

ningún momento se recomienda la consulta con un dermatólogo para el correcto diagnóstico de estas lesiones. Debido a que el producto no está considerado como medicamento, sino como un producto de herboristería, no ha necesitado ninguna aprobación por las agencias de medicamentos.

Según los fabricantes "Wart and mole vanish" está compuesto por varios extractos de hierbas: marañón (*Anacardium occidentale*), higuera (*Ficus carica*), celidonia (*Chelidonium majus*), limón (*Citrus limonium*), así como por agua desionizada y talco. El poder cáustico del producto probablemente sea atribuible a los alcaloides derivados de la fenantridina que contiene la celidonia y que tienen un alto poder esclerosante, o a un aceite denominado cardol producido en el fruto del marañón². El empleo del producto sobre lesiones melanocíticas, por parte del paciente, puede condicionar el tratamiento inadecuado de melanomas o el diagnóstico erróneo de un nevus melanocítico benigno por un melanoma, lo que se conoce como pseudomelanoma.

En la última década han sido publicados varios casos de pacientes que han tratado diferentes tipos de tumores cutáneos con productos adquiridos en internet^{3,4}. El uso de "wart and mole vanish" ya había sido advertido en otra carta científica en el año 2007 para el tratamiento de un carcinoma basocelular⁵, y recientemente ha sido publicado un caso de desarrollo de un queloide centrotorácico tras la aplicación del mismo producto en un niño de 11 años⁶.

Nuestro caso representa por tanto un nuevo aviso del peligro que supone la existencia de este tratamiento no regulado por las autoridades sanitarias, así como el primer caso publicado de queloides múltiples tras el uso de este producto. Teniendo en cuenta su vía de distribución alejada de los circuitos sanitarios es probable, sin embargo, que la incidencia de efectos adversos sea mucho mayor a la referida en la literatura. Sin embargo, su clasificación como producto no farmacológico permite el empleo flagrante de publicidad engañosa impensable para otras sustancias e impune a los efectos adversos, que debe asumir la sanidad pública.

En definitiva, nuestro caso es un buen ejemplo de cómo la tecnología de Internet crea nuevas situaciones en la medicina. Los dermatólogos debemos tener en cuenta las nuevas vías de información accesibles a nuestros pacientes y advertirles de los riesgos que se pueden derivar de una mala interpretación de aquellas. Creemos finalmente que el contenido de algunas páginas donde se promocionan y distribuyen productos como "wart and mole vanish" debería ser revisado por las autoridades pertinentes.

Bibliografía

1. Pristine Herbal Touch. 2002-2007. Información del producto disponible en la página web: <<http://www.wartmolevanish.com/es>> (consultado el 3 de febrero de 2010).
2. Mitchell JC, Rook AJ. *Botanical Dermatology. Plants and plant products injurious to the skin*. Vancouver: Greengrass; 1979. p. 787.
3. Brown CW, Goldstein GD, Birkby CS. Auto-Mosh com Dermatol Surg. 2001;27:975.
4. Affleck AG, Varma S. A case of do-it-yourself Mohs' surgery using bloodroot obtained from internet. Br J Dermatol. 2007;157:1078-9.
5. Clayton R, Turner R. Cosmetic surgery: who needs surgeons when you've got creams? Br J Dermatol. 2007;156:1983-4.
6. McAllister JC, Petzold CR, Lio PA. Adverse effects of a mole removal cream. Pediatr Dermatol. 2009;26:628-9.

A. Boada*, J.M. Carrascosa y C. Ferrándiz

Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aramboda@gmail.com (A. Boada).

doi:10.1016/j.ad.2010.06.022

Paraqueratosis granular ¿Una entidad clínica o un patrón reactivo?

Granular Parakeratosis: Disease or Reactive Response?

Sr Director:

La paraqueratosis granular axilar (PGA) es una entidad rara, con menos de 50 casos publicados en la literatura, que fue descrita por primera vez por Northcutt en 1991¹. Diversos autores destacan el hecho de que este proceso no es habitualmente sospechado por el clínico, y es el dermatólogo el que establece el diagnóstico definitivo.

Una mujer de 50 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, consultó por lesiones no pruriginosas de aparición progresiva desde hacía 4 meses localizadas en ambas axilas. Como dato reseñable la paciente utilizaba diferentes productos antiperspirantes con asiduidad.

En la exploración física se apreciaron múltiples pápulas de milímetros de diámetro de coloración marronácea, de superficie granular e hiperqueratósica (fig. 1). Las lesiones eran asintomáticas y mostraban tendencia a la confluencia en diversas áreas formando pequeñas placas.

La exploración del resto de la superficie corporal no reveló otras lesiones y a la palpación no se detectaron adenopatías locorregionales. La paciente estaba por lo demás sana, sin ningún tipo de sintomatología sistémica asociada.

