

poco frecuente como por el carácter múltiple de sus lesiones.

Bibliografía

1. Acland KM, Hay RJ, Groves R. Cutaneous infection with *Alternaria alternata* complicating immunosuppression: succesful treatment with itraconazole. *Br J Dermatol.* 1998;138:354–6.
2. Vieira R, Veloso J, Afonso A, Rodrigues A. Cutaneous alternariosis in a liver transplant recipient. *Rev Iberoam Micol.* 2006;23(2): 107–9.
3. Magina S, Lisboa C, Santos P, Oliveira G, Lopes J, Rocha M, et al. Cutaneous alternariosis by *Alternaria chartarum* in a renal transplanted patient. *Br J Dermatol.* 2000;142: 1261–2.
4. Samaniego González E, Martínez Pilar L, Crespo Erchiga V, Martín T, del Boz J, Sanz A. Dos nuevos casos de alternariosis cutánea en pacientes inmunosuprimidas. *Dermatol Pract.* 2008;16:16–8.
5. Williams C, Layton AM, Kerr K, Kibbler C, Barton C. Cutaneous infection with an *Alternaria* sp. in an immunocompetent host. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33:440–2.
6. Bang Pederson N, Mardh PA, Halberg T, Jonsson N. Cutaneous alternariosis. *Br J Dermatol.* 1976;94:201–9.
7. Iwatsu T. Cutaneous alternariosis in a renal transplant recipient. *Arch Dermatol.* 1988;124:1822–5.
8. Duffill MB, Coley KE. Cutaneous phaeohyphomycosis due to *Alternaria alternate* responding to itraconazole. *Clin Exp Dermatol.* 1993;18:156–8.
9. Aldamiz Echebarria M, Vesga JC, Almeida V, Saracibar N, Martínez de Ilarduya G, Portu J. Alternariosis cutánea en un paciente con lupus eritematoso sistémico. *Actas Dermosifiliogr.* 1995;86:373–6.

A.M. Morales^{a,*}, L. Charlez^b, L. Remón^c, P. Sanz^c y C. Aspiroz^d

^aServicio de Dermatología, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España

^bServicio de Dermatología, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^dServicio de Microbiología, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acallaghan@aedv.es (A.M. Morales).

doi:10.1016/j.ad.2009.11.017

Hiperplasia gingival secundaria a everolimus

Gingival Hyperplasia Secondary to Everolimus Therapy

Sr. Director:

Exponemos el caso de una mujer de 34 años, diabética tipo 1 desde hace 20 años, que consulta por un engrosamiento de las encías. La paciente padecía retinopatía y nefropatía diabéticas, motivos por los que precisó un trasplante renal hacía tres años, con injerto normofuncionante en la actualidad. Además es hipertensa, sufre migrañas y había sido intervenida hacía 10 años de un adenoma hipofisario. Refiere intolerancia a enalapril y micofenolato-mofetilo, por lo cual actualmente se encuentra en tratamiento con insulina inyectable, tacrolimus, calcitriol, pantoprazol y everolimus. Este último fármaco había sido introducido hacía 4 meses (los demás los venía utilizando desde hacía años) y desde entonces había notado un progresivo engrosamiento de las encías, junto con erosiones en la mucosa oral y los bordes labiales, además de una intensa halitosis. Todo ello le ocasionaba muchas molestias, por lo cual consultaba. A la exploración se observaba una hiperplasia gingival de predominio en la arcada dentaria superior (fig. 1), ulceración de las encías y de los labios. Se objetivaba asimismo una importante piorrea.

Debido a la clara asociación temporal que refería la paciente se estableció el diagnóstico de hiperplasia gingival

secundaria a la toma de everolimus. La retirada del fármaco no fue aconsejable debido al buen control del trasplante renal, que se había conseguido gracias a este, por lo que se optó únicamente por tomar medidas rigurosas en cuanto a la higiene bucal y el control periódico por el odontólogo.

La hiperplasia gingival medicamentosa es una reacción adversa farmacológica de etiología desconocida, aunque se piensa que podría estar en relación con alteraciones del metabolismo del calcio y con factores locales. Los fármacos que con mayor frecuencia se relacionan son los anti-epilépticos, los inmunosupresores y los antagonistas del calcio^{1,2}.



Figura 1 Hiperplasia gingival marcada en la arcada superior dentaria. Erosiones de los labios y las encías.

Dentro del primer grupo la asociación más frecuente es con fenitoína, siendo el primer fármaco que se relacionó con este trastorno (año 1939). Dentro de los inmunosupresores destaca ciclosporina³ en los trabajos publicados y dentro de los antagonistas del calcio, nifedipino⁴.

