

limumab por una artritis reumatoide que comenzó con las lesiones dos meses después del inicio del tratamiento, y el último caso publicado por Adenis-Lamarre E, et al.¹⁰ en 2009 en el que describen el caso de una paciente con artritis reumatoide que empeoró de unas lesiones cutáneas tras el inicio de tratamiento con adalimumab, siendo diagnosticada posteriormente de infección por *M. chelonae*.

El caso presentado destaca respecto a los descritos anteriormente por el tiempo de tratamiento (6 años) de la paciente con adalimumab, ya que en el resto, la infección se produjo en los primeros meses de tratamiento. También consideramos que la osteomielitis puede ser debida igualmente a la infección por *M. chelonae* aunque no se ha podido demostrar con el estudio histológico ni microbiológico, ya que la paciente llevaba 15 días con tratamiento antibiótico correcto.

En conclusión, las infecciones oportunistas han sido asociadas a la terapia anti-TNF, y deben considerar a los pacientes que las reciben dentro del grupo de pacientes inmunodeprimidos. No se conoce todavía el riesgo de estos agentes a predisponer a infecciones por micobacterias no tuberculosas. La frecuente presencia concomitante de otros factores de riesgo adicionales, como la prescripción de otros inmunosupresores (corticoides, metotrexato, etc.) o la propia enfermedad de base dificultan, sin embargo, conocer el peso específico de estos nuevos fármacos en el desarrollo del proceso.

Bibliografía

1. Jarzembowski JA, Young MB. Nontuberculous mycobacterial infections. Arch Pathol Lab Med. 2008;132:1333-41.
2. Gardam MA, Keystone EC, Menzies R, Manners S, Skamene E, Long R, et al. Anti-tumor necrosis factor agents and tuberculosis risk: mechanisms of action and clinical management. Lancet Infect Dis. 2003;3:148-55.
3. Winthrop KL, Chang E, Yamashita S, Iademarco MF, LoBue PA. Nontuberculous mycobacteria infections and anti-Tumor Necrosis- α therapy. Emerg Infect Dis. 2009;15:1556-61.
4. Fallon JC, Patchett S, Gulmann C, Murphy GM. *Mycobacterium marinum* infection complicating Crohn's disease, treated with infliximab. Clin Exp Dermatol. 2008;33:43-5.
5. van Ingen J, Boeree M, Janssen M, Ullmann E, de Lange W, de Haas P, et al. Pulmonary *Mycobacterium szulgai* infection and treatment in a patient receiving anti-tumor necrosis factor therapy. Nat Clin Pract Rheumatol. 2007;3:414-9.
6. Mufti AH, Toye BW, Mckendry RR, Angel JB. *Mycobacterium abscessus* infection after use of tumor necrosis factor alpha inhibitor therapy: case report and review of infectious complications associated with tumor necrosis factor alpha inhibitor use. Diagn Microbiol Infect Dis. 2005;53:233-8.
7. Wallis RS, Broder MS, Wong JY, Hanson ME, Beenhouwer DO. Granulomatous infectious diseases associated with tumor necrosis factor antagonists. Clin Infect Dis. 2004;38:1261-5.
8. Sicot N, Gaultier JB, Parize P, Puget M, Rousset H. Infection cutanée disséminée à *Mycobacterium chelonae* mimant une poussée de vascularite. Rev Med Int. 2006;27:5387-8.
9. Díaz F, Urkijo JC, Mendoza F, de la Viuda JM, Blanco M, Unzurrunzaga A, et al. *Mycobacterium chelonae* infection associated with adalimumab therapy. Scand J Rheumatol. 2008;37:159-60.
10. Adenis-Lamarre E, Kostrzewa E, Texier-Maugein J, Doutre MS. Cutaneous infection due to *Mycobacterium chelonae* during anti-TNF therapy. Ann Dermatol Venereol. 2009;136:811-4.

R. Conejero*, M. Ara, M. Lorda e I. Rivera

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.conejero@hotmail.com (R. Conejero).

doi:10.1016/j.ad.2011.02.016

Tratamiento de lupus pernio con luz pulsada intensa

Intense Pulsed Light Therapy for Lupus Pernio

Sr. Director:

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida que afecta a la piel en más del 25% de los pacientes. Dentro de las manifestaciones cutáneas, el lupus pernio (LP) es la más característica, y se presenta como placas violáceas infiltradas, con tendencia a la simetría y predilección por las zonas acrales, fundamentalmente: nariz, mejillas, orejas, labios y frente¹. Actualmente disponemos de múltiples opciones terapéuticas, pero encontramos casos refractarios en los que es necesario emplear nuevas alternativas.

