

Hiperplasias sebáceas múltiples secundarias a ciclosporina: tratamiento con láser de colorante pulsado

Pulsed Dye Laser Treatment for Multiple Sebaceous Hyperplasia Secondary to Cyclosporin

Sr. Director:

La ciclosporina es un medicamento inmunosupresor al cual se han asociado diversas manifestaciones cutáneas secundarias. Entre ellas destacan las alteraciones del folículo pilosebáceo (hipertricosis, queratosis pilar, acné y foliculitis) o hiperplasia gingival¹. Sin embargo, hay muy pocos casos descritos de hiperplasias sebáceas múltiples (HSM) eruptivas secundarias a ciclosporina. Dentro de las posibilidades terapéuticas de las HSM el tratamiento con láser ablativo de CO₂ o con láser de colorante pulsado (LCP) ha sido descrito en escasas ocasiones. Describimos dos casos tratados con LCP, que tiene la ventaja de obtener excelentes resultados con mayor perfil de seguridad y comodidad para el paciente.

Un varón de 41 años de fototipo IV había iniciado tratamiento inmunosupresor con ciclosporina a dosis de 140 mg/día tras ser sometido a un trasplante hepático. A los pocos meses presentó una erupción consistente en decenas de lesiones papulosas amarillentas y umbilicadas que clínica e histológicamente se correspondían con HSM y que, meses después, persistían sin cambios a pesar de reducir a la mitad las dosis de ciclosporina. Estas lesiones estaban principalmente localizadas en la frente, las mejillas, el mentón y la región superior de espalda (fig. 1). Recibió tres sesiones de tratamiento con láser LCP (Cynergy Multiplex®, Cynosure) con los siguientes parámetros: diámetro del haz de luz 5 mm; duración del pulso 2 ms y fluencia 15 J/cm². En las lesiones de mayor tamaño se realizó doble pase, con un minuto de intervalo entre ambos pases. Fue utilizado el sistema de enfriamiento de flujo de aire continuo (Cryo5®, Zimmer Medizinsysteme GmbH, Neu-Ulm, Germany) al nivel máximo. Se obtuvo una respuesta total en más del 75% de las lesiones, mientras que el resto presentaron una respuesta parcial. No presentó aparición de costras, ampollas ni alte-



Figura 1 Paciente 1 donde se objetivan HSM faciales secundarias a tratamiento inmunosupresor de mantenimiento por ciclosporina.



Figura 2 Paciente 1 tras tratamiento con láser de colorante pulsado. Continuaba con tratamiento inmunosupresor.

raciones pigmentarias secundarias. Tan sólo desarrolló una mínima cicatriz atrófica. No se objetivó recidiva de las lesiones tratadas a los 6 meses de seguimiento pese a seguir en tratamiento con 75 mg/día de ciclosporina (fig. 2).

El segundo caso fue el de un varón de 41 años fototipo II-III que, estando en tratamiento inmunosupresor por trasplante renal con ciclosporina a dosis de 150 mg/día, presentó lesiones de aspecto y distribución similares al caso anterior. Bajo el diagnóstico de HSM fue tratado en dos sesiones con láser LCP e idénticos parámetros que el caso previo. La respuesta fue muy buena, con desaparición total de más del 75% de las lesiones, sin ningún efecto adverso asociado. La remisión persistía 4 meses postratamiento.

Las HSM son proliferaciones benignas de la glándula sebácea que en la mayor parte de los casos tienen un origen idiopático y afectan a personas de edad avanzada. Sin embargo, se han observado en pacientes tratados con corticoides sistémicos, en hemodializados o en procesos como el síndrome de Muir-Torre, el síndrome de displasia ectodérmica hipohidrótica ligado al cromosoma X y la paquidermoperiostosis. Hay algunos casos descritos en la literatura donde se postula su posible asociación con la administración de ciclosporina². Aunque se trata de lesiones benignas pueden implicar una gran repercusión estética y/o psicológica para los pacientes que las padecen, dado que se localizan principalmente en la región facial. Por ello, conseguir su erradicación es muy importante. Existen diferentes opciones terapéuticas usadas tradicionalmente como excisión quirúrgica, curetaje, crioterapia, cauterización o láser de CO₂. Todas ellas son agresivas y conllevan un alto riesgo de cicatrices y/o alteraciones pigmentarias. La terapia fotodinámica ha sido también utilizada recientemente con buenos resultados^{2,3} usando como fuente de luz tanto el LCP como la luz pulsada intensa o los diodos de luz roja o azul (LED). Estos procedimientos aportarían como ventaja el evitar la púrpura postratamiento, y como inconvenientes el mayor dolor y coste, así como un posible mayor número de sesiones necesarias hasta la obtención resultados². El LCP ha sido descrito en los últimos años en el tratamiento con éxito de HS, así como de otras lesiones dermatológicas múltiples y benignas como xantelasmas, angiofibromas o lesiones de molusco contagioso⁴⁻⁶. El LCP permite eliminar las HSM de forma rápida, cómoda e indolora (sin necesidad de anestesia) y únicamente conlleva un efecto purpúrico transitorio, minimizando los riesgos previamente descritos

con las técnicas tradicionales. La mayoría de lesiones desaparecen tras el primer tratamiento. El efecto de este láser se podría explicar por su actuación selectiva sobre el componente telangiectásico, destruyendo los vasos que nutren a la HS. Recientemente se ha descrito la correlación con imágenes de microscopía confocal *in vivo* antes y después del tratamiento con LCP, objetivándose cómo a los pocos minutos de la aplicación del haz los vasos que rodean al conducto sebáceo son sustituidos por material amorfo y coagulado⁷.

