

sis en placas con la erupción pustulosa hacen poco probable esta opción. Así, aunque la evolución cronológica es compatible con una relación de causalidad directa entre el PPD y el brote, la explicación de este fenómeno sigue siendo especulativa. Posiblemente, la prueba de la tuberculina actuó como un desencadenante traumático o infeccioso, que fue capaz de activar la inmunidad innata, aumentando la producción de TNF- α por parte de las células dendríticas plasmocitoides y estimulando la activación local y la expansión de los linfocitos T patogénicos que condujeron al desarrollo del brote. Dado que el tratamiento con el mismo agente (o uno de la misma familia)⁵ podría causar la persistencia del brote, se decidió cambiar a otro tratamiento con un mecanismo de acción diferente que consiguió un control de las lesiones en pocos días. En conclusión, nuestro caso amplía las complicaciones que podemos ver en pacientes con psoriasis en tratamiento con etanercept en relación con la prueba de la tuberculina.

Conflicto de intereses

El Dr. Carlos Ferrándiz y el Dr. José Manuel Carrascosa han percibido honorarios como consultores y/o ponentes patrocinados por Wyeth, Abbott, Shering-Plough y Janssen-Cilag.

Los demás autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. De Gannes GC, Ghoreishi M, Pope J, Russell A, Bell D, Adams S, et al. Psoriasis and pustular dermatitis triggered by TNF-alpha inhibitors in patients with rheumatologic conditions. *Arch Dermatol.* 2007;143:223-31.
2. Ritchlin C, Tausk F. A medical conundrum: onset of psoriasis in patients receiving anti-tumour necrosis factor agents. *Ann Rheum Dis.* 2006;65:1541-4.
3. Goiriz R, Daudén E, Pérez-Gala S, Guhl G, García-Díez A. Flare and change of psoriasis morphology during the course of treatment with tumour necrosis factor blockers. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32:176-9.
4. Ubriani R, Van Voorhees AS. Onset of psoriasis during treatment with TNF-alpha antagonists: a report of 3 cases. *Arch Dermatol.* 2007;143:270-2.
5. Wendling D, Balblanc JC, Briançon D, Brousse A, Lohse A, Deprez P, et al. Onset or exacerbation of cutaneous psoriasis during TNFalpha antagonist therapy. *Joint Bone Spine.* 2008;75:315-8.
6. Fiorentino DF. The Yin and Yang of TNF-alpha Inhibition. *Arch Dermatol.* 2007;143:233-6.
7. Jo JH, Jang HS, Ko HC, Kim MB, Oh CK, Kwon YW, et al. Pustular psoriasis and the Kobner phenomenon caused by allergic contact dermatitis from zinc pyrithione-containing shampoo. *Contact Dermatit.* 2005;52:142-4.
8. Georgala S, Rigopoulos D, Aroni K, Stratigos JT. Generalized pustular psoriasis precipitated by topical calcipotriol cream. *Int J Dermatol.* 1994;33:515-6.
9. Mendez J, Garcia I, Escudero J, Marcos M, et al. Generalized pustular psoriasis induced by tuberculin testing. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:507-8.

R.M. Guinovart*, C. Ferrándiz, I. Bielsa y J.M. Carrascosa

Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona, Barcelona

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosa.guinovart@hotmail.com
(R.M. Guinovart).

doi:10.1016/j.ad.2011.04.012

Dermatitis flagelada tras la ingesta de setas del género Shiitake

Flagellate Dermatitis After Eating Shiitake Mushrooms

Sr. Director:

Las setas del género Shiitake (*Lentinus Edodes*) se consumen en China y Japón, siendo en total la segunda especie de setas más consumida en el mundo, aunque cada vez es más frecuente encontrarlas en los mercados occidentales^{1,2}. Gracias a las beneficiosas propiedades de su polisacárido, denominado lentinan, se usa en Japón por sus funciones antihipertensivas e hipolipemiantes y como tratamiento adyuvante contra el cáncer colorrectal y gástrico¹⁻⁴.

La dermatitis flagelada causada por el consumo de estas setas poco cocinadas o crudas suele aparecer 48-72 horas tras su ingesta, en forma de lesiones lineales papulosas, petequiales o vesiculosas que se entrecruzan entre sí y que predominan en tronco, miembros superiores, cuello e incluso cara, acompañándose de importante prurito¹⁻⁴.

