

Despite prolonged photosensitivity with TMP-bath PUVA and 8-MOP bath PUVA, our impression from this study is that the second soak is probably important, though the size of the study did not allow us to reach a definitive conclusion.

### Acknowledgments

This work was funded by the British Skin Foundation. The authors would like to thank Susan Yule (research nurse) for her help in performing the study.

### References

1. British Photodermatology Group. Guidelines for topical PUVA: a report of a workshop of the British Photodermatology Group. *Br J Dermatol.* 2000;142:22–31.
2. Lowe NJ, Weingarten D, Bourget T, Moy LS. PUVA therapy for psoriasis: comparison of oral and bath-water delivery of 8-methoxypsoralen. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14:754–60.

3. Behrens-Williams S, Gruss C, Grundmann-Kollmann M, et al. Assessment of minimal phototoxic dose following 8-methoxypsoralen bath: maximal reaction on average after 5 days. *Br J Dermatol.* 2000;142:112–5.
4. Man I, Kwok YK, Dawe RS, et al. The time course of topical 8-methoxypsoralen PUVA erythema following 15 min and 5 min immersion. *Arch Dermatol.* 2003;139:331–4.
5. Man I, Dawe RS, Ferguson J, Ibbotson SH. The optimal time to determine the minimal phototoxic dose in skin photosensitised by topical 8-methoxypsoralen. *Br J Dermatol.* 2004;151:179–82.

L. Berroeta\*, I. Man, R.S. Dawe, J. Ferguson and S.H. Ibbotson

*Photobiology Unit, Department of Dermatology, Ninewells Hospital and Medical School, United Kingdom*

\*Autor para correspondencia.

*E-mail address:* lauraberroeta@hotmail.com (L. Berroeta).

doi:10.1016/j.ad.2010.03.016

## Artritis reactiva por *Chlamydia trachomatis*: importancia del rastreo y tratamiento de la pareja

### Reactive Arthritis Associated with *Chlamydia trachomatis* Infection: Importance of Screening and Treating the Partner

*Sr. Director:*

La artritis reactiva, también conocida como síndrome de Reiter, es una espondiloartropatía seronegativa que clásicamente se define por la tríada artritis, uretritis y conjuntivitis. Es secundaria a una infección gastrointestinal o genitourinaria<sup>1,2</sup>.

Las manifestaciones cutáneas que se observan con mayor frecuencia son la balanitis circinada, queratodermia blenorragica y la distrofia ungueal, pero existe diversidad en los síntomas presentados y en la secuencia temporal de estos.

Describimos el caso clínico de un paciente de 23 años de edad, ingresado por sacroileitis y lesiones psoriasiformes en las extremidades y tronco, en el que también se destacaba balanitis circinada, distrofia ungueal, dactilitis, queratodermia blenorragica (fig. 1) astenia y conjuntivitis bilateral. El paciente refería episodios anteriores de artritis, conjuntivitis y uretritis, que ocurrían con un tiempo medio de incubación de 3 semanas, posterior a los síntomas de uretritis y que cedían tras la administración de antiinflamatorios no esteroideos y doxiciclina.

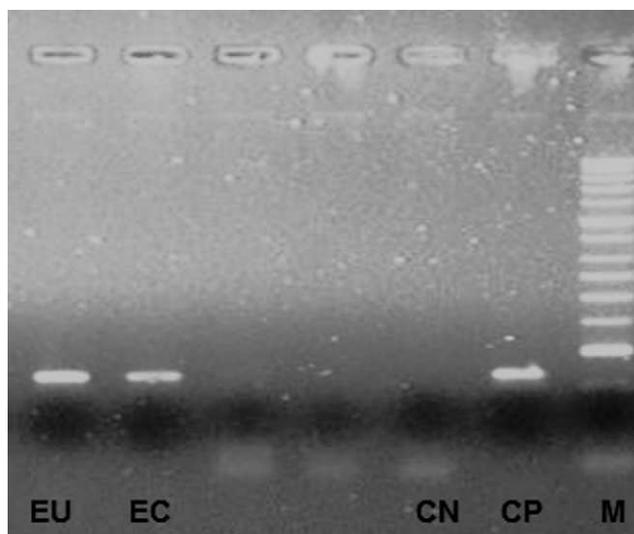
Durante el ingreso, el estudio analítico, presentaba como hallazgos de interés, elevación de la proteína C reactiva. El factor reumatoide no estaba elevado, el estudio de la autoinmunidad, las serologías virales y los cultivos microbiológicos para los microorganismos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual fueron negativos. La

biopsia cutánea fue compatible con psoriasis, los antígenos de histocompatibilidad HLA-B27 fue positivo y los estudios radiográficos revelaban signos incipientes de entesitis y sacroileitis asimétrica. La pareja no presentaba sintomatología genitourinaria.