Presentamos el caso de una mujer de 54 años sin antecedentes de interés, diagnosticada 9 años antes de sarcoidosis cutánea por la presencia de placas eritemato-violáceas, papulosas, en los codos, las rodillas y el dorso nasal, con

granulomas no necrotizantes en la biopsia cutánea. No presentaba clínica en otras localizaciones y los estudios complementarios fueron normales salvo por una discreta elevación en los niveles de la enzima convertidora de angiotensina. Durante los primeros 5 años fue tratada con corticoides tópicos e intralesionales, así como con cloroquina, con un control aceptable de las lesiones de los codos y las rodillas pero con persistencia de las lesiones nasales.

Posteriormente, y ante la presencia de brotes recurrentes, además de tratamientos locales con corticoides, recibió diversos tratamientos sistémicos con: hidroxiquina, metotrexato y alopurinol, con respuestas temporales y poco satisfactorias.

Tras el último brote, con afectación fundamentalmente del dorso nasal, en forma de una placa eritemato-violácea (fig. 1), se decidió iniciar tratamiento con un sistema de IPL (Photoderm-Vasculight. Lumenis, Yokneam, Israel) que combina luz policromática con un espectro de 515 a 1200 nm sobre la salida de la cual pueden colocarse diferentes filtros de corte (550, 570, 590, etc.) con un láser de Nd:YAG de pulso largo (1064 nm). Todas las sesiones fueron realizadas

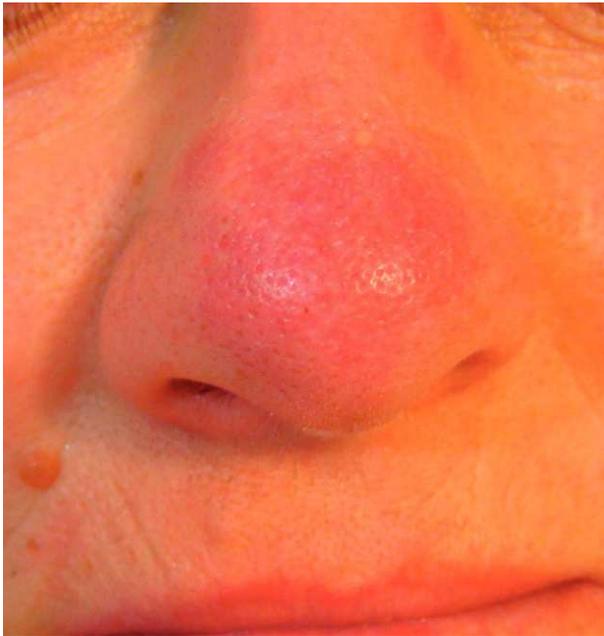


Figura 1 Placa eritemato-violácea en dorso nasal.

de forma ambulatoria sin requerir sedación o anestesia. El filtro de corte fue de 590 nm, un pulso doble de 37 J/cm² (T1: 2,8 mseg, T2: 2,8 ms) con retrasos entre ambos de 20 ms. Las sesiones fueron realizadas entre junio de 2006 y julio de 2008. En cada una de ellas se fue incrementando ligeramente la energía hasta llegar a unas fluencias de 45 J/cm². La respuesta al tratamiento como se puede observar en la figura 2 fue prácticamente completa. Tras dos años de seguimiento la paciente continúa asintomática y sin tratamiento.

No existen unas claras directrices respecto a los pasos a seguir en el tratamiento de la sarcoidosis cutánea, puesto que no hay estudios controlados y randomizados con un

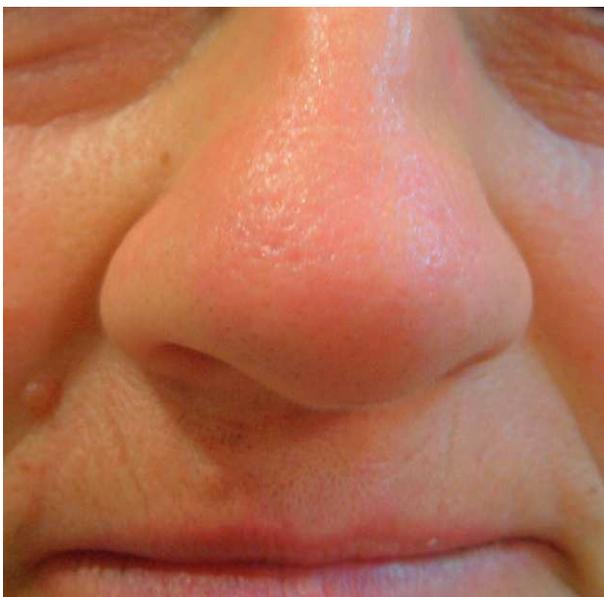


Figura 2 Respuesta prácticamente completa con mínimo eritema.

número suficiente de pacientes para establecerlas², por lo que tenemos que adecuar el tratamiento a cada paciente en función de la gravedad, las comorbilidades asociadas y los posibles efectos adversos. Respecto al tratamiento de las lesiones localizadas, Badgwell y Rosen³ plantean que aunque los corticoides tópicos e intralesionales son el tratamiento de elección, el láser es un arma a tener en cuenta en lesiones persistentes.

