

Tabla 1 Resumen de los casos

Caso	Sexo	Edad	Presentación clínica	Localización de las lesiones	Antecedentes de atopía	Resultados
1	M	5	E. dishidrótico	Lateral y dorso de los dedos de los pies	Sí	Dicromato potásico +++
2	F	11	E. agudo	Dorso de los pies	No	Dicromato potásico +++
3	F	15	E. dishidrótico	Dorso de los dedos de los pies	Sí	Colofonia ++
4	M	7	E. dishidrótico	Cara plantar de los dedos de los pies	No	Dicromato potásico ++
5	M	4	Pustulosis	Plantas y dorso de los pies	Sí	Dicromato potásico +++
6	F	7	E. dishidrótico	Dorso de los pies	Sí	Dicromato potásico +++ Cloruro de cobalto ++
7	M	3	E. agudo	Dorso de los pies y talones	Sí	Dicromato potásico + Mezcla mercapto ++

quier caso, ante una dermatitis que afecte a los pies en un paciente pediátrico, diagnosticado o no de DA, en la que a pesar de un tratamiento correcto no haya mejoría de las lesiones, creemos que la realización de unas pruebas epicutáneas podría ser un elemento diagnóstico de ayuda a tener en cuenta.

Bibliografía

- Roul S, Ducombs G, Leaute-Labreze C, Labbe L, Taïeb A. Footwear contact dermatitis in children. *Contact Dermatitis*. 1996;35:334–6.
- Beattie PE, Green C, Lowe G, Lewis-Jonest MS. Which children should we patch test? *Clin Exp Dermatol*. 2006;32:6–11.
- Cockayne S, Shah M, Messenger A, Gawkrödger D. Foot dermatitis in children: causative allergens and follow up. *Contact Dermatitis*. 1998;38:203–6.
- Holden C, Gawkrödger D. 10 year's experience of patch testing with a shoe series in 230 patients: which allergens are important? *Contact Dermatitis*. 2005;53:37–9.
- Bordel-Gómez MT, Miranda-Romero A, Castrodeza-Sanz J. Epidemiología de la dermatitis de contacto: prevalencia de sensibilización a diferentes alérgenos y factores asociados. *Actas Dermosifilogr*. 2010;101:59–75.
- Nardelli A, Taveirne M, Drieghe J, Carbonez A, Degreef H, Goosens A. The relation between the localization of foot dermatitis and the causative allergens in shoes: a 13-year retrospective study. *Contact Dermatitis*. 2005;53:201–6.
- Fernández JM, Armario JC. Allergic contact dermatitis in children. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2005;19:42–6.

L. Gámez*, I. Reig, N. Martí, Á. Revert e E. Jordá

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucieta_gp@yahoo.es (L. Gámez).

doi:10.1016/j.ad.2010.06.027

Dermatomiositis y vasculopatía livedoide: primera manifestación de una neoplasia

Dermatomyositis and Livedoid Vasculopathy as the Initial Manifestation of a Tumor

Sr. Director:

La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática que cursa con una clínica cutánea muy característica¹. Muchos casos se asocian a neoplasias ocultas^{2,3} y se ha observado que los pacientes con dermatomiositis y úlceras cutáneas asociadas tienen un peor pronóstico⁴⁻⁷, siendo muchas de estas úlceras recogidas en la literatura compatibles clínicamente con el diagnóstico de úlceras de la atrofia blanca.

Presentamos el caso de un varón de 72 años con placas poiquilodérmicas distribuidas por el tórax, la espalda y las raíces de los miembros inferiores de tres meses de evolución, junto a episodios aislados de enrojecimiento facial y edema periorbitario. A la exploración se evidenciaba un eritema difuso dispuesto por el tronco, adoptando un patrón poiquilodérmico en la región lumbar, así como pápulas eritematosas en las articulaciones metatarsofalángeas e interfalángeas y telangiectasias periungueales.