El análisis histológico de la biopsia obtenida de una de las pápulas axilares, teñida con hematoxilina-eosina, reveló la existencia de una epidermis con una paraqueratosis compacta, con engrosamiento de la capa córnea y mantenimiento del estrato granuloso. Característicamente, en el estrato córneo destacaba la presencia de un granulado fino, correspondiente a cuerpos de queratohialina (fig. 2). En la dermis se aprecia un cierto grado de proliferación y ectasia vascular, así como un leve infiltrado perivascular superficial. Con todos estos datos se estableció el diagnóstico de PGA.



Figura 1 Presencia de múltiples pápulas parduzcas hiperqueratósicas de superficie "en empedrado" que tienden a confluir formando pequeñas placas.

La etiología de la PGA es considerada hoy en día desconocida. Algunos autores sugieren como posible causa un factor irritante externo físico, como la fricción crónica o la oclusión, o químico, como el uso de antiperspirantes o desodorantes. Sin embargo, se han descrito casos en ausencia de este antecedente.

Los casos publicados de PGA son escasos y han sido publicados de forma aislada. En una revisión de la literatura hemos encontrado pacientes con las mismas pápulas

parduzcas hiperqueratósicas, bien delimitadas, confluyentes, habitualmente asintomáticas con cambios histológicos idénticos a la PGA²⁻⁴ localizadas en áreas de irritación crónica distintas a la región axilar. Estos casos incluyen a niños con dermatitis del pañal, que desarrollan lesiones en el área de irritación, probablemente secundarias al contacto con sustancias irritantes de forma mantenida, y a pacientes con dermatofitosis, que desarrollan pápulas posiblemente originadas por un rascado crónico de las lesiones²⁻⁴. Esta suposición viene apoyada por Scheinfeld et al, que aporta una serie de 18 pacientes con paraqueratosis granulosa (PG), en la que algunos de los casos afectan a áreas no intertriginosas⁵. Nuestra experiencia, unida a lo previamente publicado en la literatura¹⁻⁵, nos sugiere que realmente no estamos frente a una entidad clínica específica, sino ante un patrón reactivo cutáneo que se manifiesta en sujetos con una particular predisposición individual a desarrollar estos cambios ante un agente irritante de forma mantenida.

El diagnóstico diferencial de la paraqueratosis granular incluye la enfermedad de Hailey-Hailey, el pénfigo vegetante, la acantosis nigricans, la enfermedad de Darier, la psoriasis invertida, las dermatofitosis, la dermatitis de contacto y la dermatitis del pañal pigmentada hiperqueratósica (DPPH). Esta última entidad es clínica e histológicamente similar a la PGA, pero con la ausencia del característico granulado en el estrato córneo. Es por ello por lo que algunos autores consideran la DPPH como una variante de PG².

La existencia de una paraqueratosis compacta asociada a la presencia de gránulos dentro de los corneocitos es el

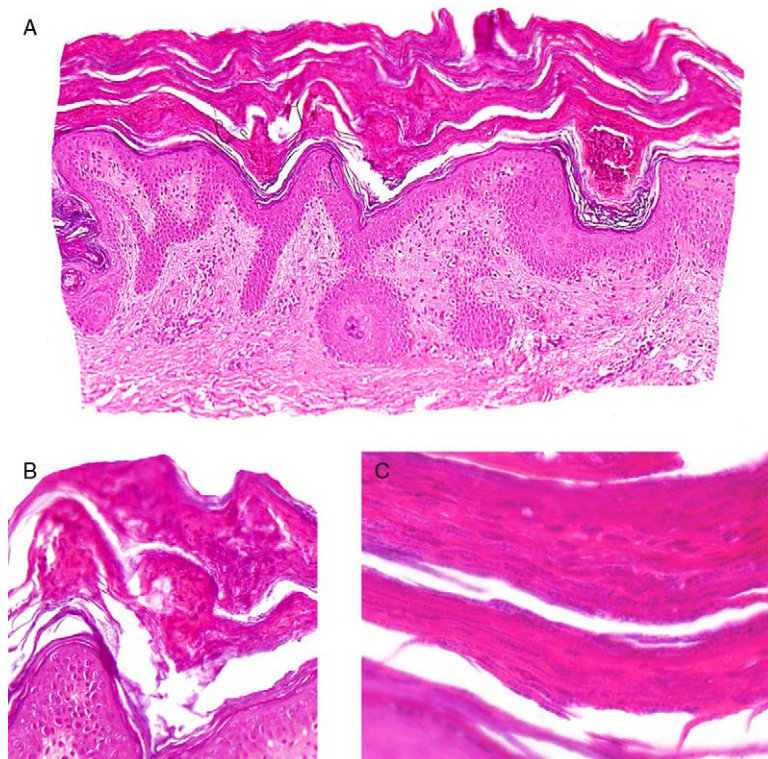


Figura 2 A. Epidermis con una paraqueratosis compacta, con engrosamiento de la capa córnea y mantenimiento del estrato granuloso asociado a una dermis con ectasias vasculares y un leve infiltrado linfocítico perivascular superficial (H-E, x40) B y C. Presencia en el estrato córneo de un granulado fino, correspondiente a cuerpos de queratohialina (B: H-E, x100 y C: H-E, x400).

hallazgo que define a la PG, independientemente de si este fenómeno tiende o no a localizarse coincidiendo con la salida del folículo piloso, y la diferencia del resto de entidades⁵. De esta forma bastaría con el análisis histológico del tejido obtenido del curetaje de una pápula para establecer el diagnóstico definitivo.