Se han recogido en la literatura otras reacciones adversas causadas por setas del género Shiitake como dermatitis de contacto alérgica, fototoxicidad, urticaria de contacto, asma alérgica y casos aislados de neumonitis crónica de hipersensibilidad inducida por las esporas de esta seta⁵⁻⁷.

Presentamos el caso de una mujer de 79 años que acudió de urgencias a nuestra consulta para valoración de una erupción muy pruriginosa de 72 horas de evolución. Como único antecedente personal de interés, la paciente era controlada por un lupus cutáneo crónico. Las lesiones no habían respondido al tratamiento con corticoides vía muscular administrados 24 horas antes.

En la anamnesis refería haber ingerido 72 horas antes de la aparición de las lesiones unas «setas» a la plancha. Negaba la introducción de cualquier fármaco previamente a la aparición del cuadro cutáneo y no presentaba fiebre, artralgias ni otra sintomatología sistémica.

A la exploración física destacaba la presencia de múltiples lesiones eritematosas lineales, entrecruzadas entre sí, compuestas por múltiples petequias que no desaparecían a la digitopresión, de predominio en tronco, escote, raíces de miembros inferiores y miembros superiores (fig. 1). No había afectación de mucosas.



Figura 1 Lesiones lineales eritematosas entrecruzadas de predominio en tronco.

Se le realizó una analítica que resultó normal y la biopsia de una de las lesiones que reveló una dermatitis espongíotica y discreta extravasación hemática en dermis superficial.

La paciente regresó para control a las dos semanas y las lesiones habían desaparecido por completo (fig. 2). Aportó



Figura 3 «Scratch-test» positivo a las 96 horas con vesiculación. En esquina inferior derecha setas del género Shiitake que aportó la paciente.

muestra de las setas que había ingerido previamente a la aparición de las lesiones, correspondiendo a hongos del género Shiitake (*lentinus edodes*) aunque desconocemos si son importadas (fig. 3); se refrigeraron y posteriormente se emplearon para realizar las pruebas epicutáneas con parches fin Chamber® así como scratch-test en la paciente y en diez controles sanos mediante escarificación superficial sin llegar a producir sangrado con aguja microlane 3 de 0,5 x 16 mm. Se procedió a su lectura posterior a las 2, 48 y 72 horas. La paciente mostró una reacción positiva en scratch-test a las 48 y 96 horas, con eritema importante e incluso vesiculación (fig. 3). Sin embargo, las pruebas epicutáneas fueron negativas. Los controles no mostraron positividad en ninguna de las pruebas de hipersensibilidad.



Figura 2 Resolución por completo de las lesiones en dos semanas.

La primera serie de 23 casos publicada sobre la dermatitis Shiitake fue descrita por Nakamura en 1977¹, quien posteriormente comunicó otra serie más larga en 1992². Actualmente existen alrededor de un centenar de casos reportados, la mayoría en China y Japón, pocos casos en Europa⁸ y ninguno en España.

La dermatitis shiitake se desarrolla tras la ingesta de setas poco cocinadas o crudas en determinadas personas, lo que indica que es necesario una susceptibilidad o hipersensibilidad de base a alguna sustancia termolábil del hongo.

El diagnóstico de esta entidad se hace a partir del cuadro clínico compatible y el antecedente epidemiológico de ingesta de setas del género Shiitake *Lentinus edodes*, poco cocinadas o crudas^{2-4,8}, ya que la biopsia suele ser de dermatitis espongíotica inespecífica².

Se considera una toxicodermia con un cuadro clínico similar al de la dermatitis flagelada que aparece tras la administración de ciertos fármacos como la bleomicina⁴; sin embargo, no parece ser el mismo mecanismo de acción⁹. Aunque el polisacárido «lentinan» de las setas shiitake se ha considerado el causante de las manifestaciones cutáneas en forma de dermatitis flagelada^{2-4,8} debido a la producción de IL-1, la patogenia no se conoce con exactitud.

La negatividad de las pruebas epicutáneas plantea dudas sobre la vía de hipersensibilidad como posible hipótesis. Sin embargo, respecto a la pruebas de scratch-test y prick-to-prick los resultados son variables, pues hay casos descritos donde estas pruebas son positivas¹⁰, como es el de nuestra paciente. En estas circunstancias los autores proponen que sea una reacción alérgica sistémica a este hongo.