Ante la sospecha de dermatomiositis se solicitaron hemograma, coagulación y bioquímica que fueron normales. El estudio de autoanticuerpos y marcadores tumorales fue negativo y la radiografía de tórax y ecografía abdominal resultaron anodinas. En el estudio dermatopatológico de una biopsia obtenida de la placa eritematosa del abdomen se apreciaba una dermatitis de la interfase con depósito intersticial de mucina (fig. 1). Con estos hallazgos se procedió al diagnóstico de dermatomiositis, estableciéndose tratamiento con corticoides orales a dosis de 0,5 mg/ kg peso.

Durante el seguimiento el paciente mostró un deterioro progresivo del estado general y una disfagia para sólidos que motivó que acudiera al Servicio de Urgencias. En la exploración se objetivaba un importante empeoramiento de la clínica cutánea, con extensión del eritema por los miembros superiores e inferiores y la zona alta de la espalda, así como la aparición de úlceras de disposición livedoide que curaban dejando cicatrices atróficas blanco-marfileñas (fig. 2). Junto a la clínica cutánea se apreciaba una importante debilidad en los miembros superiores e inferiores, decidiéndose ingresar al paciente para estabilización y ampliación de pruebas complementarias.

En el análisis que se practicó durante su ingreso destacaron un importante aumento de las enzimas musculares (creatininquinasa de hasta 653 UI/l) y elevación de los mar-

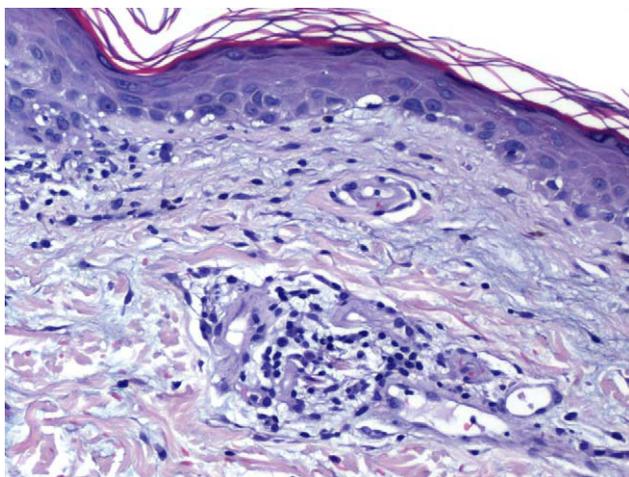


Figura 1 Focos de hiperqueratosis ortoqueratósica compacta con leve adelgazamiento epidérmico y moderado infiltrado inflamatorio vascular superficial formado por linfocitos, así como dermatitis de la interfase con degeneración vacuolar y cuerpos de Civatte (hematoxilina-eosina, x40).

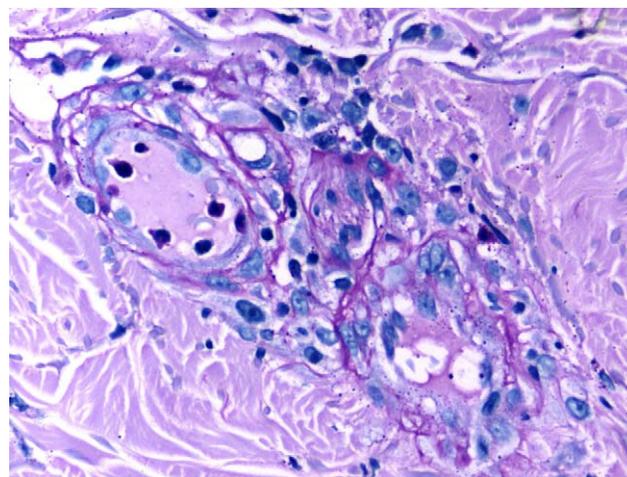


Figura 3 Dermis homogeneizada y vasos trombosados en la dermis papilar, ocupando su luz un material eosinófilo homogéneo y fibrilar sugestivo de trombos fibrino-plaquetarios (PAS, x200).

cadores tumorales (CEA: 39,4 ng/ ml, CYFRA: 21-1 5 ng/ ml). En el estudio baritado se apreciaba una estenosis de la unión faringoesofágica con paso del contraste filiforme, pero la endoscopia digestiva alta fue normal. Asimismo la TAC craneal y la biopsia muscular fueron normales, si bien en la electromiografía se apreció un patrón de conducción miopático.

