



Figura 1. Tumor mal definido, de 5 x 3 cm de diámetro, con múltiples nódulos violáceos en su superficie, localizado en la cara externa del brazo derecho.

crito por Toker en 1972. Suele presentarse como una lesión nodular eritematosa de rápido crecimiento en la cabeza, el cuello o las extremidades, en personas mayores de 65 años^{6,7}.

Su etiopatogenia se desconoce aunque se han implicado diversos factores: a) radiación ultravioleta, mayor incidencia en áreas fotoexpuestas en pacientes con historia personal de carcinoma basocelular o epidermoide; b) otros carcinógenos, con frecuencia aparece en áreas irradiadas, de eritema ígneo, o tras exposición crónica a arsénico; c) inmunosupresión, por tratamiento en el contexto de trasplante renal y cardíaco o enfermedades reumáticas, en pacientes con neoplasias hematológicas o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); d) casos descritos en pacientes con displasia ectodérmica congénita o enfermedad de Cowden, y e) virus oncogénicos, no se pudo demostrar el papel del virus de Epstein-Barr⁸⁻¹⁰.

En conclusión, hemos presentado un caso de CCM asentado en la zona de inyección de una vacuna. El hecho de no encontrar casos descritos hasta la fecha, pese a que la población diana de la vacuna antigripal coincide con la de mayor riesgo de desarrollar CCM (personas de 65 o más años y pacientes inmunodeprimidos), nos hace pensar que se trata de un hecho fortuito. Sin embargo, la estrecha rela-

ción temporal podría indicar que la vacunación causa una alteración inmunitaria local mediante un mecanismo patogénico desconocido que facilitarí el desarrollo del CCM en personas predispuestas.

Correspondencia:
Benigno Monteagudo Sánchez.
C/ Alegre, 83-85, 3.ªA.
15401 Ferrol. A Coruña. España.
benims@hotmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nikkels AF, Nikkels Tassoudji N, Pierard GE. Cutaneous adverse reactions following anti-infective vaccinations. *Am J Clin Dermatol.* 2005;6:79-87.
2. Wu JJ, Huang DB, Pang KR, Tyring SK. Vaccines and immunotherapies for the prevention of infectious diseases having cutaneous manifestations. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50:495-528.
3. Reed WB, Wilson-Jones E. Malignant tumors as a late complication of vaccination. *Arch Dermatol.* 1968;98:132-5.
4. Green JJ, Heymann WR. Dermatofibrosarcoma protuberans occurring in a smallpox vaccination scar. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:S54-5.
5. May SA, Netto G, Domiati Saad R, Kasper C. Cutaneous lymphoid hyperplasia and marginal zone B-cell lymphoma following vaccination. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:512-6.
6. Alonso A, Daudén E, Álvarez Ruiz S, Ríos L, Fraga J, García Díez A. Placa eritematosa frontal de crecimiento rápido. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:264-6.
7. Swann MH, Yoon J. Merkel cell carcinoma. *Semin Oncol.* 2007;34:51-6.
8. Paradelo de la Morena S, Peña C, Fonseca Capdevila E. Carcinoma de Merkel. *Piel.* 2005;20:266-76.
9. Kanitakis J, Euvrard S, Chouvet B, Butnaru AC, Claudy A. Merkel cell carcinoma in organ-transplant recipients: report of two cases with unusual histological features and literature review. *J Cutan Pathol.* 2006;33:686-94.
10. Shaw M, Warren S, Groben P, Gulley ML. No evidence of Epstein-Barr virus association with Merkel cell carcinoma. *J Cutan Pathol.* 2006;33:624-8.

Acantoma de células claras eruptivo

V. Morillo^a, P. Manrique^a, I. Zabalza^b y J.L. Artola^a

^aSección de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Galdakao. Galdakao. Vizcaya. España.

Sr. Director:

El acantoma de células claras (ACC) fue descrito por Degos et al en 1962¹. Ellos sugirieron que se trataba de un tumor epitelial benigno de origen epidérmico, en lu-

gar de una hiperplasia reactiva de origen inflamatorio, aunque 8 años después cuestionaron este concepto. En los últimos años son varios los autores que han reivindicado la naturaleza inflamatoria de esta lesión, incluyendo



Figura 1. Acanthoma de células claras eruptivo en las piernas.