Se recogió una muestra de exudado uretral y cervical del paciente y de la pareja, para la detección de *Chlamydia trachomatis* por la reacción en cadena de la polimerasa,



**Figura 1** Queratodermia blenorragica en el pie derecho.



**Figura 2** Visualización de las bandas 241 pb del plásmido críptico de la *Chlamydia trachomatis*, después de la exposición a UV del gel de agarosa a 1,5% en el exudado uretral (EU) del paciente y en el exudado cervical (EC) de la pareja. CN (control negativo: agua destilada adicionada en la mezcla de la reacción), CP (control positivo, extirpe L<sub>2</sub>434B propagada en células McCoy), M (marcador de pesos moleculares: HyperLadder II<sup>®</sup> da Bioline).

con amplificación del plásmido críptico de esta bacteria y el posterior genotipaje usando una diana diferente de amplificación.

Los exudados fueron positivos para *Chlamydia trachomatis* (fig. 2) y el genotipo E se aisló en ambas bacterias. El paciente y su pareja fueron tratados con doxiciclina 100 mg *bid* durante 14 días. Ambos negaron otros contactos sexuales.

El control de los síntomas articulares y las manifestaciones cutáneas, solo fue posible con la institución de reposo estricto, terapéutica intramuscular con metotrexato 25 mg por semana y posterior implementación de naproxeno y ácido fólico. En el seguimiento después de un año de tratamiento, únicamente persisten algunos síntomas articulares, la sacroileitis, está controlada con 15 mg de metotrexato por semana. Durante este periodo de tiempo, y después de la realización de un tatuaje, se observó el fenómeno de Koebner (fig. 3), ya descrito anteriormente en este síndrome.

En la etiología de la artritis reactiva, todavía desconocida, existe la posibilidad de un mimetismo molecular entre el agente infeccioso y el HLA-B27, como causa de la respuesta inmunitaria contra este último, lo cual ha sido mencionado por varios autores<sup>3</sup> o la presencia del DNA de la *Chlamydia trachomatis* en el líquido sinovial, que fue detectado en algunos pacientes<sup>4</sup>.

No se sabe el motivo por el cual tiene mayor preponderancia en el sexo masculino y esta discrepancia entre sexos es atribuida por algunos autores al elevado porcentaje de infecciones genitales asintomáticas en el sexo femenino, con la restante sintomatología clasificada como artritis seronegativa<sup>5</sup>, lo que refuerza la importancia del rastreo de estos agentes infecciosos.



**Figura 3** Fenómeno de Koebner en el brazo del paciente, dos semanas después de realizar el tatuaje.

Destacar la relevancia del estudio y tratamiento de esta infección en las parejas, sobre todo en el sexo femenino que pueden ser asintomáticos<sup>6</sup>, como se observó en la pareja de nuestro paciente. Si las parejas no son tratadas, la consecuencia será la reinfección sistemática con brotes recurrentes de artritis reactiva.

En aquellos pacientes en los que las manifestaciones articulares y cutáneas fueron resistentes a las terapéuticas convencionales, el metotrexato<sup>2</sup> fue una alternativa eficaz, como se constató en nuestro caso.

La búsqueda de *Chlamydia trachomatis* por técnicas de biología molecular demuestra una mayor sensibilidad que el cultivo celular, este último todavía es la referencia en las pruebas complementarias para efectuar el diagnóstico de artritis reactiva<sup>7</sup>. Hoy en día son las técnicas de biología molecular las que se recomiendan en las guías europeas y americanas para el diagnóstico de este agente<sup>8,9</sup>. La utilización de estas pruebas, con dos dianas distintas, como la realizada en la pareja de nuestro paciente, nos permite minimizar el riesgo de encontrar falsos positivos, en poblaciones con baja prevalencia de esta infección<sup>6</sup>. Es también de suma importancia familiarizarse con la interpretación de estas técnicas para la detección de esta bacteria.

## Bibliografía

1. González-Beato M, Lecona M, Monteagudo I, Lázaro P. Síndrome de Reiter. Actas Dermosifliogr. 1999;90:479-86.
2. Wu IB, Schwartz RA. Reiter's syndrome: The classic triad and more. J Am Acad Dermatol. 2008;59:113-21.

