

Dermatosis neutrofílica de las manos asociada a artritis reumatoide

Neutrophilic dermatosis of the hands in rheumatoid arthritis

Sr. Director:

La dermatosis neutrofílica de las manos (DNM) es una entidad infrecuente con no más de 30 casos bien documentados en la literatura¹. Hasta el 27% de los mismos se asocia a neoplasias, aunque es rara su relación con la artritis reumatoide² (AR).

Presentamos el caso de una mujer de 46 años de edad con artritis reumatoide seropositiva de años de evolución y buen control mediante la administración semanal de 15 mg de metotrexato. Consultaba por la aparición de lesiones sensibles de 20 días de duración localizadas en las manos. Se trataba de lesiones eritemato-violáceas, no descamativas, de límites difusos, que abarcaban las eminencias tenar e hipotenar de forma bilateral (fig. 1). Se extendían sobre el dorso, afectando a los tres primeros dedos y segunda articulación metacarpofalángica de la mano izquierda (fig. 2). El estudio histopatológico revelaba una vasculitis neutrofílica con intensa leucocitoclasia y edema en la dermis (fig. 3). La inmunofluorescencia directa era negativa. No presentaba fiebre. En el hemograma destacaba una velocidad de sedimentación globular de 45 mm en la primera hora, sin objetivarse desviación izquierda. La paciente fue diagnosticada de DNM y se inició tratamiento con prednisona oral en dosis de 0,75 mg/kg/día, con resolución total de las lesiones a las tres semanas de su inicio. Se realizaron diversas pruebas complementarias que incluían estudio analítico con hemograma, bioquímica, coagulación, anticuerpos antinucleares, hormonas tiroideas, biomarcadores, serología de lúes, VHB, VHC, virus de la inmunodeficiencia humana, frotis de sangre periférica, radiografía de tórax, ecografía abdominal y endoscopia digestiva baja. Todos los resultados fueron negativos o con valores dentro de la normalidad.

La DNM fue descrita por primera vez en el año 1995 por Strutton et al bajo el nombre de «vasculitis pustulosa del



Figura 1 Placas eritemato-violáceas en las eminencias tenar e hipotenar.



Figura 2 Placa eritematosa que abarca el dorso de los dedos y la articulación metacarpofalángica.

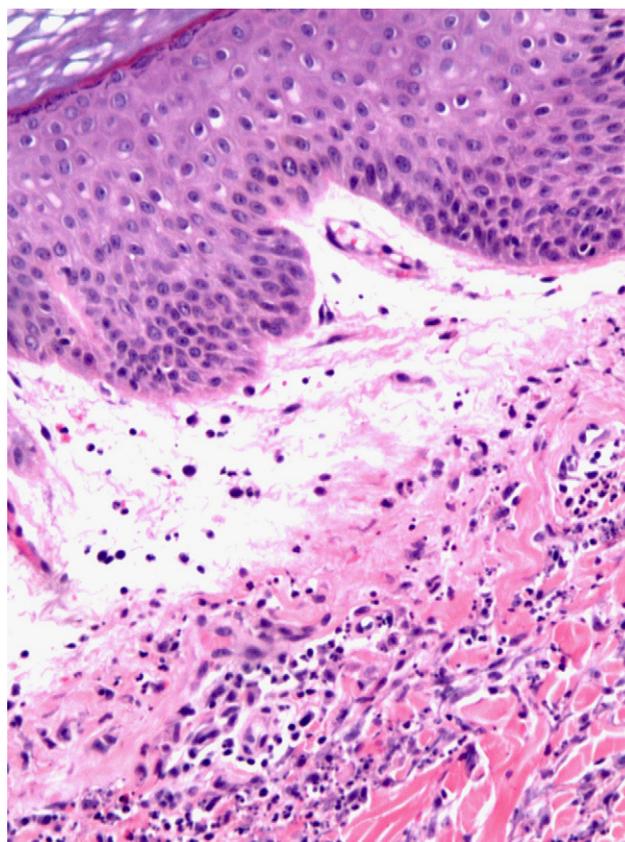


Figura 3 Vasculitis leucocitoclásica y edema en la dermis. (Hematoxilina-eosina, x60).

dorso de manos»³. En el año 2000 Galaria et al describen tres nuevos casos y proponen el término «dermatosis neutrofílica del dorso de manos»⁴. En 2004 Weenig et al presentan 4 pacientes en los que se objetiva también afectación palmar⁵. En el momento actual la DNM se considera una variedad localizada en las manos del síndrome de Sweet, con capacidad para extenderse a otras localizaciones¹. La presencia de fiebre y neutrofilia no es constante y se halla ausente en más del 30% de los casos¹. Clínicamente es posible objetivar en ocasiones lesiones pustulosas o de