En conclusión, el LCP puede ser una buena opción terapéutica para el tratamiento de las HSM de forma rápida, cómoda, bien tolerada y segura.

Bibliografía

1. Engel F, Ellero B, Woehl-Jaegle ML, Cribier B. Diffuse sebaceous hyperplasia of the face induced by cyclosporine. *Ann Dermatol Venerol*. 2005;132:342–5.
2. Richey DF. Aminolevulinic acid photodynamic therapy for sebaceous gland hyperplasia. *Dermatol Clin*. 2007;25:59–65.
3. Perret CM, McGregor J, Barlow RJ, Karran P, Proby C, Harwood CA. Topical Photodynamic Therapy with Methyl Aminolevulinic acid

to treat sebaceous hyperplasia in an organ transplant recipient. *Arch Dermatol*. 2006;142:781–2.

4. Boixeda P, Calvo M, Bagazgoitia L. Recientes avances en láser y otras tecnologías. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:262–8.
5. Schönermark MP, Schmidt C, Raulin C. Treatment of sebaceous gland hyperplasia with the pulsed dye laser. *Lasers Surg Med*. 1997;21:313–6.
6. Schönermark MP, Raulin C. Treatment of xanthelasma palpebrarum with the pulsed dye laser. *Lasers Surg Med*. 1996;19:336–9.
7. Aghassi D, González E, Anderson R, Rajadhyaksha M, González S. Elucidating the pulsed dye laser treatment of sebaceous hyperplasia in vivo with real time confocal scanning laser microscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:49–53.

M.T. Truchuelo*, I. Allende, F.M. Almazán-Fernández y P. Boixeda

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maytetd@yahoo.es (M.T. Truchuelo).

doi:10.1016/j.ad.2010.10.018

Coexistencia de dermatitis herpetiforme y psoriasis en placas, ¿dos manifestaciones cutáneas de la enfermedad celiaca?

Concomitant Dermatitis Herpetiformis and Plaque Psoriasis: Possible Skin Manifestations of Celiac disease

Sr. Director:

Las enfermedades cutáneas inmunomediadas están desencadenadas por una compleja interacción entre la susceptibilidad genética del individuo y los factores ambientales. Existen numerosos datos genéticos y epidemiológicos que apoyan la asociación entre enfermedades en apariencia poco relacionadas, como la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, el liquen plano, la dermatitis herpetiforme (DH) o la psoriasis. Una de estas posibles asociaciones es la de la psoriasis con la DH. La presencia de polimorfismos genéticos comunes a la DH y a la psoriasis en diversos genes relacionados con la regulación del sistema inmune permitiría justificar esta asociación. También va a favor de la posible relación entre ambas entidades la mayor prevalencia de celiaquía en los pacientes con psoriasis (4,34%), con respecto a la prevalencia observada en la población general (1-2%)¹.

Un varón de 50 años, sin antecedentes de interés excepto psoriasis en placas leve de más de 20 años de evolución en codos y rodillas, consultó por la aparición progresiva en los últimos meses de unas lesiones ampollas e intensamente pruriginosas, dispuestas alrededor de las placas de psoriasis en la superficie extensora de las extremidades. A la exploración se observaron, distribuidas de forma simétrica, pequeñas ampollas sobre una base eritematosa, monomorfas, de 3 a 7 mm de diámetro y de contenido claro (fig. 1). El paciente no refería otra clínica asociada

por aparatos y sistemas. El resto de la exploración cutánea fue totalmente normal. La biopsia de una de las ampollas, para el estudio con hematoxilina-eosina, mostró numerosos infiltrados neutrofílicos en las papilas dérmicas y la presencia de una ampolla en la unión dermo-epidérmica. El estudio con inmunofluorescencia directa de la piel sana perilesional evidenció la presencia de depósitos granulares de IgA en la dermis papilar (fig. 2). La biopsia de una de las placas de los codos confirmó el diagnóstico de psoriasis, como se aprecia en la figura 3. En el estudio analítico se detectaron anticuerpos antitransglutaminasa tisular a título > 100, con anticuerpos antiendomiso y antigliadina negativos. El resto de estudios analíticos, que incluyeron niveles de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa, fueron normales o negativos. El paciente fue diagnosticado de dermatitis herpetiforme (DH) en coincidencia con psoriasis en placas. El estudio gastroenterológico confirmó el diagnóstico de enfermedad celiaca mediante biopsia del intestino delgado. Después de tres meses de iniciada una dieta exenta de gluten y seguir tratamiento con sulfona oral a dosis de 100 mg/día, el paciente experimentó la total resolución de la clínica ampollosa y una mejoría de la psoriasis, valorada mediante el Índice de Gravedad y Área de la Psoriasis (PASI), que varió de un PASI con valor de 3 a un PASI final con valor de 1.

La coexistencia de lesiones de psoriasis en placas y de DH en un mismo paciente, como en el caso presentado, es rara y ha sido descrita previamente de forma anecdótica. No obstante, numerosos autores defienden la asociación entre la psoriasis y la enfermedad celiaca. Se ha observado que más del 16% de los pacientes con psoriasis presentan IgG e IgA antiendomiso, antigliadina y antitransglutaminasa². Algunas series han permitido demostrar, además, una mejoría de las lesiones de psoriasis después de seguir entre 3 y 6 meses una dieta exenta de gluten, sin otro tratamiento farmacológico añadido, mientras que la reintroducción del gluten