

PIGMENTACIÓN

210 DEPÓSITOS PALMARES DE BILIVERDINA: UNA MANIFESTACIÓN EXCEPCIONAL DE LA HIPERBILIRRUBINEMIA

D. García-Fernández*, V. García-Patos*, J. Mollet*, A. González**, C. Fachal***, A. Castells*

Servicios de *Dermatología y **Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ***Servicio de Anatomía Patológica. Hospital do Meixoreiro. Vigo.

Introducción: El depósito cutáneo de sales biliares puede producir una pigmentación verdosa localizada, existiendo sólo cinco casos en la literatura.

Caso clínico: Varón de 64 años, candidato a trasplante hepático por cirrosis biliar secundaria a colangitis crónica. Antecedentes de hidatidosis hepática, colecistectomía, esfinterotomía endoscópica, fístula enterocutánea, adenocarcinoma gástrico. Durante un episodio de marcadas ictericia, hiperbilirrubinemia (total, 22,52 mg/dl, y directa, 16,14 mg/dl) y distermia, presentó micropápulas aplanadas y verdosas en las caras lateropalmares de los dedos de las manos de 10 días de evolución. Histológicamente destacaba una capa córnea paraqueratósica ocupada por un material eosinófilo amorfo que correspondía a pigmento biliar tal y como se demostró mediante la tinción de Fouchet preparada según la técnica de Hall. Las lesiones desaparecieron a los pocos días del tratamiento oral con ácido ursodeoxicólico (300 mg/8 h), mejorando también la ictericia y la hiperbilirrubinemia.

Comentario: La pigmentación local por depósito de biliverdina es una complicación cutánea excepcional en enfermos hepatobiliares ictericos con hiperbilirrubinemia elevada, como en nuestro caso. Es considerada una forma de cromhidrosis, producida por la excreción, por las glándulas ecrinas, de bilirrubina directa hidrosoluble a la capa córnea. Allí se acumula y se oxida en biliverdina, pigmento responsable del color verde. Son factores favorecedores la hiperbilirrubinemia directa elevada, la fiebre (al producir una intensa sudoración) y una capa córnea gruesa (explicando su localización en manos y pies). Sin embargo, otros factores desconocidos deben de estar implicados, ya que su aparición en pacientes ictericos es excepcional. Las lesiones autoinvolucionan al retornar la bilirrubinemia a la normalidad.

211 TATUAJE TRADICIONAL DE LAS ENCÍAS: UNA CAUSA INUSUAL DE PIGMENTACIÓN GINGIVAL

L. Carnero, I. Belinchón, M. P. Albares, G. Vergara, J. C. Pascual, J. Guijarro, J. Bañuls, J. F. Silvestre, R. Botella, I. Betilloch

Sección Dermatología. Hospital General de Alicante.

El tatuaje de las encías es una costumbre de las mujeres de algunas tribus africanas que se realiza con fines de belleza o como marca tribal. No es frecuente que el dermatólogo tenga la oportunidad de ver este tipo de tatuajes, sobre todo en Europa y

Norteamérica, salvo si el motivo de consulta es su eliminación por motivos sociales.

Describimos el caso de una mujer de raza negra, de 43 años de edad, etíope, ingresada en el Servicio de Medicina Interna para el estudio de metástasis pulmonares. Nos consultaron para realizar una exploración cutánea de la paciente para descartar un melanoma.

En la exploración de la cavidad bucal llamaba la atención una coloración negroazulada en toda la encía superior distribuida de forma uniforme. La paciente refería que dicha pigmentación era consecuencia de un tatuaje.

Repasamos las causas de pigmentación de las encías, y entre ellas la debida al tatuaje tradicional.

Bibliografía

- Hohenleutner U, Landthaler M. Traditional tattooing of the gingiva: successful treatment with the argon laser. Arch of Dermatol 1990;126:547.
Goertz J, Goos M. Traditional tattooing of the gingiva: an Eritrean folk medicine practice. Arch of Dermatol 1988;1018-9.
Telang GH, Ditre GM. Blue gingiva, an unusual oral pigmentation resulting from gingival tattoo. J Am Acad Dermatol 1994;30:125-6.

212 SÍNDROME DE LAUGIER Y ENFERMEDAD DE ADDISON

J. Vega, A. Mariscal, M. T. Bordel, A. Miranda, M. V. Torrero, C. Muñoz, C. Gutiérrez, M. García Muñoz

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

El síndrome de Laugier-Hunziker consiste en una hipermelanosis mucocutánea idiopática, adquirida y benigna, que aparece preferentemente en labios y mucosa oral, aunque también son posibles otras localizaciones como piel y mucosa del aparato genital, palmas y plantas, dorso de los dedos y región periungueal, etc. Las uñas se afectan con mucha frecuencia, sobre todo en forma de bandas longitudinales hiperpigmentadas.

Aportamos el caso de una paciente con la clínica típica de esta entidad que pasado más de 1 año tras la aparición de las primeras lesiones desarrolló una enfermedad de Addison. La paciente sufrió una discreta hiperpigmentación difusa, más marcada en zonas expuestas, y una intensificación de las máculas melánicas que ya presentaba en mucosas oral y genital, dedos de manos y pies y en uñas. Con el tratamiento hormonal sustitutivo se controlaron las manifestaciones generales y de laboratorio, disminuyendo notablemente el grado de pigmentación mucocutánea, si bien persistieron las lesiones iniciales hiperpigmentadas en las zonas descritas.