El primer láser en usarse para tratar el LP fue el de colorante en 1992 con buenos resultados, aunque con recidivas entre 6 y 10 meses⁴. Posteriormente fueron publicados otros casos con buena respuesta clínica al tratamiento^{5,6} demostrándose en el primero la persistencia de los granulomas en el estudio histológico postratamiento.

En lo que se refiere al láser CO₂, destaca el artículo de O'Donoghue y Barlow⁷ sobre tres pacientes. La primera recibió simultáneamente corticoides orales a dosis bajas por afectación sistémica, permaneciendo asintomática durante 6 años. Los otros dos pacientes tratados exclusivamente con láser CO₂ recidivaron a los 9 y 14 meses respectivamente.

Con el Nd:YAG existen dos referencias. La primera del año 2005 con Versapulse[®] 532 nm, en un paciente que había sido tratado previamente con láser de colorante con resultados limitados, con importante aclaramiento del eritema y ausencia de recidiva tras tres años de seguimiento⁸. La segunda presenta dos casos con buena respuesta al láser KTP, uno asociado a tratamiento con metotrexato⁹.

Las complicaciones que encontramos son mínimas, siendo las más frecuentes la hipo e hiperpigmentación. Green JJ, et al.¹⁰ presentaron un caso con ulceración de las lesiones de sarcoidosis tratadas y no tratadas tras tratamiento con láser de colorante.

Respecto al mecanismo de acción, parece razonable pensar que si destruimos los vasos sanguíneos a través de los cuales llegan los mediadores inflamatorios al foco, desaparezcan, al menos de forma temporal, las lesiones de sarcoidosis, así como de otros procesos inflamatorios como el lupus eritematoso.

En nuestra opinión, tanto el tratamiento con luz pulsada como con láser son dos opciones con un buen perfil de seguridad y, en general, bien toleradas, a tener en cuenta en pacientes con sarcoidosis cutánea localizada refractaria a tratamientos convencionales. No obstante, faltan estudios amplios y controlados para poder considerarlos como tratamientos de primera línea².

Bibliografía

1. Fortuño Y, Gallego I, Marcoval J. Sarcoidosis cutánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:137-53.
2. Doherty CB, Rosen T. Evidence-based therapy for cutaneous sarcoidosis. *Drugs.* 2008;68:1361-83.
3. Badgwell C, Rosen T. Cutaneous sarcoidosis therapy updated. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:69-83.
4. Goodman MM, Alpern K. Treatment of lupus pernio with the flashlamp pulsed dye laser. *Lasers Surg Med.* 1992;12:549-51.
5. Cliff S, Felix RH, Singh L, Harland CC. The successful treatment of lupus pernio with the flashlamp pulsed dye laser. *J Cutan Laser Ther.* 1999;1:49-52.
6. Roos S, Raulin C, Ockenfels HM, Karsai S. Successful treatment of cutaneous sarcoidosis lesions with the flashlamp pumped pulsed dye laser: a case report. *Dermatol Surg.* 2009;35:1139-40.

7. O'Donoghue NB, Barlow RJ. Laser remodelling of nodular nasal lupus pernio. *Clin Exp Dermatol*. 2006;31:27-9.
8. Ekbäck M, Molin L. Effective laser treatment in a case of lupus pernio. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:521-2.
9. Hocar O, Faye O, Wolkenstein P, Goldzal S, Revuz J, Cosnes A. Cutaneous sarcoidosis: efficacy of KTP laser. *Ann Dermatol Venereol*. 2007;134:174-5.
10. Green JJ, Lawrence N, Heymann WR. Generalized ulcerative sarcoidosis induced by therapy with the flashlamp-pumped pulsed dye laser. *Arch Dermatol*. 2001;137:507-8.