A pesar de que existen algunos casos descritos de PG con resolución espontánea tras la eliminación del agente irritante, la persistencia clínica es la norma. Por ello se han utilizado diversas modalidades terapéuticas, que incluyen preparados tópicos y orales de retinoides, derivados de la vitamina D (calcipotriol, tacalcitol), corticoides tópicos, lactato amónico, crioterapia y antibióticos con respuestas variables²⁻⁵. En nuestro caso, la aplicación de metilprednisolona aceponato al 0,1% en crema 2 veces al día durante 15 días conllevó a la práctica resolución de las lesiones.

Bibliografía

1. Northcutt AD, Nelson DM, Tschen JA. Axillary granular parakeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 1991;24:541-4.
2. González de Arriba M, Valles-Blanco L, Polo-Rodríguez I, Rosales-Trujillo B, Ortiz de Frutos FJ, Rodríguez-Peralto JL, et al. Parakeratosis granular. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:355-7.
3. Wallace CA, Pichardo RO, Yosipovitch G, Hancox J, Sanguenza OP. Granular parakeratosis: a case report and literature review. *J Cut Pathol.* 2003;30:332-5.
4. Contreras ME, Gottfried LC, Bang RH, Palmer CH. Axillary intertriginous granular parakeratosis responsive to topical calcipotriene and ammonium lactate. *Int J Dermatol.* 2003;42:382-3.
5. Scheinfeld NS, Mones J. Granular parakeratosis: Pathologic and clinical correlation of 18 cases of granular parakeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:863-7.

A. Martorell*, O. Sanmartín, L. Hueso-Gabriel y C. Guillén

Servicio de Dermatología, Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antmarto@hotmail.com (A. Martorell).

doi:10.1016/j.ad.2010.04.014

Dermatitis irritativa de contacto por *Agave americana* con componente purpúrico

Agave americana Causing Irritant Contact Dermatitis with a Purpuric Component

Sr. Director:

El *Agave americana*, comúnmente conocido como Pita, es una planta subtropical perenne de la familia de las *Agavaceae* a la que se ha dado distintos usos medicinales, alimenticios y textiles. Desde su importación durante el descubrimiento de América el *Agave americana* se ha distribuido por la cuenca mediterránea de Europa. En España existe una gran población de ella en el litoral de Andalucía, Murcia y Valencia, donde se ha adaptado extraordinariamente. La savia de esta planta tiene activos irritantes como los cristales de oxalato cálcico, el ácido oxálico o las saponinas.

Presentamos el caso de un varón de 37 años sin antecedentes de interés, que acudió a la consulta de Dermatología de Urgencias por la aparición de lesiones muy pruriginosas en los miembros inferiores y superiores, de 48 horas de evolución. Refería haber trabajado en el jardín y haber talado una pita (*Agave americana*) (fig. 1) con una motosierra, salpicándole la savia de forma abundante y apareciendo posteriormente lesiones en las áreas no cubiertas por la ropa.

A la exploración presentaba en las localizaciones referidas numerosas lesiones papulosas y vesiculosas brillantes y confluyentes. En algunas zonas, coexistían lesiones purpúricas que no desaparecían a la vitropresión. Las áreas afectas estaban bien limitadas, con bordes netos y artefactos, que coincidían con las zonas que estaban protegidas por el tejido (fig. 2). Además el paciente refería haber padecido sensación febril y malestar en las 8 horas siguientes al suceso.

El hemograma, la bioquímica y el estudio de coagulación fueron normales. Se realizó biopsia cutánea, que mostró paraqueratosis, atrofia epidérmica con queratinocitos necróticos, intenso edema dérmico papilar con extravasación eritrocitaria e infiltrado linfocitario perivascular y perianexial (fig. 3).

Se inició tratamiento con betametasona y ácido fusídico tópicos y antihistamínicos orales con resolución completa del cuadro en 7 días.

Existen pocos casos descritos de dermatitis de contacto producidos por los componentes de la savia de *Agave americana*¹⁻³. La clínica habitual consiste en la aparición muy rápida de prurito y quemazón intensos ligados al desarrollo de importante eritema y edema en la zona afectada. A continuación se presentarán lesiones papulosas y vesiculosas con componente lineal o en "trayecto de salpicadura".



Figura 1 *Agave americana*.