El estudio histopatológico de las lesiones atróficas reveló la presencia de trombosis de vasos dérmicos y depósito de fibrina alrededor de los mismos (fig. 3), llegándose al diagnóstico de una vasculopatía livedoide.

En la TAC tóraco-abdomino-pélvica se hallaron adenopatías en el espacio subcarinal derecho y un conglomerado subcarinal. El estudio anatomopatológico de la masa subcarinal reveló un carcinoma indiferenciado de células intermedias. Con estos datos se procedió al diagnóstico de dermatomiositis asociada a vasculopatía livedoide como

primera manifestación de un cáncer de pulmón. Pese al inicio de la quimioterapia paliativa, el paciente falleció por insuficiencia respiratoria aguda e inestabilidad hemodinámica.

La dermatomiositis es un cuadro descrito en 1975 por A. Bohan y J.B. Peter¹ consistente en lesiones cutáneas típicas acompañadas de debilidad muscular. La clínica cutánea engloba diversas alteraciones tales como el signo de Gottron, las pápulas de Gottron en el dorso de las articulaciones interfalángicas de las manos, el rash en heliotropo, el signo del chal, el signo de la V, la "mano de mecánico", la distrofia cuticular con telangiectasias, las placas poiquilodérmicas y la calcicosis subcutánea. Los datos de afectación muscular van desde debilidad muscular simétrica proximal, con o sin compromiso respiratorio y/o disfagia, hasta alteraciones en las pruebas de la función muscular (biopsia, electromiograma y/o enzimas musculares en la sangre).

En cuanto a la vasculopatía livedoide es un cuadro descrito en 1929 por Milian^{6,7} caracterizado por la aparición de úlceras de predominio en miembros inferiores, de disposición reticular o livedoide, que curan en semanas o meses dejando una cicatriz de aspecto atrófico y de un color blanco marfileño característico. La etiología de esta entidad es principalmente la de un estado de hipercoagulabilidad que determinaría una trombosis de los vasos dérmicos y la consecuente ulceración.

La dermatomiositis asociada a úlceras es más frecuente en pacientes jóvenes. En una revisión de la literatura⁴⁻⁷ se comprobó que las úlceras en el contexto de una dermatomiositis en un paciente de mayor edad podría ser un indicador de peor pronóstico, y en muchos casos estas úlceras serían compatibles clínicamente con úlceras por vasculopatía livedoide.

La importancia de la dermatomiositis en pacientes de edad media-avanzada es la posibilidad de una neoplasia subyacente^{3,8,9}. Los cánceres más frecuentemente relacio-



Figura 2 Eritema poiquilodérmico difuso. Cicatrices blanquecinas con patrón livedoide.

nados con la dermatomiositis son los de ovario, páncreas y pulmón.

En conclusión, presentamos un caso de dermatomiositis asociada a neoplasia con lesiones ulcerosas reticuladas por vasculopatía livedoide. Queremos resaltar la importancia del despistaje de la neoplasia oculta ante pacientes de edad avanzada con dermatomiositis, especialmente si la clínica cutánea es intensa.

Bibliografía

1. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med*. 1975;13(292 Suppl 7):344–7.
2. Sparsa A, Liozon E, Herrmann F, Ly K, Lebrun V, Pascale S, et al. Routine vs extensive malignancy search for adult dermatomyositis and polymyositis. *Arch Dermatol*. 2002;138:885–90.
3. Cox NH, Lawrence CM, Langtry JA, Ive FA. Dermatomyositis: disease associations and evaluation of screening investigations for malignancy. *Arch Dermatol*. 1990;126 Suppl 1:61–5.
4. Piqué E, Hernández-Machín B, Pérez-Cejudo JA, Hernández-Hernández B, Palacios S, Alfonso JL, et al. Vasculopatía Livedoide (atrofia blanca) generalizada en pacientes adultos con dermatomiositis. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95 Suppl 7: 440–3.