L. Rosende, J. del Pozo*, A. de Andrés y L. Pérez Varela

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesus.del.pozo.losada@sergas.es (J. del Pozo).

doi:10.1016/j.ad.2011.02.017

Granuloma alérgico de contacto tipo sarcoideo por pendientes en un niño

Sarcoid-Type Allergic Contact Granuloma Caused by Earrings in a Boy

Sr Director:

La formación en la piel de granulomas alérgicos de contacto de tipo sarcoideo es un fenómeno infrecuente, descrito originariamente por Mann RJ, et al. hace más de 20 años en una paciente que usaba pendientes de oro¹. Recientemente hemos estudiado a un niño que desarrolló un granuloma alérgico de contacto tipo sarcoideo en la oreja tras la colocación de varios pendientes que contenían, entre otros metales, paladio.

Se trata de un varón de 11 años, sin antecedentes de interés, que consultó a su pediatra en enero de 2008 por presentar desde hacía tres años una pápula asintomática en el lóbulo de la oreja izquierda, aparecida tres meses después de la colocación de un pendiente. La lesión se extirpó en el Servicio de Cirugía General y el paciente fue remitido a nuestras consultas aportando un informe histológico donde se describía una «infiltración granulomatosa tipo sarcoidea, sin presencia de material refringente en la muestra» (fig. 1). En la exploración física se apreciaba una pápula cicatricial residual en el lóbulo de la oreja izquierda, sin otros hallazgos cutáneomucosos o sistémicos relevantes. Las pruebas complementarias efectuadas que consistieron en estudios analíticos incluyendo enzima convertidor de angiotensina, calcemia y calciuria, y radiografía de tórax permitieron descartar una sarcoidosis sistémica.

Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) (True test[®], laboratorios Mekos, Aps. Dinamarca, y alérgenos adicionales de Chemo-technique diagnostics, Suecia) y batería de metales Marti Tor[®] (33 alérgenos). La lectura se efectuó a las 48, 96 y 168 h, evidenciándose en D7 una sensibilización al cloruro de paladio (++), cloruro de platino (++), tetracloroplatinato de amonio (++) y mercurio (++), en todos los casos con parches de características eccematosas (fig. 2).

La determinación de metales mediante espectrometría de masa con fuente de plasma de acoplamiento inductivo (ICP-MS) en los tres pendientes (M1, M2 y M3) que usaba el paciente demostró la presencia de paladio como uno de los elementos mayoritarios tanto en el pendiente que inicial-

mente empleó el paciente e inductor de la reacción cutánea (M1), así como en los dos restantes (tabla 1). Tras estos resultados se estableció el diagnóstico final de «granuloma alérgico de contacto por paladio».

El paciente fue revisado tres meses más tarde, advirtiéndose dos positividads en la espalda. Por un lado, una reacción persistente en el parche de paladio, no eccematoso e infiltrado al tacto, que hacía sospechar una infiltración granulomatosa pero que no fue posible biopsiar por negativa de los padres. Además, también se observaba una positividad

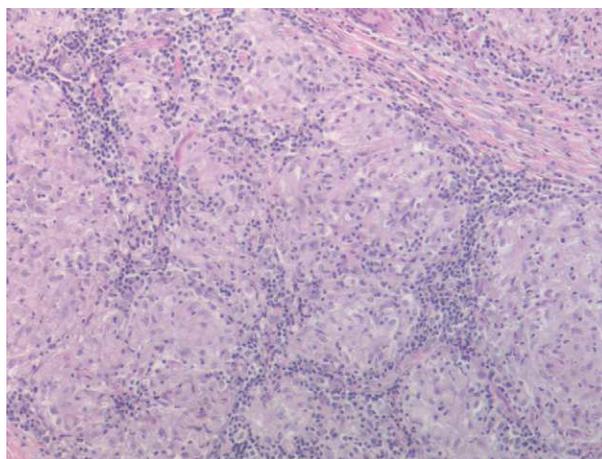


Figura 1 Inflamación granulomatosa de tipo sarcoideo (H-E X10).

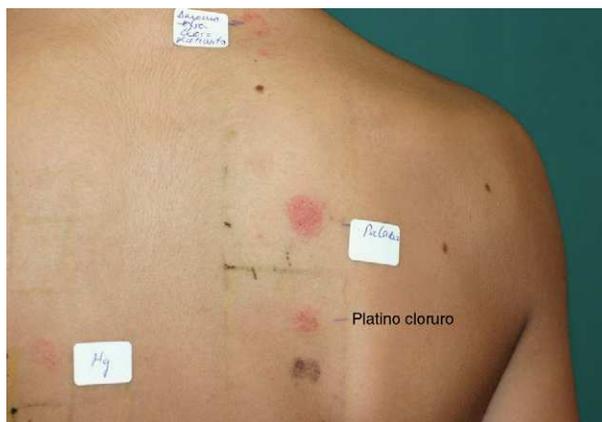


Figura 2 Sensibilización a paladio, platino, mercurio y tetracloroplatinato de amonio.