213 UVB TERAPIA DE BANDA ESTRECHA EN EL VITÍLIGO, ¿UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA?

J. M. Carrascosa, J. Rex, I. Bielsa, M. Ribera, M. J. Fuente, C. Ferrándiz

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).

Introducción: La UVB terapia de banda estrecha, concebida para el tratamiento de la psoriasis, se ha demostrado también

eficaz en el manejo terapéutico de otras dermatosis. Presentamos la experiencia con esta fuente de radiación obtenida en cinco pacientes afectados de vitiligo.

Material y métodos: Cinco pacientes (tres mujeres y dos varones) recibieron UVB terapia de banda estrecha en una cabina de cuerpo entero dotada con 12 tubos Phillips TL 100 W, con una irradiancia media de 1,4 mW/cm², medida por un dosímetro incorporado. El protocolo consistió en dos tratamientos por semana, decidiéndose la dosis inicial en función de los fototipos de Fitzpatrick, con incrementos del 10-20% por sesión hasta conseguir cierto grado de eritema transitorio. La pauta se mantuvo hasta alcanzar una repigmentación cosmética satisfactoria (superior al 75%), suspendiéndose antes en el caso de no observarse mejoría en los últimos 3 meses de tratamiento. Se consideró fracaso terapéutico la ausencia de repigmentación superior al 25% al menos en uno de los territorios cutáneos afectados después de 4 meses. La evaluación del porcentaje de repigmentación —<25, 25-75, >75%— se llevó a cabo mediante la comparación de fotografías de las zonas afectas tomadas durante el tratamiento.

Resultados: Tres pacientes mostraron una repigmentación satisfactoria, que fue evidente después de una media de 6 semanas, y llegó a ser superior al 75% al menos en un territorio tras una media de 34 semanas (68 sesiones), si bien no fue completa en ningún caso. Los mejores resultados se obtuvieron en la cara y el tronco, mientras que fueron pobres o nulos en manos y pies.

Conclusiones: En 1997, Westerhof y cols. propusieron el empleo de UVB terapia de banda estrecha en el tratamiento del vitiligo, observando una repigmentación superior al 75% en el 63% de los casos después de 1 año, objetivo que Njoo y cols. obtuvieron en el 53% de un grupo de pacientes pediátricos (1, 2). En la presente serie se objetivó una respuesta satisfactoria en tres de los cinco pacientes. Debe subrayarse que de forma similar a lo reflejado en los trabajos citados aquellos pacientes que finalmente respondieron mostraron evidentes signos de repigmentación durante las primeras semanas, circunstancia que puede permitir seleccionar aquellos casos en los que cabe esperar una respuesta adecuada al final del tratamiento.

Si bien la ausencia de conocimientos en relación a los efectos a largo plazo de esta fuente de radiación invita a la prudencia, la UVB terapia de banda estrecha se perfila como una alternativa

que permite obtener porcentajes de repigmentación cosméticamente aceptables en algo más de la mitad de pacientes con vitiligo, en particular en lesiones localizadas en la cara y el tronco.

Bibliografía

1. Westerhof W, Nieuweboer-Krobotova LN. Treatment of vitiligo with UV-B radiation vs topical psoralen plus UV-A. Arch Dermatol 1997;133:1525-8.
2. Njoo MD, Bos JD, Westerhof W. Treatment of generalized vitiligo in children with narrow-band (TL-01) UVB radiation therapy. J Am Acad Dermatol 2000; 42:245-53.

214 VITÍLIGO SEGMENTARIO ASOCIADO A TRAUMATISMO QUIRÚRGICO

A. B. Piteiro, M. Hervella, L. Pérez-España, M. Ruano, R. de Lucas, R. Díaz, M. Casado

Hospital La Paz. Madrid.

El vitiligo segmentario se caracteriza por su distribución a lo largo de un dermatomo. Es un cuadro que suele aparecer en las primeras décadas de la vida, siendo bastante menos frecuente que el vitiligo no segmentario. Presenta suficientes diferencias clínicas con éste como para que sea considerado por muchos autores como un proceso con etiopatogenia distinta a la del vitiligo no segmentario.

Caso clínico: Paciente varón de 20 años de edad entre cuyos antecedentes personales destacaba una nefrectomía con adrenalectomía izquierda realizada 18 meses atrás por presentar una pielonefritis crónica secundaria a un reflujo vesicoureteral de larga evolución. Consultaba por la aparición de una zona de piel hipocrómica, asintomática, localizada en el tronco, que apareció al mes de realizada la citada intervención. La lesión creció de manera progresiva durante 6 meses, para posteriormente permanecer estable. A la exploración clínica se apreciaba una gran placa acrómica, que se distribuía por el hemitórax y hemiabdomen izquierdo, quedando perfectamente delimitada por la línea media del tronco.

Discusión: La etiopatogenia de este proceso es desconocida aunque parece estar relacionada con posibles alteraciones en la inervación simpática. Se discuten las hipótesis etiopatogénicas y se revisa la literatura.