

La primera serie de 23 casos publicada sobre la dermatitis Shiitake fue descrita por Nakamura en 1977<sup>1</sup>, quien posteriormente comunicó otra serie más larga en 1992<sup>2</sup>. Actualmente existen alrededor de un centenar de casos reportados, la mayoría en China y Japón, pocos casos en Europa<sup>8</sup> y ninguno en España.

La dermatitis shiitake se desarrolla tras la ingesta de setas poco cocinadas o crudas en determinadas personas, lo que indica que es necesario una susceptibilidad o hipersensibilidad de base a alguna sustancia termolábil del hongo.

El diagnóstico de esta entidad se hace a partir del cuadro clínico compatible y el antecedente epidemiológico de ingesta de setas del género Shiitake *Lentinus edodes*, poco cocinadas o crudas<sup>2-4,8</sup>, ya que la biopsia suele ser de dermatitis espongíotica inespecífica<sup>2</sup>.

Se considera una toxicodermia con un cuadro clínico similar al de la dermatitis flagelada que aparece tras la administración de ciertos fármacos como la bleomicina<sup>4</sup>; sin embargo, no parece ser el mismo mecanismo de acción<sup>9</sup>. Aunque el polisacárido «lentinan» de las setas shiitake se ha considerado el causante de las manifestaciones cutáneas en forma de dermatitis flagelada<sup>2-4,8</sup> debido a la producción de IL-1, la patogenia no se conoce con exactitud.

La negatividad de las pruebas epicutáneas plantea dudas sobre la vía de hipersensibilidad como posible hipótesis. Sin embargo, respecto a la pruebas de scratch-test y prick-to-prick los resultados son variables, pues hay casos descritos donde estas pruebas son positivas<sup>10</sup>, como es el de nuestra paciente. En estas circunstancias los autores proponen que sea una reacción alérgica sistémica a este hongo.

Aportamos el primer caso de dermatitis flagelada por setas shiitake reportada en España, donde hemos obtenido positividad en el «scratch-test». Creemos que nuestro caso apoya la hipótesis de que se trate de una reacción de hipersensibilidad retardada, por lo que pensamos que las pruebas de hipersensibilidad cutánea pueden ser una herramienta útil tanto para el diagnóstico como para el establecimiento exacto de su patogenia, que aún se considera un misterio.

## Bibliografía

1. Nakamura T. Toxicoderma caused by shiitake (*Lentinus edodes*). *Jpn J Clin Dermatol*. 1977;31:65-8.
2. Nakamura T. Shiitake (*Lentinus edodes*) dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1992;27:65-70.
3. Lippert U, Martin V, Schwertfeger C, Junghans V, Ellinghaus B, Fuchs T. Shiitake dermatitis. *Br J Dermatol*. 2003;148:178-9.
4. Garg S, Cockayne SE. Shiitake dermatitis diagnosed after 16 years! *Arch Dermatol*. 2008;144:1241-2.
5. Aalto-Korte K, Susitaival P, Kaminska R, Mäkinen-Kiljunen S. Occupational protein contact dermatitis from shiitake mushroom and demonstration of shiitake-specific immunoglobulin E. *Contact Dermatitis*. 2005;53:211-3.
6. Ueda A, Obama K, Aoyama K, Ueda T, Xu BH, Li Q, et al. Allergic contact dermatitis in shiitake (*Lentinus edodes* (Berk) Sing) growers. *Contact dermatitis*. 1992;26:228-33.
7. Sastre J, Ibáñez MD, López M, Lehrer SB. Respiratory and immunological reactions among Shiitale (*Lentinus edodes*) mushroom workers. *Clin Exp Allergy*. 1990;20:13-9.
8. Mak RK, Wakelin SH. Shiitake dermatitis: the first case reported from European country. *Br J Dermatol*. 2006;154:800-1.
9. Martín-Hernández JM, Pinazo MI, Montesinos E, Sánchez-Castaño R, Jordá E. Toxicidad cutánea inducida por el tratamiento con bleomicina. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:493-4.
10. Kopp T, Mastan P, Mothes N, Tzaneva S, Stingl G, Tanew A. Systemic allergic contact dermatitis due to consumption of raw shiitake mushroom. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34:910-3.