5. Yosipovitch G, Feinmesser M, David M. Adult dermatomyositis with livedo reticularis and multiple skin ulcers. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1998;11:48–50.
6. Papi M, Didona B, De Pità O, Silvestri L, Ferranti G. M, Gantcheva M, et al. PURPLE (atrophie blanche): clinical, histological and immunological study of twelve patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1997;9:129–33.
7. Hairstone BR, Davis MDP, Pittelhow MR, Ahmed I. Livedoid Vasculopathy. *Arch Dermatol*. 2006;142:1413–8.
8. Bielsa I. Nuevos autoanticuerpos en la dermatomiositis. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:182–9.
9. Valverde R, Sánchez-Camín MP, Calzado L, Ortiz de Frutos FJ, Rodríguez Peralto JL, Vanaclocha F. Dermatomyositis y queratodermia poroqueratósica punctata como síndrome paraneoplásico de un carcinoma ovárico. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:358–60.

F. Vílchez*, E. Camacho, I. Alcaraz, N. López e E. Herrera

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fvilchezm@hotmail.com (F. Vílchez).

doi:10.1016/j.ad.2010.06.026

Tratamiento mediante curetaje de moluscos contagiosos: estudio descriptivo

Curettage for the Treatment of Molluscum Contagiosum: A Descriptive Study

Sr. Director:

El molusco contagioso (MC) es una infección cutánea vírica y causa frecuente de consulta. Afecta principalmente a la infancia, las personas sexualmente activas y a los individuos inmunodeprimidos¹. En inmunocompetentes el MC es una infección autolimitada y la mayoría se resuelven espontáneamente en el transcurso de 6 meses a 4 años, por tanto el tratamiento no siempre es necesario²⁻⁴.

Existen múltiples opciones terapéuticas que podríamos dividir en: a) técnicas quirúrgicas (destrucción física de las lesiones como crioterapia o curetaje); b) agentes tópicos que producen una respuesta inflamatoria local (causan irritación, por ejemplo cantaridina al 0,7-0,9% y ácido salicílico al 5-20%); y c) agentes tópicos modificadores de la respuesta inmunitaria (imiquimod y cidofovir al 0,3-3% en gel o crema). La elección del tratamiento es en función del paciente (edad, número de MC, localización de las lesiones, complicaciones, antecedentes de dermatitis atópica o inmunosupresión, miedo, trabajo, actividades recreativas, distancia al centro médico, etc.) y habilidades del médico (con experiencia, varias modalidades terapéuticas pueden ser resolutivas)⁴⁻⁶.

No hay muchos estudios que analicen los tratamientos más utilizados y promovidos como el curetaje y la crioterapia⁷. El objetivo de este estudio es evaluar los casos

de MC tratados mediante curetaje en nuestro Servicio y los factores que se asocian con un mayor fracaso terapéutico.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo donde fueron reclutados, entre el 16 de junio de 2008 y el 15 de marzo de 2009, pacientes que consultaron por MC y se les curetó todas las lesiones en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, España.

En cada caso se recogieron de forma protocolizada: sexo, edad, asociación con dermatitis atópica, convivientes afectados, número de MC en la primera consulta, localización anatómica de las lesiones (subdivididas en cabeza, cuello, tronco, extremidades superiores, extremidades inferiores y pubis-área anogenital), número de áreas corporales afectas y número de lesiones a los dos meses de ser curetados.

El diagnóstico de MC se basó en su aspecto típico: pápulas a menudo umbilicadas de menos de 1 cm de diámetro. Se consideró curación no tener MC. En casos necesarios se aplicó bajo oclusión un anestésico tópico una hora antes de la intervención (EMLA® crema, mezcla de anestésicos locales, lidocaína y prilocaína).

Se realizó un estudio descriptivo de las variables incluidas, presentándose las cuantitativas como media y desviación típica y las cualitativas como porcentaje. Se utilizaron el test Chi-cuadrado en el análisis de las variables categóricas, mientras que las de tipo cuantitativo se analizaron mediante el test "t"-Student. Los datos obtenidos fueron analizados por el paquete estadístico SPSS 15.0. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Durante los 9 meses del estudio se reclutaron 75 pacientes con MC a los que se curetaron todas las lesiones. Existía diferencia en la distribución por sexo, el 58,66% eran varones y el 41,33% mujeres. La edad media fue de 9,7 años