

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Micropápulas inguinales asintomáticas en paciente tratada con quimioterapia

J. del Boz^a, A. Sanz^b y E. Samaniego^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

Historia clínica

Se trata de una mujer de 32 años diagnosticada 18 meses antes de linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular estadio IIIA de Ann Arbor (adenopatías supra e infradiafragmáticas y ausencia de síntomas B). Había sido tratada inicialmente con 6 ciclos de ABVD (adriamicina, bleomicina, vinblastina y dacarbacina). Al recaer el linfoma fue tratada con 2 ciclos de c-MOPP (ciclofosfamida, vincristina, prednisona y procarbacina), que fue sustituido por GPD (gemcitabina, cisplatino y dexametasona) ante toxicidad neurológica (parestesias). Se decidió entonces la realización de un autotrasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica, previo acondicionamiento con melfalán y radioterapia corporal total. El día 5.º postrasplante aparecieron lesiones cutáneas asintomáticas en ambas ingles, inicialmente etiquetadas de intertrigo candidiásico. Diez días más tarde, ante la persistencia de dichas lesiones a pesar del tratamiento antifúngico sistémico, la paciente fue remitida a Dermatología.

Exploración física

En ambas ingles podían observarse múltiples micropápulas brillantes no foliculares sobre una placa eritematoparduzca de bordes poco precisos (fig. 1).

Histopatología

Se realizó una biopsia en sacabocados procurando abarcar varias pápulas. Podían apreciarse cilindros hiperqueratósicos coincidiendo con la salida de los acrosiringios. El conducto ecрино subyacente presentaba pérdida del epitelio ductal característico, siendo sustituido por células epiteliales de tipo escamoso y células disqueratósicas aisladas (figs. 2 y 3).



Figura 1.

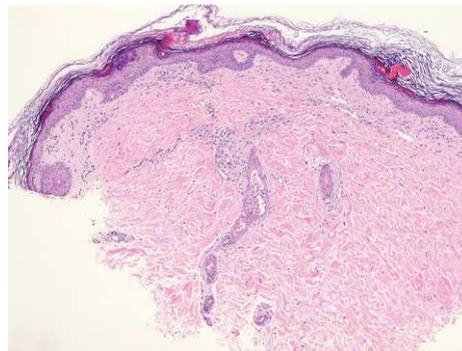


Figura 2.
Hematoxilina-eosina, 40.

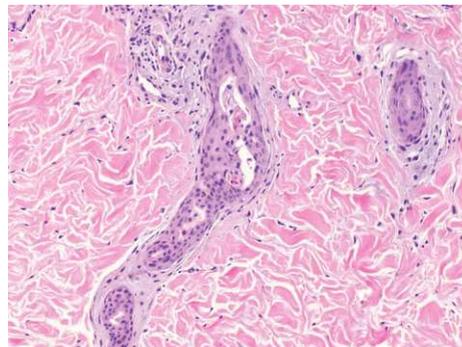


Figura 3.
Hematoxilina-eosina, 200.

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia:
Javier del Boz González.
Servicio de Dermatología.
Hospital Civil.
Plaza del Hospital Civil, s/n.
29010 Málaga. España.
javierdelboz@yahoo.es

Aceptado el 23 de enero de 2008.

Diagnóstico

Siringometaplasia escamosa ecrina (SEE).

Evolución

Las lesiones cutáneas evolucionaron favorablemente sin necesidad alguna de tratamiento, desapareciendo completamente tres semanas tras su aparición. Respecto al linfoma, la paciente se encuentra actualmente (6 meses tras el autotrasplante de progenitores hematopoyéticos) en remisión completa.

Comentario

La SEE es una dermatosis poco frecuente que se define por un patrón histológico consistente en la transformación del epitelio glandular del ovillo o la porción excretora de la glándula ecrina en células escamosas con o sin queratinización intraductal. Es una respuesta reactiva del epitelio ductal ecrino que habitualmente se presenta en pacientes que están recibiendo quimioterapia (tal y como sucede en nuestro caso), aunque se han descrito casos asociados a exposición a otros tóxicos o a lesiones cutáneas tumorales, infecciosas o inflamatorias, e incluso como forma primaria sin ningún trastorno subyacente¹⁻⁶.

La hipótesis más congruente sobre su patogenia es que se deba a una toxicidad directa del fármaco al eliminarse a través del sudor⁴, aunque estas lesiones pueden aparecer como «fenómeno de evocación» en zonas previamente tratadas con radioterapia, precipitándose con el uso de un determinado quimioterápico², e incluso como resultado de extravasación de citostáticos¹.

Las lesiones cutáneas aparecen en un intervalo de tiempo muy variable desde la administración del fármaco. Éstas suelen presentarse como placas o pápulas eritematosas confluyentes acompañadas de vesículas e incluso ampollas^{1,4,6}. Según algunos autores⁵ los casos asociados a quimioterapia presentan lesiones distribuidas preferentemente en palmas, plantas, axilas e ingles, que son las zonas de mayor densidad de glándulas sudoríparas, aunque se han descrito casos localizados en zonas muy dispares^{3,4,6}.

Las lesiones son habitualmente asintomáticas, aunque algunos pacientes refieren dolor.

Al tratarse por lo general de una dermatosis autolimitada y asintomática puede evitarse normalmente la retirada del fármaco presuntamente causal. Por otra parte, se han utilizado para su tratamiento corticoides tópicos y sistémicos².

En el diagnóstico diferencial de la SEE debe tenerse en cuenta la hidradenitis ecrina neutrofílica (HEN)², entidad descrita por lo general en pacientes afectados de neoplasias hematológicas tratadas con citotóxicos. En ésta las lesiones muestran un denso infiltrado neutrofílico alrededor y dentro de los conductos ecrinos. Ambas han sido descritas concomitantemente, habiéndose postulado que forman parte del espectro de la misma enfermedad⁶, pudiendo constituir la SEE una fase tardía de la HEN⁶.

En nuestro caso el fármaco causal más probable es el melfalán, último quimioterápico administrado previo a la aparición del cuadro.

Debemos tener presente la SEE en el diagnóstico diferencial de las toxicodermias, especialmente en pacientes que reciben quimioterapia, aunque no existe una clara predisposición por un determinado fármaco o tipo tumoral^{1,2}.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bordel MT, Miranda A. Siringometaplasia escamosa ecrina por extravasación de quimioterapia. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:462-4.
2. Romero-Gómez J, Vera-Casaño A, Sanz-Trelles, Acha-García T, Martínez-García S, Crespo-Erchiga V. Siringometaplasia escamosa ecrina como expresión del fenómeno de evocación. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:577-80.
3. Serrano T, Sáez A, Moreno A. Eccrine squamous syringometaplasia. A prospective clinicopathologic study. *J Cutan Pathol.* 1993;20:61-5.
4. Baniandrés O, Carmena R. Placas eritematosas en un paciente tratado con quimioterapia. *Piel.* 2002;17:83-4.
5. Valks R. Siringometaplasia escamosa ecrina. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:13-24.
6. Del Cerro M, Torrelo A, Madero L, Mediero IG, Zambrano A. Siringometaplasia escamosa ecrina en una niña tratada con quimioterapia. *Actas Dermosifiliogr.* 2000;91:35-8.