T. Díaz-Corpas\*, A. Mateu-Puchades, M.N. Coll-Puigserver y A. Marquina-Vila

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ainatdc@hotmail.com](mailto:ainatdc@hotmail.com) (T. Díaz-Corpas).

doi:10.1016/j.ad.2011.03.023

## Úlcera vulvar aguda de transmisión no sexual asociada a infección por virus influenza A

### Comment on: Nonsexually Transmitted Acute Ulcer of the Vulva Associated With Influenza A Virus Infection

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés la carta científico-clínica de Esteve-Martínez y colaboradores acerca de la úlcera vulvar aguda de transmisión no sexual asociada a infección por virus influenza A<sup>1</sup>. Deseamos felicitar a los autores por su concisa y completa revisión sobre este proceso.

Estamos de acuerdo en su conclusión, es decir, en la importancia del conocimiento de esta entidad y en su relación con la infección por el virus influenza A<sup>2,3</sup>. Desearíamos llamar la atención sobre la presentación en pacientes de

mayor edad, con independencia que manifiesten que ya hayan mantenido relaciones sexuales o no. Recientemente tuvimos la ocasión de valorar a una paciente de 20 años de edad con úlceras genitales necróticas que habían precisado desbridamiento por el servicio de ginecología de nuestro centro.

La paciente, sin antecedentes previos de interés, refería fiebre y artromialgias generalizadas 11 días antes a su valoración dermatológica. Tras visitar a su médico de asistencia primaria realizó tratamiento con antitérmicos y una dosis única de levofloxacin vía oral. A las cuatro horas de su ingesta la paciente empezó a notar molestias vulvares y presencia de un área inflamada. En las siguientes 24 horas, se añadieron molestias faríngeas y empeoramiento del estado general. Por ello acudió al servicio de urgencias, realizándose frotis faríngeo reacción en cadena de la polimerasa que confirmó infección por influenza A (H1N1). La paciente fue ingresada y recibió tratamiento con oseltamivir. Durante su estancia hospitalaria se objetivaron úlceras genitales profundas bilaterales con bordes de aspecto necrótico. Se

realizaron múltiples frotis para cultivos convencionales, y para *Neisseria gonorrhoeae*, detección mediante PCR de *Chlamydia trachomatis*, virus herpes simple 1 y 2, y serologías. Se instauró tratamiento empírico con ceftriaxona (dosis única), aciclovir y amoxicilina-clavulánico vía oral a pesar de lo cual las úlceras siguieron evolucionando, precisando desbridamiento de la zona. Ante la mala evolución y la negatividad de los cultivos, de las técnicas de amplificación genética y de las serologías frente sífilis y VIH se solicitó valoración dermatológica.

En este momento se apreciaba importante edema vulvar, ausencia de la zona posterior del labio menor derecho, que había sido resecado, y presencia de un área ulcerada en la base con fondo limpio. En la zona contralateral existía otra úlcera exudativa de 1,5 cm de diámetro y fondo fibrinoso. Las lesiones eran dolorosas y se acompañaban de adenopatías inguinales bilaterales de menos de 1 cm. Se pautaron curas tópicas con fomentos secantes y ácido fusídico. La evolución fue favorable hacia la curación en pocos días, resolviéndose en las siguientes tres semanas. Los estudios serológicos mostraron negatividad para VIH I y II, lúes y citomegalovirus. La serología frente a virus de Epstein Barr fue IgM negativa e IgG positiva. No se detectaron anticuerpos antinucleares.

