

E. Gómez-Moyano<sup>a,\*</sup>, A. Crespo-Erchiga<sup>a</sup>, A. Vera Casaño<sup>a</sup>  
y A. Sanz Trelles<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicios de Dermatología, Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga, España

<sup>b</sup>Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga, España

doi:10.1016/j.ad.2010.03.024

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eligm80@hotmail.com

(E. Gómez-Moyano).

## Deficiencia de vitamina A y síndrome de dermatosis-artritis asociado a intestino secundario a derivación biliopancreática por obesidad

### Vitamin A Deficiency and Bowel-Associated Dermatitis-Arthritis Syndrome secondary to Biliopancreatic Diversion for Obesity

Sr. Director:

La obesidad mórbida representa un problema de salud pública en el mundo desarrollado y es considerada la segunda causa prevenible de mortalidad después del tabaco. La derivación biliopancreática (DBP) es una técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento de la obesidad. Consiste en una gastrectomía distal con reconstrucción en Y de Roux<sup>1,2</sup>. Este procedimiento permite una reducción del 75% del exceso de peso inicial, y un mantenimiento posterior, debido a la disminución en la absorción de grasas e hidratos de carbono<sup>2</sup>. Describimos el caso de una paciente intervenida de DBP que presentó dos tipos diferentes de lesiones cutáneas. Inicialmente, dos años después de la intervención, mostró un cuadro de frinoderma y ceguera nocturna por déficit de vitamina A. Posteriormente, ocho años después de la cirugía, tuvo lesiones cutáneas consistentes con el síndrome de dermatosis-artritis asociado a intestino (DAAI).



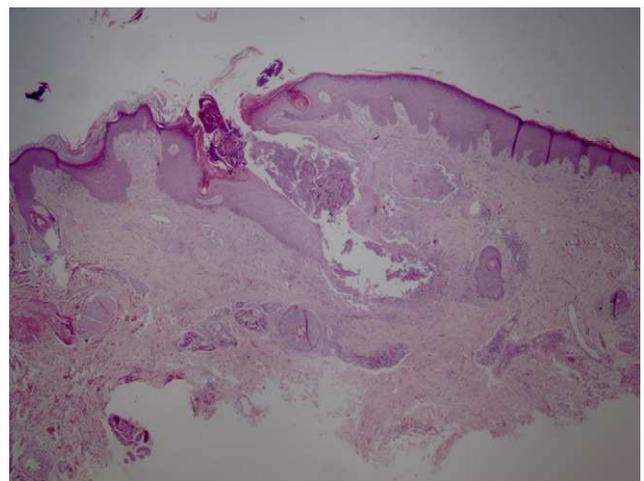
**Figura 1** En piernas pápulas foliculares, eritematosas, con hiperqueratosis central.

## Caso clínico

Mujer de 40 años de edad, con antecedentes personales de obesidad mórbida por la que había sido intervenida quirúrgicamente en mayo de 2000 mediante la técnica de DBP. Desde la intervención realizaba tratamiento con suplementos vitamínicos de forma irregular. En septiembre de 2002, estando la paciente embarazada a término, se nos solicita consulta por presentar desde hacía un mes un cuadro de ceguera nocturna y lesiones cutáneas. A la exploración se observaban pápulas foliculares, eritematosas, muchas de ellas con hiperqueratosis central, diseminadas, aunque más acentuadas en parte alta de espalda y superficie de extensión de brazos y piernas (fig. 1).

El estudio histológico de las lesiones mostró dilatación del infundíbulo folicular y tapón queratósico central con restos celulares, perforación del epitelio del folículo e inflamación perifolicular asociada (fig. 2). Los análisis de sangre realizados mostraron como datos más relevantes anemia moderada, hipoproteinemia y déficit de hierro, ácido fólico, zinc y vitaminas A, B6, B12 y D. Los niveles de vitamina A eran casi indetectables, menores de 0,02 mg/l (valores normales entre 0,3 y 1 mg/l). Durante esos días la paciente tuvo un parto normal del que nació una niña sana, pero con niveles indetectables de vitamina A.

Con el diagnóstico de frinoderma por déficit de vitamina A asociado a anemia y otras deficiencias vitamínicas se inició tratamiento sustitutivo de la madre con vitaminas A, B6, B12, D, ácido fólico y sulfato ferroso. Con ello se logró la recuperación de la visión nocturna y la resolución



**Figura 2** Dilatación del infundíbulo folicular y tapón queratósico central (H-E × 10).



**Figura 3** Pápulas eritematosas, algunas con superficie excoriada o escamo-costrosa, localizadas en nalgas y muslos.

de las lesiones cutáneas. Simultáneamente se administró a la niña vitamina A, siendo su posterior desarrollo normal.

