, LML/APPM típicos, labs de cribado normales.

Tratar: prurito/dolor, progresión, impacto estético, preferencia del paciente.

MFC: escisión diagnóstica/curativa.

2) Tacrolimus tópico 0,1% (off-label)

Esquema: capa fina **BID 8–12 sem** → si responde, **QD 4–8 sem** → **mantenimiento 3–4 noches/sem x 1–3 m** si recidiva.

Pediatría/zonas sensibles: considerar **0,03%**.

Consejos: aplicar en piel íntegra; ardor inicial esperado 1–2 sem; fotoprotección estándar.

3) Triamcinolona intralesional (IL-TAC)

Indicaciones: lesiones focales refractarias o necesidad de respuesta rápida. **Intervalo:** cada **4–6 sem** (revaluar a 8–12 sem).

Dosis total máxima/sesión (adulto): ≤ 20 mg; **pediatría:** procurar ≤ 10 mg.

Tabla orientativa por zona

Zona / piel	Conc. (mg/mL)	Volumen por punto	Separación	Límite sugerido por sesión	Comentarios
Cara / párpados / pliegues	2,5	0,02–0,05 mL	1–1,5 cm	≤5 mg	Riesgo de atrofia ↑; usar microdepósitos superficiales.
Dorso de manos / muñecas	2,5–5	0,05–0,1 mL	~1 cm	≤10 mg	Preferir 2,5 mg/mL si piel fina.
Tronco / extremidades	5	~0,1 mL	~1 cm	≤20 mg	Técnica intradérmica; blanqueamiento leve.
Placas induradas seleccionadas	10	0,1–0,2 mL	1–1,5 cm	Ajustar según tamaño	Usar con cautela; riesgo atrofia/TELE ↑.
Pediatría (cualquier zona)	2,5	0,02–0,05 mL	1–1,5 cm	≤10 mg	Priorizar tópicos; IL-TAC puntual.

Prevención/manejo de atrofia: bajas concentraciones, volúmenes pequeños, puntos separados; si aparece, suspender y observar (3–6 m); considerar microinyecciones de SSF 0,9%.

4) Escisión en MFC

Técnica: exéresis **elíptica** con **márgenes 1–2 mm** de piel sana; profundidad hasta dermis profunda ± hipodermis superficial.

Patología: fijar en **formalina 10%**; orientar si cerca de estructuras críticas.

Control: retiro de puntos (cara 5–7 d; tronco/extremidades 10–14 d); revisión a **4–12 sem. Recidiva: rara.**

5) Seguimiento y documentación

Fotoestandarización; conteo de pápulas/tamaño de placas; EVA de síntomas; reconsiderar labs si hay cambios clínicos.

Educación: expectativas realistas (respuesta parcial con tacrolimus); signos de alarma (diseminación, induración difusa, síntomas sistémicos).

Notas: tacrolimus en LML/APPM es uso fuera de ficha; discutir beneficios/alternativas. Evitar procedimientos ablativos sin confirmar diagnóstico histológico.

1 Mucinosi s cutánea localizada (LML/APPM) y mucinosi s focal cutánea (MFC)

Objetivo: esquema práctico para decidir **observar vs tratar**, pautar **tacrolimus 0,1%**, **triamcinolona intralesional (IL-TAC)** y la **escisión** en MFC.

1) ¿Cuándo observar vs tratar?

Observar (control clínico cada 3–6 meses):

- Pápulas/nódulos **asintomáticos**, estables, sin impacto estético relevante.
- LML/APPM típicos, **sin** síntomas sistémicos, **SPEP/IFX y TSH/T4** normales.

Tratar (considerar si ≥ 1):

- Prurito, dolor, irritación o **progresión** en número/tamaño.
- **Impacto estético/psicosocial** significativo (manos/cara).
- Fracaso de observación; preferencia del paciente.
- **MFC** (lesión única): **escisión** diagnóstica y curativa.

2) Tacrolimus 0,1% ungüento/crema (uso fuera de ficha en LML/APPM)

Indicaciones: pápulas/placas localizadas sintomáticas o estéticas.

