

Eritema exudativo multiforme perinéxico

V. Monsálvez, R.J. Chico, S. López-Gómez y F. Vanaclocha

Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Sr. Director:

Existen varios tipos de dermatosis que suelen acontecer alrededor de los nevos melanocíticos, aunque son pocos los casos descritos de cada uno de ellos. Entre estas dermatosis la más representativa es el halo nevus¹ (nevus de Sutton, *leucoderma acquisitum centrifugum*), pero existen otras con nombres propios como son el nevus de Meyerson² (halo dermatitis), el nevus targetoide³ y una forma de eritema exudativo multiforme perinéxico⁴ (EEM perinéxico).

Dentro de las dermatosis perinéxicas, el nevus de Sutton o halo nevus¹ es el más frecuentemente descrito, conocido por la presencia de un halo acrómico perinéxico, que se ha relacionado con un proceso inmunológico provocado por el propio nevus. En 1971 Meyerson² describió unos pacientes con nevus que presentaban un eritema descamativo alrededor de los mismos que se confirmó histológicamente como una dermatitis espongiótica, fenómeno que se resolvía espontáneamente^{5,6}. Otra entidad descrita alrededor de los nevos melanocíticos es el halo nevus targetoide, que se trataría de un halo eritematoso alrededor de un halo nevus, que se considera un fenómeno inmune inducido por el propio halo nevus, que se resuelve al extirpar este³. También existe un único caso de psoriasis perinéxica descrito en 1992 por Shifer et al⁷. Son pocos los casos de EEM perinéxico descritos en la literatura, pero ninguno de ellos en una paciente embarazada. De etiología desconocida, Humphreys y Cox⁸ lo describieron en 1988 en un paciente que fue tratado con tiabendazol, pero ningún caso posterior se ha relacionado con otro fármaco, sino que todos los descritos se han relacionado con antecedentes de herpes labial, como ocurre en nuestra paciente. En todos los casos descritos la histología confirma la presencia de un infiltrado linfocitario en la dermis alrededor de las células névicas, junto con degeneración y necrosis de los queratinocitos en la epidermis, sugestivo de EEM perinéxico^{4,8-10}. La evolución de esta patología es idéntica a la acontecida en el EEM no perinéxico, resolviéndose espontáneamente o con tratamiento corticoideo. Algunos autores utilizan antivirales para acelerar la curación del herpes, una opción que no consideramos en nuestra paciente.

Presentamos el caso de una mujer embarazada de 5 meses, sin antecedentes de interés excepto herpes labiales de repetición, que consultaba por enrojecimiento perinéxico. Inicialmente se trataba de halos eritematosos infiltrados que abarcaban 0,2 cm alrededor de los nevos; al transcurrir los días se transformaban en halos con forma de diana, concéntricos, alrededor de los nevos, que afectaban a la mayoría de ellos, tanto del cuerpo (figs. 1 y 2) como de

la cara, y que presentaban a su vez alguna lesión aislada con forma de diana que no afectaba a ningún nevus. La paciente refería lesiones en el labio superior compatibles con herpes labial en resolución. La clínica y la histología eran diagnósticas de eritema exudativo multiforme perinéxico. Se pautó prednisona 30 mg/día y las lesiones desaparecieron a los 5 días.

Correspondencia:
Verónica Monsálvez Honrubia.
Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre.
Av. Córdoba, s/n.
28041 Madrid. España.
monsalvezhonrubia@hotmail.com



Figura 1. Se objetiva un halo eritematoso perinéxico en el escote.



Figura 2. Lesiones cutáneas con mayor detalle.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cornbleet T, Bernstein R, Kroll C. Observations on leukoderma acquistum centrifugum. Arch Dermatol. 1960;82:1011-2.
2. Meyerson KB. A peculiar papulosquamous eruption involving pigmented naevi. Arch Dermatol. 1971;103:510-2.
3. Del Río E, Aguilar A, Gallego MA. Targetoid halo nevus. J Am Acad Dermatol. 1993;29:267-8.
4. Fabrizi G, Massi G. Halo naevus with histological changes resembling epidermal erythema multiforme. Br J Dermatol. 1999;141:369-70.
5. Weedon D, Farnsworth J. Spongiotic changes in melanocytic naevi. Am J Dermatopathol. 1984;6:257-9.
6. Nicholls DS, Mason GH. Halo dermatitis around a melanocytic naevus: Meyerson's naevus. Br J Dermatol. 1988;118:125-9.
7. Shifer O, Tchetchik R, Glazer O, Metzker A. Halo dermatitis in children. Pediatric Dermatol. 1992;9:275-7.
8. Humphreys F, Cox NH. Thiabendazole-induced erythema multiforme with lesions around melanocytic naevi. Br J Dermatol. 1988;118:855-6.
9. McKenna KE. Naevocentric erythema multiforme associated with herpes labialis. Br J Dermatol. 1999;141:954-5.
10. Pariser RJ. Nevocentric erythema multiforme. JAAD. 1994;31:491-2.