El diagnóstico diferencial del cuadro se realizó con otras causas de úlceras genitales agudas<sup>4-6</sup>, entre las que se incluyen infecciones de transmisión sexual, lesiones traumáticas, aftosis complejas y lesiones ulceradas asociadas a enfermedades autoinmunes o a enfermedad inflamatoria intestinal. Siendo el diagnóstico final de *ulcus vulvae acutum* asociado a infección por virus influenza A H1N1, no podemos descartar la contribución de los fármacos recibidos por la paciente durante el cuadro en la evolución agresiva y el aspecto necrótico de las lesiones. En los últimos tres años se han descrito varios casos de úlceras agudas genitales asociadas a gripe; desconocemos si es debido a las nuevas mutaciones del virus o a la ingesta concomitante de fármacos. La realización de estudios prospectivos permitirá

conocer si la prevalencia y la evolución de estas lesiones en los pacientes con gripe que han recibido oseltamivir difiere de aquellos con tratamiento sintomático únicamente. El conocimiento de esta entidad por los profesionales de los servicios de urgencias y dermatólogos mejorará el manejo de estos pacientes y evitará intervenciones innecesarias.

## Bibliografía

1. Esteve-Martínez A, López-Davia J, García-Rabasco A, Febrer-Bosch I, Alegre-de Miquel V. Úlcera vulvar aguda de transmisión no sexual asociada a infección por virus influenza A. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:63-4.
2. Wetter DA, Bruce AJ, MacLaughlin KL, Rogers 3rd RS. Ulcus vulvae acutum in a 13-year-old girl after influenza A infection. *Skinmed.* 2008;7:95-8.
3. Lehman JS, Bruce AJ, Wetter DA, Ferguson SB, Rogers 3rd RS. Reactive nonsexually related acute genital ulcers: review of cases evaluated at Mayo Clinic. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63:44-51.
4. Farhi D, Wendling J, Molinari E, Raynal J, Carcelain G, Morand P, et al. Non-sexually related acute genital ulcers in 13 pubertal girls: a clinical and microbiological study. *Arch Dermatol.* 2009;145:38-45.
5. Huppert JS. Lipschutz ulcers: evaluation and management of acute genital ulcers in women. *Dermatol Ther.* 2010;23:533-40.
6. Sárdy M, Wollenberg A, Niedermeier A, Flaig MJ. Genital ulcers associated with Epstein-Barr virus infection (ulcus vulvae acutum). *Acta Derm Venereol.* 2011;91:55-9.

I. López-Lerma\*, M. Serra-Torres y V. García-Patos Briones

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [llopez@aedv.es](mailto:llopez@aedv.es) (I. López-Lerma).

doi:10.1016/j.ad.2011.03.025

## Tratamiento de la pustulosis palmo-plantar con ustekinumab

### Ustekinumab for the Treatment of Palmar-Plantar Pustulosis

*Sr. Director:*

La pustulosis palmo-plantar es un trastorno crónico caracterizado por la presencia de pústulas estériles junto con lesiones eritemato-descamativas en las palmas y las plantas. Su etiología es desconocida y su relación con la psoriasis continúa siendo controvertida. Para algunos autores se trata de una variante de psoriasis, mientras que para otros es una entidad independiente<sup>1</sup>. Es más frecuente en mujeres y la edad de máxima incidencia es entre los 30 y 40 años. Es bien conocida su fuerte asociación con el hábito tabáquico, lo que ha motivado en los últimos años, que algunos autores sugieran que podría tratarse de una enfermedad

autoinmune inducida por el tabaco<sup>2</sup>. También se asocia enfermedades del tiroides, manifestaciones esqueléticas, así como a la diabetes y a la enfermedad celíaca. Es una entidad de difícil manejo, no solo por la falta de respuesta a los diferentes tratamientos, sino también porque afecta de manera importante a la calidad de vida de los pacientes. No existe un tratamiento específico; entre las opciones terapéuticas se incluyen tratamientos tópicos como los corticoides y los retinoides, tratamientos sistémicos como la ciclosporina, los retinoides, el metotrexato y la colchicina, y también fototerapia oral y tópica<sup>3</sup>. Sin embargo, a pesar de las diversas opciones terapéuticas, generalmente la respuesta es mala y con frecuencia es necesario el uso de múltiples combinaciones. Existe evidencia científica de la eficacia y seguridad de los agentes biológicos en pacientes con psoriasis vulgar<sup>4</sup>. Además, en los últimos años, estos fármacos también comienzan a utilizarse con buenas respuestas en pacientes con otras formas de psoriasis, como la forma palmo-plantar. López-Estebanz y Kasche