3. Rothe MJ, Kerdel FA. Reiter syndrome. *Int J Dermatol*. 1991;30:173–80.
  4. Gerard HC, Branigan PJ, Schumacher HR, Hudson AP. Synovial *Chlamydia trachomatis* in patients with reactive arthritis/Reiter's syndrome are viable but show aberrant gene expression. *J Rheumatol*. 1998;25:734–42.
  5. Smith DL, Bennett RM, Regan MG. Reiter's disease in women. *Arthritis Rheum*. 1980;23:335–40.
  6. Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR. Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* Infections. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002;51(RR15):1–27.
  7. Wilkens RF, Arnett FC, Bitter T, Calin A, Fisher L, Ford DK, et al. Reiter's syndrome: evaluation of preliminary criteria for definite disease. *Arthritis Rheum*. 1981;24:844–9.
  8. Centers for Disease Control and Prevention, USA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2006;55(RR11):1–94.
  9. Sary A. European guideline for the management of chlamydial infection. *Int J STD AIDS*. 2001;12(Suppl.3):30–4.
- J. Borges-Costa<sup>a,b,\*</sup>, D. Pacheco<sup>a</sup>, F. Pereira<sup>b</sup>  
y M. Marques-Gomes<sup>a</sup>
- <sup>a</sup>*Clínica Universitária Dermatológica de Lisboa, Lisboa, Portugal*  
<sup>b</sup>*Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal*
- \*Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico:* joaobc77@hotmail.com  
(J. Borges-Costa).

doi:10.1016/j.ad.2010.03.015

## Tumores cutáneos múltiples de células granulares

### Multiple Cutaneous Granular Cell Tumors

*Sr. Director:*

El tumor de células granulares (TCG), descrito por Abrikossov en 1926, es una neoplasia infrecuente, generalmente benigna, considerada de estirpe nerviosa<sup>1</sup>. Se manifiesta generalmente como una pápula o nódulo solitario. La descripción de lesiones múltiples cutáneas, como en el caso que presentamos<sup>1,2</sup>, es un hecho muy infrecuente en nuestro medio<sup>3</sup>.

Nuestro paciente es un varón de 41 años de raza blanca, sin antecedentes de interés, que presenta desde hace varios años (3–7 años) 4 tumoraciones subcutáneas de crecimiento lento localizadas en la cadera izquierda, la fosa iliaca izquierda, el muslo derecho y la región escapular derecha, de entre 1,5 y 4 cm (fig. 1), dolorosas a la palpación, no adheridas a los planos profundos. En la resonancia nuclear magnética (RNM) las lesiones se localizaban en el tejido celular subcutáneo y eran independientes de la fascia y el músculo subyacente (fig. 2). La biopsia cutánea mostró una proliferación difusa de células poligonales con citoplasma abundante, granular y eosinófilo, sin necrosis ni mitosis, S-100, vimentina y CD 68 positivas (fig. 3) lo que permitió concluir el diagnóstico de tumor de células granulares para todas las lesiones. Se realizó extirpación amplia de las lesiones por parte del servicio de cirugía plástica. Tras 19 meses de seguimiento no hay signos de recurrencia, enfermedad metastásica, ni han aparecido nuevas lesiones.

El TCG es un tumor infrecuente que supone el 0,017–0,025% de las piezas quirúrgicas<sup>2</sup>. En series anglosajonas afecta más frecuentemente a mujeres adultas (30–60 años) de raza negra, pero en una serie española predomina en hombres entre la segunda y la quinta décadas<sup>3</sup>. Su localización más habitual es la lengua (40% de los casos), seguido de la piel y el tejido celular subcutáneo de tórax y

extremidades, aunque ha sido descrito en multitud de órganos<sup>1,2,4</sup>. Se han publicado casos congénitos<sup>5</sup> y familiares<sup>6</sup>. En el 4,5–13% se ha descrito asociado a neoplasias de otra naturaleza<sup>1,6,7</sup>.

Desde un punto de vista clínico consiste en un nódulo firme, habitualmente menor de 3 cm y solitario, circunscrito y asintomático, aunque puede ser pruriginoso o doloroso. El diagnóstico no suele sospecharse clínicamente<sup>1–4</sup> y depende del estudio histológico.

En el estudio histológico se caracteriza por ser un tumor mal delimitado no encapsulado formado por sábanas, nidos o cordones de células redondeadas o poligonales de núcleo pequeño y central, y citoplasma amplio y eosinófilo repleto de granulaciones toscas PAS+, diastasa resistente, que representan fagolisosomas<sup>1,3</sup>. La epidermis que lo recubre puede ser normal o mostrar hiperplasia pseudoepiteliomatosa<sup>1–4</sup>.

Las técnicas inmunohistoquímicas permiten comprobar que las células granulares son positivas para S-100 (98–100%), ENA



**Figura 1** Detalle de la lesión subcutánea localizada en muslo derecho.