Gangrena simétrica periférica y coagulación intravascular diseminada asociadas a sepsis neumocócica

Ó. Suárez-Amor^a, R. Casado-Arroyo^b, M. Cabanillas^a, J. Labandeira^a y J. Toribio^a

^aServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

^bUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Sr. Director:

La gangrena simétrica periférica (GSP) es una complicación infrecuente pero devastadora de la septicemia. La mayoría de los casos de GSP se asocia a coagulación intravascular diseminada (CID).

Presentamos el caso de una mujer de 35 años, esplenectomizada por traumatismo abdominal a los tres años de edad, que fue remitida al hospital por un cuadro de fiebre e intensa postración que se había iniciado 6 días antes en forma de febrícula, mialgias y tos seca. Durante su evaluación inicial se evidenció taquicardia, taquipnea, hipotensión y fiebre. La exploración física era anodina, siendo el único hallazgo patológico la presencia de crepitantes bibasales en la auscultación cardiopulmonar. Las pruebas complementarias iniciales pusieron de manifiesto la presencia de leucocitosis con desviación izquierda (leucocitos: 11.600/ μ l [rango:4.000-10.000], neutrófilos: 91% [40-75%], cayados: 46% [1-3%]), acidosis mixta, taquicardia sinusal y derrame pleural bilateral con broncograma aéreo retrocardíaco. La bioquímica sérica, el estudio de coagulación, la bioquímica y el sedimento de orina, así como el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron normales. Debido a su estado hemodinámico y con el diagnóstico inicial de sepsis de foco respiratorio por bacteria encapsulada, la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde se procedió a su estabilización mediante infusión de volumen y perfusión de aminas vasoactivas y se inició tratamiento de forma empírica con cefotaxima 2 g cada 6 horas y azitromicina 500 mg cada 24 horas por vía endovenosa. Seis horas después de su in-

greso en la UCI se reevaluó clínicamente a la paciente y se evidenciaron lesiones cutáneas petequiales en las zonas acras de las extremidades, que confluían formando placas equimóticas. Los pulsos periféricos eran palpables. Un segundo hemograma y un estudio de la coagulación realizados en ese momento fueron compatibles con una CID (plaquetas: 20.000/ μ l [150.000-400.000], tiempo de protrombina: 20 seg [10-12,5], tiempo de cefalina: 82,5 seg [20-40], productos de degradación del fibrinógeno (PDF): 650 μ g/ml [< 8], dímero D: 8.947 ng/ml [< 500]). El cuadro precisó la administración de concentrados de hemáties y plaquetas, así como de plasma fresco. El antígeno de *Streptococcus pneumoniae* en orina fue positivo y en el cultivo del LCR se aisló el mismo agente. El antibiograma mostró que el organismo era sensible a la penicilina y se instauró tratamiento con dicho antibiótico en dosis de 4 millones de unidades cada 6 horas. La evolución clínica de la paciente a lo largo de los siguientes días fue favorable, con resolución de las lesiones cutáneas salvo en varios dedos de las manos, donde se produjo necrosis y posterior gangrena seca con momificación (fig. 1). Tres meses y medio después, cuando las zonas necróticas se habían delimitado, se amputaron dichas áreas y se reconstruyó el defecto mediante colgajo.

La GSP es un síndrome infrecuente pero bien documentado, descrito por primera vez por Hutchinson en 1891. Consiste en una gangrena simétrica de localización acral sin evidencia de oclusión de grandes vasos o vasculitis¹. Las lesiones se inician en forma de eritema o lesiones purpúricas que en 24-48 horas evolucionan hacia la gan-