Figura 2. Múltiples acantomas de células claras en los muslos.

los que defienden que se trata de una forma localizada de psoriasis^{2,3}.

La mayoría de los ACC son solitarios, siendo infrecuentes las formas múltiples. De forma aislada, está descrita en la literatura médica una forma eruptiva de la enfermedad, con más de 400 lesiones.

Nuestra paciente es una mujer de 32 años sin antecedentes personales de interés, salvo la presencia de una placa costrosa en la zona occipital del cuero cabelludo durante su adolescencia, que había desaparecido de forma espontánea hacia varios años. Como antecedentes familiares, su padre y un hermano presentaban psoriasis. Nos consultaba por la aparición progresiva desde hacía 20 años de múltiples pápulas eritematosas en los miembros inferiores (figs. 1 y 2) y los glúteos. Eran de consistencia elástica, algunas ligeramente descamativas. La paciente refería sangrado ocasional al ponerse pantalones ajustados. Durante el último año estaban apareciendo pápulas similares en el tronco y los miembros superiores.

Con el posible diagnóstico clínico de liquen mixedematoso biopsiamos tres pápulas, siendo la imagen anatomopatológica similar en las tres. Se observaba una hiperplasia psoriasiforme, integrada por células grandes, de citoplasma claro (fig. 3), intensamente PAS positivo. La demarcación con la epidermis sana adyacente era muy nítida en las tres lesiones.

El ACC es generalmente solitario y se localiza con mayor frecuencia en las piernas, aunque el caso descrito por Degos et al se encontraba en el abdomen. El primer caso de ACC múltiple fue descrito en 1964⁴ y desde entonces se han publicado unos 30 artículos. De estos, la mayoría son pacientes con ACC en número de 2-20, localizados en los miembros inferiores; a veces han aparecido en el contexto de ictiosis, venas varicosas, psoriasis o piel xerótica, sin que se haya podido aclarar si esta asociación es meramente coincidental^{5,6}. Hay un caso muy interesante de ACC múltiple en una madre y sus dos hijos. Que sepamos, es el único ejemplo familiar descrito⁷.

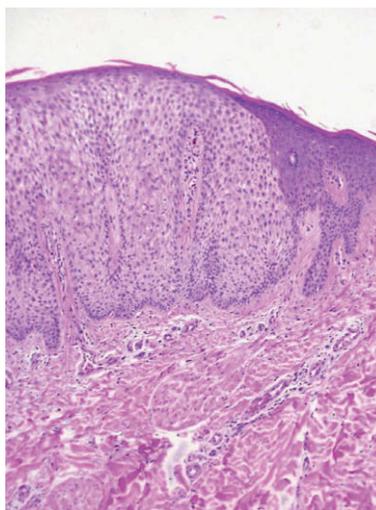


Figura 3. Epidermis acantósica con queratinocitos claros y aumentados de tamaño (hematoxilina-eosina, 20).

De forma aislada y dentro de estos 30 casos, se han descrito pacientes con más de 100 lesiones generalizadas en el tronco y los miembros⁸. En la literatura médica tan solo hemos encontrado un caso similar al nuestro: una mujer con más de 400 lesiones, que han ido apareciendo de forma progresiva⁹.

Con respecto a la etiología del ACC, el mismo Degos reconoció 8 años después de la primera descripción que la naturaleza neoplásica de esta lesión estaba lejos de establecerse. Desde entonces, son muchos los autores que sugieren el hecho de que el ACC representa un patrón de reacción psoriasiforme. En términos generales se basan en estos tres criterios^{2,3,10}:

1. Muchos de los ACC descritos se localizan en el seno de otras lesiones inflamatorias o reactivas, ya sean dermatitis de estasis, quistes pilonidales o placas de psoriasis.
2. Los hallazgos histopatológicos, así como el patrón dermatoscópico del ACC y la psoriasis, son muy similares.

3. En un estudio reciente se comprobó que la inmunohistoquímica realizada era similar a la de la epidermis normal y a la de la psoriasis.

Dicho esto, y siempre en términos hipotéticos, podría ser que la psoriasis presente en la familia de nuestra paciente se manifestara en ella de esta forma tan excepcional.