Pauta sugerida:

- **Fase inicial:** capa fina **BID** por **8–12 semanas**.
- **Evaluación a 8–12 semanas:** si mejora parcial/total, reducir a **QD** por **4–8 semanas** adicionales.
- **Mantenimiento opcional:** 3–4 noches/semana por 1–3 meses si hay tendencia a recaída.
- **Pediatría / áreas muy sensibles:** considerar **0,03%**; mismo esquema.

Consejos prácticos:

- Aplicar sobre piel **intacta**, evitar oclusión la 1.^a semana.
- Ardor/eritema leve inicial (1–2 semanas) es habitual; se atenúa. Puede usar humectante 10–15 min antes.
- Fotoprotección estándar; no es fotosensibilizante.

Expectativas:

- Respuestas **parciales** frecuentes (disminución de número/relieve y brillo ceroso).
- **Tiempo a respuesta:** 4–8 semanas; puede requerir ciclos repetidos.

Seguridad:

- Efectos locales: ardor, eritema, prurito transitorio.
- Embarazo/lactancia: preferir medidas conservadoras; valorar caso a caso.

3) Triamcinolona intralesional (IL-TAC)

Indicaciones: pápulas/placas **refractarias** a tacrolimus o necesidad de respuesta rápida e intralesiones aisladas.

Preparación y técnica:

- **Concentración orientativa:** 2,5–5 mg/mL (cara/dorso manos); hasta **10 mg/mL** en placas induradas seleccionadas.
- **Volumen:** 0,05–0,1 mL por pápula (punción **intradérmica superficial**); en placas, microdepósitos separados 1 cm (0,1–0,2 mL por punto).
- **Aguja:** 30G; ángulo bajo; blanqueamiento leve = correcta profundidad.
- **Intervalo:** cada **4–6 semanas**, reevaluar a las 8–12 semanas.
- **Dosis máxima por sesión (adulto):** ≤ **20 mg** totales.

Manejo de efectos adversos (atrofia/hipopigmentación):

- Prevenir: usar **bajas concentraciones** y volúmenes pequeños, separar puntos, evitar zonas muy finas.
- Si aparece atrofia: **suspender** nuevas inyecciones; masaje/espera expectante (resolución usual en 3–6 meses). Opcional: **inyecciones de suero fisiológico 0,9%** en microdepósitos seriados.

Consejos:

- Evitar inyección demasiado superficial (escara) o demasiado profunda (ineficaz).
- Informar posibilidad de telangiectasias/estrías locales si uso repetido.

4) Escisión en Mucinosos Focal Cutánea (MFC)

Objetivo: diagnóstico histológico y tratamiento **curativo**.

Técnica:

- **Exéresis elíptica** con **márgenes estrechos 1–2 mm** de piel clínicamente sana.
- **Profundidad:** hasta dermis profunda ± hipodermis superficial para reseca el foco mucinoso completo.
- **Cierre:** primario por planos según localización.

Envío a Patología:

- Fijar en **formolina 10%**; orientar márgenes si la lesión es cercana a estructuras críticas.

Control y pronóstico:

- Retiro de puntos según zona (cara 5–7 d; tronco/extremidades 10–14 d).
- **Recidiva rara**; revisión clínica a las **4–12 semanas**. Si múltiples lesiones o recidiva: reconsiderar diagnóstico.

5) Combinaciones y escalamiento

- **Tacrolimus + IL-TAC:** útil en placas mixtas (tópico continuo; IL-TAC en lesiones dominantes cada 4–6 sem).
- **Procedimientos estéticos** (afeitado/laser) pueden considerarse en LML seleccionados tras confirmar diagnóstico; evidencia limitada.

6) Seguimiento y documentación

- **Fotoestandarización** al inicio y en cada visita (mismas condiciones).
 - Registrar **número de pápulas**, tamaño de placas y **síntomas (EVA 0–10)**.
 - Reevaluar necesidad de **labs** si cambian los hallazgos (TSH/T4; SPEP ± IFX si clínica lo sugiere).
-