El cuadro suele aparecer a los pocos meses de iniciarse la toma del fármaco y en general es un proceso reversible, cuyo tratamiento principal consiste en evitar o sustituir las medicaciones si es posible y mantener unas medidas higiénico-dentales estrictas. También se pueden utilizar antibióticos (metronidazol, claritromicina, azitromicina) y en casos resistentes se puede optar por realizar una gingivectomía mediante bisturí, electrocirugía, criocirugía o láser de dióxido de carbono, aunque la recidiva suele aparecer tras 3–12 meses^{1,2}.

Everolimus es un nuevo inmunosupresor derivado de sirolimus, pero con mejor biodisponibilidad y menor vida media. Es un potente inhibidor de la señal de proliferación a través de los receptores m-TOR, y se utiliza en la profilaxis del rechazo de órganos sólidos en adultos con riesgo inmunológico bajo-moderado⁵.

Entre los efectos adversos que con mayor frecuencia se asocian al uso de este grupo de medicamentos se encuentran la hiperlipidemia, la trombocitopenia, el retraso de la cicatrización, la recuperación retardada de la necrosis tubular aguda en el trasplante renal, la reducción de la concentración de testosterona, el aumento de la proteinuria, la neumonitis, la cefalea, la astenia, las artralgias, el linfocite y, en combinación con ciclosporina, incremento de síndrome hemolítico urémico, nefrotoxicidad e hipertensión arterial.

En cuanto a los efectos adversos cutáneos se han relacionado con aftas orales (60%), gingivitis (20%), fisuras labiales crónicas (11%), epistaxis (60%), erupciones acneiformes (46%), foliculitis del cuero cabelludo (26%), hidradenitis supurativa (12%), edema crónico y cambios

esclerodermiformes (55%), angioedema (15%), onicopatía (74%) e infecciones periungueales (16%)⁶.

Nos parece interesante exponer este caso, ya que pese a que hay numerosas descripciones de hiperplasia gingival secundaria a medicamentos, no hemos encontrado en la literatura revisada ningún caso en el que se asocie con la toma de everolimus.

Bibliografía

1. Suárez J, Torrelo A, Boixeda JP. Sobrecrecimiento gingival. *Piel*. 1992;7:450–8.
2. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. Hiperplasia gingival por medicamentos. *Semergen*. 2007;33:273–5.
3. Pastor Llord L, Dauden Tello E, Mestre Bauza F, Iglesias Díez L. Hipertrófia gingival por ciclosporina. *Actas Dermosifiliogr*. 1987;78:49–52.
4. España A, Muñoz E, Suárez J, Torrelo A, Soria C, Ledo A. Hiperplasia gingival por nifedipina. *Actas Dermosifiliogr*. 1990;81:798–800.
5. Carretero M. Everolimus: Inhibición de la señal de proliferación. *Offarm*. 2006;25:103–5.
6. Mahé E, Morelon E, Lechaton S, Sang KH, Mansouri R, Ducasse MF, et al. Cutaneous adverse events in renal transplant recipients receiving sirolimus-based therapy. *Transplantation*. 2007;79:476–82.

S. Pérez-Barrio*, M.R. González Hermosa y J.L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología, Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: spbarrio@hotmail.com
(S. Pérez-Barrio).

doi:10.1016/j.ad.2009.11.011

Dermatitis alérgica de contacto a quinina por una loción capilar anticaída

Contact allergic dermatitis to quinine in an anti-hair loss lotion

Sr. Director:

La utilización de lociones capilares para el tratamiento de la alopecia androgenética puede producir en ocasiones prurito y descamación en el cuero cabelludo. Las causas más frecuentes incluirían la dermatitis de contacto irritativa, la dermatitis alérgica de contacto (DAC) o incluso la exacerbación de una dermatitis seborreica previa. Las DAC por lociones capilares anticaída se encuentran ampliamente descritas en la literatura, y son debidas mayoritariamente a

la presencia de minoxidil o de propilenglicol utilizados como excipiente, siendo este último el alérgeno responsable en la mayoría de los casos¹. Mucho menos frecuente es la presencia de una DAC a la quinina contenida en una loción capilar anticaída, como el caso que presentamos.

Se trata de una mujer de 72 años sin antecedentes personales de interés, remitida para estudio por su dermatólogo de zona por la presencia de una dermatitis papulovesicular muy pruriginosa e impetiginizada en el cuero cabelludo, las orejas y la cara, de varios días de evolución (fig. 1). La paciente refería la aplicación tópica desde hacía 13 años de Bio-anagenol champú[®], Lacovin[®] (minoxidil 2%) y Kavel loción anticaída[®] por una alopecia androgenética. Negaba la utilización de otros productos tópicos, cosméticos o terapéuticos, no relacionaba su clínica con ninguna de sus actividades ocupacionales ni presentaba antecedentes de atopia u otras enfermedades cutáneas. Se pautó tratamiento con una solución de corticoides (propionato de clobetasol dos veces/día), prednisona