Ella nos refería que al realizar años atrás, y por decisión propia, tratamientos mediante fototerapia en centros privados, las lesiones mejoraban ostensiblemente, aunque volvían a aparecer. Nosotros hemos optado por realizarle fototerapia con UVB de banda estrecha sin obtener respuesta. Posteriormente hemos propuesto a la paciente realizar PUVA, pero por ahora se niega a seguir cualquier tratamiento.

Correspondencia:
Victoria Morillo.
Hospital de Galdakao.
Barrio Labeaga, s/n.
48960 Galdakao. Vizcaya. España.
victoria.morillomontanes@osakidetza.net

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Degos R, Delort J, Civatte J, Poiars BA. Tumeur épidermique d'aspecte particulier: acanthome à cellules claires. *Dermatologica* 1962;129:361-71.
2. Terrasa F, Saus C, Mestre F. Acanthoma de células claras como forma localizada de psoriasis. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2005; 33:91-2.
3. Finch TM, Tan CY. Clear cell acanthoma developing on a psoriatic plaque: further evidence of an inflammatory aetiology? *Br J Dermatol*. 2000;142:842-4.
4. Delacretaz J. Acanthomes à cellules claires. *Dermatologica*. 1964;129:147-53.
5. Betti R, Brusca C, Inselvini E, Palvarini M, Crosti C. Successful cryotherapy treatment and overview of multiple clear cell acanthomas. *Dermatol Surg*. 1995;21:342-4.
6. Landry M, Winkelmann RK. Multiple clear cell acanthoma and ichthyosis. *Arch Dermatol*. 1972;105:371-83.
7. Balus L, Carnelli T, Cristiani R. Acanthome à cellules claires multiple et familiale. *Ann Dermatol Venereol*. 1984;111:665-6.
8. Paz R, González R, García F. Multiple clear cell acanthomas. *J EAD*. 2005;19:319.
9. Innocenzi D, Barduagni F, Cerio R. Disseminated eruptive clear cell acanthoma: a case report with review of the literature. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19:249-53.
10. Zedek DC, Langel DJ, White WL. Clear cell acanthoma versus acanthosis: A psoriasiform reaction pattern lacking tricholemmal differentiation. *Am J Dermatopathol*. 2007;29:378-84.

Dermatitis de contacto alérgica a hidrocortisona como complicación del cuidado local de tatuajes

C. Laguna, V. Zaragoza y J. de la Cuadra

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Sr. Director:

Se han descrito numerosas complicaciones en el contexto de la realización de tatuajes, entre ellas infecciones diversas, aparición de tumores, reacciones granulomatosas y alergia de contacto¹. La dermatitis alérgica de contacto (DAC) en estos casos se ha descrito en relación con alguno de los pigmentos utilizados, especialmente el rojo. Pero por otra parte, el usuario también utiliza multitud de productos para el cuidado local de los tatuajes ya sean corticoides, antibióticos, pomadas cicatrizantes o antisépticos, que pueden ser causa también de una DAC. Describimos dos casos consecutivos de DAC a la hidrocortisona en sendos pacientes que utilizaron una pomada que contenía hidrocortisona indicada por el tatuador para el cuidado local de sus tatuajes.

El primero de los casos es el de un varón de 21 años que acudió a Urgencias por un eccema agudo en la pierna iz-

quierda. Las lesiones se localizaban alrededor de un tatuaje negro permanente realizado 10 días antes. El paciente comentó que estaba previsto realizar el tatuaje en dos tiempos y la parte superior del mismo estaba inacabada (fig. 1A). Desde entonces había estado aplicando Terra Cortril® pomada (hidrocortisona, oxitetraciclina, vaselina como excipiente; Farmasierra Laboratorios) tal y como le había recomendado el tatuador, apareciendo las lesiones cutáneas una semana después de comenzar su uso. Se pauteó en Urgencias Diprogenta® crema (betametasona y gentamicina; Shering Plough) y Dexa Tavegil® (dexametasona y clemastina; Novartis Consumer Health) resolviéndose las lesiones. A pesar de las recomendaciones, al cabo de dos meses el paciente decidió completar el tatuaje, de nuevo aplicó Terra Cortril® pomada y a los dos días comenzó con lesiones cutáneas (fig. 1B). Recibió de nuevo tratamiento con Diprogenta® con buena respuesta clínica. Se realiza-