contenido hemático. Su importancia radica en su frecuente asociación con otros procesos subyacentes, muchas veces no diagnosticados. De hecho, algunas series revelan que hasta el 27% de los casos se asocia a neoplasias, la mayoría de origen hematológico, y el 15% con enfermedad inflamatoria intestinal². Se ha relacionado, asimismo, con infección por el VHC y el estreptococo de manera esporádica⁶. Su presencia en pacientes con AR es más rara y en este contexto es necesario distinguirla de otras dermatosis neutrofílicas que también se relacionan con dicha entidad, como son la dermatosis neutrofílica reumatoidea (DNR), el *eritema elevatum et diutinum* y el *pioderma gangrenoso*⁷. Por sus semejanzas clínicas se vuelve especialmente interesante el diagnóstico diferencial con la DNR⁸, que fue descrita en 1978 por Ackerman y en la actualidad existen menos de 30 casos publicados. Se trata de una dermatosis no paraneoplásica de inicio agudo que afecta mayoritariamente a mujeres con AR seropositiva. Cursa con nódulos y pápulas eritematosas sensibles que asientan en las manos y la cara extensora de las extremidades, principalmente sobre articulaciones y áreas adyacentes. El estudio histológico muestra una intensa infiltración por neutrófilos en la dermis con leucocitoclasia variable. La ausencia de vasculitis la distingue de la DNM, en donde se trata de un hecho característico aunque no constante. De hecho, en la DNM, el hallazgo de vasculitis es más frecuente conforme aumenta el periodo de tiempo entre el inicio de la clínica y la realización de la biopsia^{1,9}. No es rara, en la evolución de la DNR, la resolución espontánea o secundaria a la mejoría del proceso reumatoideo de base. El resto de casos suele resolverse con la administración de dapsona⁸. El tratamiento de elección en la DNM se sustenta en la corticoterapia sistémica, utilizándose dosis de prednisona oral de hasta 1 mg/kg/día. A diferencia de la DNR, responde hasta el 71% de los casos. En el resto se puede intentar el tratamiento con dapsona o yoduro potásico¹⁰.

En conclusión, creemos importante realizar un completo despistaje tanto paraneoplásico como de otras patologías ante el diagnóstico de DNM, teniendo en cuenta también que raramente puede aparecer asociada con procesos reumatológicos tipo AR, como fue en nuestro caso.

doi:10.1016/j.ad.2009.10.006

Bibliografía

1. Del Pozo J, Sacristán F, Martínez W, Paradela S, Fernández-Jorge B, Fonseca E. Neutrophilic dermatosis of the hands: presentation of eight cases and review of the literature. *J Dermatol*. 2007;34:243–7.
2. Walling HW, Snipes CJ, Gerami P, Piette WW. The relationship between neutrophilic dermatosis of the dorsal hands and sweet syndrome: report of 9 cases and comparison to atypical pyoderma gangrenosum. *Arch Dermatol*. 2006;142:57–63.
3. Strutton G, Weedon D, Robertson I. Pustular vasculitis of the hands. *J Am Acad Dermatol*. 1995;32:192–8.
4. Galaria NA, Junkins-Hopkins JM, Kligman D, James WD. Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands: pustular vasculitis revisited. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:870–4.
5. Weenig RH, Bruce AJ, McEvoy MT, Gibson LE, Davis MD. Neutrophilic dermatosis of the hands: four new cases and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2004;43:95–102.
6. Baz K, Yazici AC, Kaya TI, Ikizoglu G, Ulubas B, Apa DD, et al. Neutrophilic dermatosis of the hands (localized Sweet's syndrome) in association with chronic hepatitis C and sarcoidosis. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28:377–9.
7. Ergun T, Inanc N, Tuney D, Kotiloglu EK, Seckin D, Tetik C, et al. Skin manifestations of rheumatoid arthritis: a study of 215 Turkish patients. *Int J Dermatol*. 2008;47:894–902.
8. Lu CI, Yang CH, Hong HS. A bullous neutrophilic dermatosis in a patient with severe rheumatoid arthritis and monoclonal IgA gammopathy. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51(2 Suppl):S94–6.
9. Duquia RP, Almeida Jr HL, Vettorato G, Souza PR, Schwartz J. Neutrophilic dermatosis of the dorsal of the hands: acral sweet syndrome? *Int J Dermatol*. 2006;45:51–2.
10. Laguna C, Vilata JJ, Martín B. Dermatitis neutrofílica del dorso de manos. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:102–4.

J. Concheiro^{a,*}, A. León^a, R. Pardavila^a, R. Cervantes^a y A. Badiola^b

^aServicio de Dermatología, Hospital POVISA, Vigo, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital POVISA, Vigo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: concheiro@gmail.com (J. Concheiro).

Dermatitis alérgica de contacto por amorolfina en laca de uñas

Allergic contact dermatitis due to amorolfine in nail lacquer

Sr. Director:

La alergia de contacto debida a fármacos antifúngicos es relativamente infrecuente en relación con su uso tan extendido. Se han descrito algunos casos de dermatitis alérgica de contacto, siendo los derivados imidazólicos los alérgenos más frecuentemente implicados^{1,2}.

La amorolfina es un derivado morfolínico sin relación estructural con otros fármacos antimicóticos. Inicialmente se comercializó en algunos países como una laca de uñas para el tratamiento de la onicomycosis. La crema de amorolfina ha sido comercializada más recientemente en Europa, Asia y Sudamérica, y se utiliza para tratar infecciones fúngicas cutáneas. Hasta el momento actual, solo se han publicado tres casos de dermatitis alérgica de contacto debida a amorolfina en la literatura mundial^{3–5}.

Una mujer de 36 años, sin antecedentes médicos relevantes, fue enviada a nuestra consulta de Dermatología porque presentaba una probable onicomycosis de la primera uña de ambos pies, de varios meses de evolución, por la que no había recibido tratamiento previamente. En la exploración física, la primera uña de ambos pies tenía una coloración verdosa y un engrosamiento distal. Se sospechó