Pasados seis años, más tarde en abril de 2008, la paciente acude de nuevo por presentar desde hacía una semana, de forma bilateral y simétrica en la parte baja de abdomen, nalgas, ingles y miembros inferiores, lesiones papulosas, eritemato-violáceas, algunas con superficie excoriada o escamo-costrosa (fig. 3). El cuadro cutáneo se acompañaba de astenia, anorexia y febrícula. Los niveles de vitamina A se encontraban en el límite de la normalidad. La biopsia cutánea mostró en la dermis un infiltrado inflamatorio de distribución perivascular, compuesto predominantemente por linfocitos y neutrófilos, algunos de ellos con fragmentación nuclear, sin necrosis en la pared de los vasos. Con el diagnóstico de síndrome de dermatosis-artritis asociado a intestino, de intensidad leve, se pautaron corticoides tópicos y se reintervino quirúrgicamente, alargando el asa distal de la DBP, con resolución de las lesiones.

Las deficiencias de vitaminas liposolubles son un problema relativamente común en los pacientes que han sufrido una DBP, estimándose una incidencia muy variable, entre un 6 y un 69% según los estudios<sup>3,4</sup>. Nuestro caso ilustra como una ingesta irregular de suplementos vitamínicos en una persona intervenida de DBP, y en particular si está embarazada, puede tener consecuencias importantes. La paciente mostraba niveles casi indetectables de vitamina A con las consiguientes lesiones características de frinoderma y ceguera nocturna. La administración por vía oral de vitamina A, así como del resto de vitaminas deficientes y la corrección de la anemia, conllevó la regresión total de las lesiones cutáneas y la recuperación de la visión nocturna.

El DAAI es una entidad incluida en el grupo de enfermedades cutáneas denominadas dermatosis neutrofílicas<sup>5</sup>. Se ha descrito en pacientes sometidos a cirugía de cortocircuito intestinal yeyuno-ileal por obesidad mórbida, en relación con procedimientos quirúrgicos que dejan un asa ciega y en la enfermedad inflamatoria intestinal<sup>6</sup>. Clínicamente se

caracteriza por brotes de lesiones cutáneas localizadas predominantemente en tronco y extremidades. Estas comienzan como máculas eritematosas que progresan a pápulas, pápulo-pustulas o pápulo-vesículas, persisten entre 2 y 8 días y recurren cada 4 a 6 semanas<sup>6-8</sup>. Generalmente se acompañan de un cuadro pseudogripal y poliarticular<sup>6,7</sup>.

En 1991 Cantatore et al<sup>9</sup> publicaron por primera vez la observación del DAAI en una paciente intervenida previamente de una DBP para tratamiento de su obesidad mórbida. Posteriormente, en 2004, Slater et al<sup>10</sup> describieron un caso similar en una mujer de 47 años que presentó artralgias y exantema cutáneo 4 meses después de la intervención de DBP. En nuestra paciente llama la atención el desarrollo tardío del DAAI, ya que las lesiones cutáneas se desarrollaron ocho años después de la intervención quirúrgica.

En conclusión, aportamos un nuevo caso de cirugía mediante DBP para tratamiento de la obesidad mórbida que presentó como complicaciones dos tipos de lesiones cutáneas con diferente mecanismo de producción. En primer lugar, coincidiendo con el embarazo, un cuadro de frinoderma por déficit de vitamina A debido a la malabsorción de lípidos y, en segundo lugar, un DAAI que clásicamente se ha atribuido a la formación de inmunocomplejos circulantes producidos por el asa ciega de la derivación. Aunque ambos procesos ya han sido descritos de forma aislada como complicaciones de la DBP, en el caso que nosotros aportamos ocurrieron en la misma paciente y en un amplio intervalo de tiempo.

## Bibliografía

- Scopinaro N, Gianetta E, Adami GF, Friedman D, Traverso E, Marinari GM, et al. Biliopancreatic diversion for obesity at eighteen years. *Surgery*. 1996;119:261-8.
- Scopinaro N, Adami GF, Marinari GM, Gianetta E, Traverso E, Friedman D, et al. Biliopancreatic diversion. *World J Surg*. 1998;22:936-46.
- Brolin RE, Leung M. Survey of vitamin and mineral supplementation after gastric bypass and biliopancreatic diversion for morbid obesity. *Obes Surg*. 1999;9:150-4.
- Slater GH, Ren CJ, Siegel N, Williams T, Barr D, Wolfe B, et al. Serum fat-soluble vitamin deficiency and abnormal calcium metabolism after malabsorptive bariatric surgery. *J Gastrointest Surg*. 2004;8:48-55.
- Callen JP. Neutrophilic dermatoses. *Dermatol Clin*. 2002;20:409-19.
- Rodríguez-Díaz E, Morán Estefanía M, Armijo Moreno M. Dermatitis neutrofílicas (y II). *Actas Dermosifiliogr*. 1995;86:135-43.
- Ely PH. The bowel bypass syndrome: a response to bacterial peptidoglycans. *J Am Acad Dermatol*. 1980;2:473-87.
- Hidalgo Y, Vázquez F, López-Escobar M, Manjón JA, Sánchez JL, Soler T, et al. Síndrome del bypass intestinal sin bypass intestinal en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:374-7.
- Cantatore FP, Carozzo M, Loperfido MC. Post biliopancreatic bypass arthritis. Dermatitis síndrome. *Clin Rheumatol*. 1991;10:449-51.
- Slater GH, Kerlin P, Georghiou PR, Fielding GA. Bowel-associated dermatosis-arthritis syndrome after biliopancreatic diversion. *Obes Surg*. 2004;14:133-5.