Aportamos el primer caso de dermatitis flagelada por setas shiitake reportada en España, donde hemos obtenido positividad en el «scratch-test». Creemos que nuestro caso apoya la hipótesis de que se trate de una reacción de hipersensibilidad retardada, por lo que pensamos que las pruebas de hipersensibilidad cutánea pueden ser una herramienta útil tanto para el diagnóstico como para el establecimiento exacto de su patogenia, que aún se considera un misterio.

Bibliografía

1. Nakamura T. Toxicoderma caused by shiitake (*Lentinus edodes*). *Jpn J Clin Dermatol*. 1977;31:65-8.
2. Nakamura T. Shiitake (*Lentinus edodes*) dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1992;27:65-70.
3. Lippert U, Martin V, Schwertfeger C, Junghans V, Ellinghaus B, Fuchs T. Shiitake dermatitis. *Br J Dermatol*. 2003;148:178-9.
4. Garg S, Cockayne SE. Shiitake dermatitis diagnosed after 16 years! *Arch Dermatol*. 2008;144:1241-2.
5. Aalto-Korte K, Susitaival P, Kaminska R, Mäkinen-Kiljunen S. Occupational protein contact dermatitis from shiitake mushroom and demonstration of shiitake-specific immunoglobulin E. *Contact Dermatitis*. 2005;53:211-3.
6. Ueda A, Obama K, Aoyama K, Ueda T, Xu BH, Li Q, et al. Allergic contact dermatitis in shiitake (*Lentinus edodes* (Berk) Sing) growers. *Contact dermatitis*. 1992;26:228-33.
7. Sastre J, Ibáñez MD, López M, Lehrer SB. Respiratory and immunological reactions among Shiitale (*Lentinus edodes*) mushroom workers. *Clin Exp Allergy*. 1990;20:13-9.
8. Mak RK, Wakelin SH. Shiitake dermatitis: the first case reported from European country. *Br J Dermatol*. 2006;154:800-1.
9. Martín-Hernández JM, Pinazo MI, Montesinos E, Sánchez-Castaño R, Jordá E. Toxicidad cutánea inducida por el tratamiento con bleomicina. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:493-4.
10. Kopp T, Mastan P, Mothes N, Tzaneva S, Stingl G, Tanew A. Systemic allergic contact dermatitis due to consumption of raw shiitake mushroom. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34:910-3.

T. Díaz-Corpas*, A. Mateu-Puchades, M.N. Coll-Puigserver y A. Marquina-Vila

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ainatdc@hotmail.com (T. Díaz-Corpas).

doi:10.1016/j.ad.2011.03.023

Úlcera vulvar aguda de transmisión no sexual asociada a infección por virus influenza A

Comment on: Nonsexually Transmitted Acute Ulcer of the Vulva Associated With Influenza A Virus Infection

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés la carta científico-clínica de Esteve-Martínez y colaboradores acerca de la úlcera vulvar aguda de transmisión no sexual asociada a infección por virus influenza A¹. Deseamos felicitar a los autores por su concisa y completa revisión sobre este proceso.

Estamos de acuerdo en su conclusión, es decir, en la importancia del conocimiento de esta entidad y en su relación con la infección por el virus influenza A^{2,3}. Desearíamos llamar la atención sobre la presentación en pacientes de

mayor edad, con independencia que manifiesten que ya hayan mantenido relaciones sexuales o no. Recientemente tuvimos la ocasión de valorar a una paciente de 20 años de edad con úlceras genitales necróticas que habían precisado desbridamiento por el servicio de ginecología de nuestro centro.

La paciente, sin antecedentes previos de interés, refería fiebre y artromialgias generalizadas 11 días antes a su valoración dermatológica. Tras visitar a su médico de asistencia primaria realizó tratamiento con antitérmicos y una dosis única de levofloxacino vía oral. A las cuatro horas de su ingesta la paciente empezó a notar molestias vulvares y presencia de un área inflamada. En las siguientes 24 horas, se añadieron molestias faríngeas y empeoramiento del estado general. Por ello acudió al servicio de urgencias, realizándose frotis faríngeo reacción en cadena de la polimerasa que confirmó infección por influenza A (H1N1). La paciente fue ingresada y recibió tratamiento con oseltamivir. Durante su estancia hospitalaria se objetivaron úlceras genitales profundas bilaterales con bordes de aspecto necrótico. Se