S. Gómez-Díez<sup>a,\*</sup>, A. Mas Vidal<sup>a</sup>, T. Soler<sup>b</sup>, F. Vázquez-López<sup>a</sup> y N. Pérez Oliva<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

doi:10.1016/j.ad.2010.06.010

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sangodi@telefonica.net (S. Gómez-Díez).

## Vitíligo lineal sobre el trayecto de una variz: posible fenómeno de Koebner

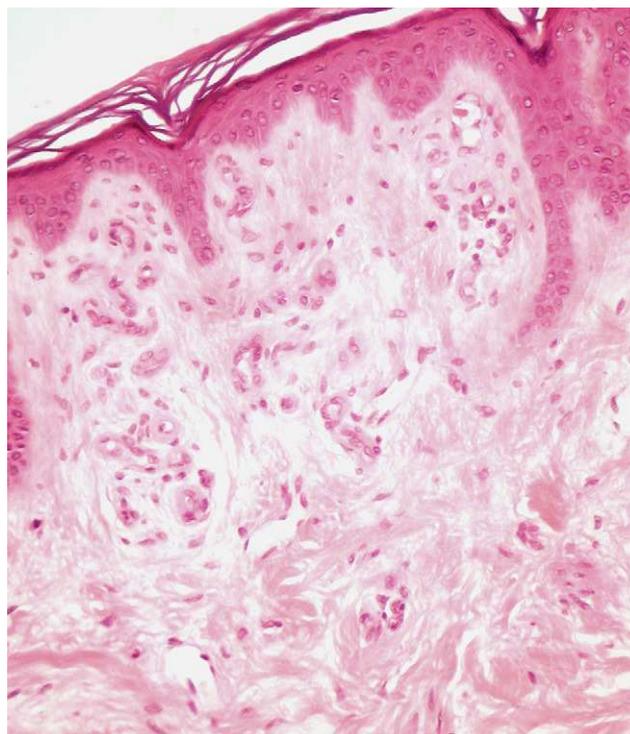
### Linear Vitiligo Going on a Varix Way: Possible Association with Koebner Phenomenon

Sr. Director:

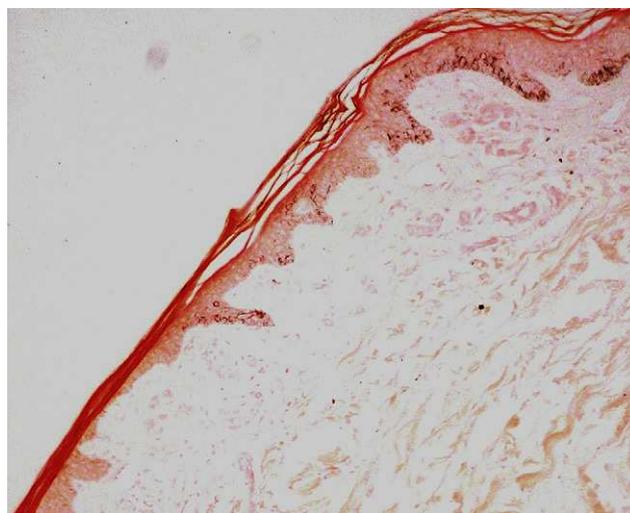
Presentamos una mujer de 40 años con antecedentes de obesidad, hipertensión y migraña, en tratamiento con clortalidona, propranolol y rizatriptan, que consultó porque desde hacía años presentaba una mácula acrómica de límites netos y distribución lineal en la cara externa del muslo y la pierna izquierdos, que dibujaba el trayecto de una variz (fig. 1). Esta lesión apareció sobre un área de piel previamente sana. No existían otras lesiones características de vitíligo, si bien refería el antecedente de esta enfermedad en su abuela materna. El estudio analítico, que incluyó hemograma, bioquímica general y parámetros de autoinmunidad (ANA, anticuerpos antitiroideos) resultó normal. El estudio histopatológico de la lesión mostró una epidermis normal, con presencia de ectasias vasculares en la dermis superficial y ausencia de melanófagos o inflamación (fig. 2). La tinción de Masson-Fontana permitió comprobar la ausencia de melanocitos en la capa basal (fig. 3). Las características clínicas e histológicas fueron coherentes con el diagnóstico de vitíligo. Tras diez meses de seguimiento sin tratamiento alguno se apreció repigmentación de las áreas acrómicas con un patrón perifolicular, hallazgo que reforzó el diagnóstico.



**Figura 1** Hipopigmentación lineal sobre trayecto varicoso y repigmentación perifolicular.



**Figura 2** Hematoxilina-eosina, ×200: correspondiente a mácula hipopigmentada: ectasia vascular en dermis superficial con ausencia de infiltrado inflamatorio ni melanófagos.



**Figura 3** Masson-Fontana, ×40: corte histológico de la zona de transición entre la piel pigmentada normalmente y la mácula acrómica, con ausencia total de melanocitos en esta última.