

sections: comparison with other methods. *Int J Dermatol.* 2000;39:609-13.

9. Buffet M, Grange P, Gerhardt P, Carlotti A, Calvez V, Bianchi A, et al. Diagnosing *Treponema pallidum* in secondary syphilis by PCR and immunohistochemistry. *J Invest Dermatol.* 2007;127:2345-50.
10. Martín-Ezquerro G, Fernández-Casado A, Barco D, Jucglà A, Juanpere-Rodero N, Manresa JM, et al. *Treponema pallidum* distribution patterns in mucocutaneous lesions of primary and secondary syphilis: an immunohistochemical and ultrastructural study. *Human Pathol.* 2009;40:624-30.

C. Hernández^{a,*}, R. Fúnez^b, B. Repiso^a y M. Frieyro^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

^b Servicios de Anatomía Patológica, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chernandez@aedv.es (C. Hernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.12.011>

Buenos resultados tras tratamiento con láser CO₂ de leiomioma en el pezón

Successful Treatment of Leiomyoma of the Nipple With Carbon Dioxide Laser

Sr. Director:

Los leiomiomas genitales son el tipo menos frecuente de leiomiomas, siendo los localizados en el pezón y/o la areola extremadamente raros¹⁻⁴. Hasta la fecha su tratamiento con láser CO₂ no ha sido descrito en la literatura.

Presentamos el caso de una mujer de 33 años, sin antecedentes médicos de interés, que consultó por presentar una lesión cutánea localizada en el pezón izquierdo que había permanecido estable desde su aparición en la adolescencia. En la anamnesis la paciente refería leve dolor a la palpación y una importante repercusión estética, motivo por el cual solicitaba tratamiento. A la exploración se apreciaba una elongación del pezón izquierdo secundaria a la presencia de una lesión nodular, bien delimitada, de consistencia firme, del mismo color que el pezón, de aproximadamente 15 mm de diámetro y sin signos de retracción del pezón (fig. 1). El resto de la mama, así como la contralateral, no mostraron hallazgos significativos.

Se realizó una biopsia de la lesión cuyo estudio histopatológico mostró una epidermis hiperqueratósica con

un incremento de la pigmentación de la capa basal. En la dermis destacaba la presencia de una tumoración dérmica mal delimitada, no encapsulada, formada por múltiples haces de músculo liso formados por células de núcleos ovoides y citoplasmas eosinófilos entrelazados entre sí (fig. 2 A). No se apreciaban células atípicas ni mitosis. La tinción para la actina del músculo liso fue positiva (fig. 2 B). Ante estos hallazgos clinicopatológicos se estableció el diagnóstico de leiomioma genital. Bajo anestesia local con mepivacaína al 2% se eliminó la lesión remanente con láser CO₂ Sharplan®, en modo desfocalizado con una irradiancia de 55 W/cm² y spot 3 mm. Se trató la lesión en una sesión realizando de 5 a 8 pases, eliminando entre cada pase el tejido coagulado, hasta la destrucción macroscópica de la lesión. Tras una sesión de tratamiento gran parte de la lesión fue eliminada con muy buenos resultados estéticos y funcionales, sin recurrencias a los 20 meses del tratamiento (fig. 3).

Los leiomiomas cutáneos son neoplasias benignas poco frecuentes. Se clasifican en 3 grupos en función de las fibras musculares a partir de las cuales se originan: el piloleiomioma, originado de las fibras musculares lisas del músculo erector del folículo piloso; el angioleiomioma, originado a partir de la lámina media de los vasos sanguíneos; y el leiomioma dárctico o genital, que se origina de la musculatura lisa del escroto, la vulva, el pezón o la areola mamaria. Los leiomiomas genitales son el tipo menos frecuente, siendo los localizados en el pezón y/o la areola extremadamente raros¹⁻⁴. Los leiomiomas del pezón y la areola, descritos por primera vez en 1854 por Virchow, se presentan como lesiones nodulares solitarias, de pequeño tamaño, recubiertas de piel normal que excepcionalmente pueden causar retracción del pezón o extenderse hasta el tejido mamario subyacente⁴. Generalmente, las lesiones suelen ser asintomáticas, aunque en raras ocasiones pueden producir dolor de forma espontánea o ante determinados estímulos como el frío, la presión o el estrés emocional.

Histológicamente se caracterizan por ser tumores dérmicos no encapsulados, mal delimitados compuestos por fascículos de células fusiformes de citoplasmas eosinófilos amplios y núcleos elongados con extremos romos, dispuestos en un patrón entrelazado. Generalmente respeta la epidermis, dejando una zona libre de dermis entre ella y el tumor, siendo infrecuente la presencia de mitosis y atipias². Los leiomiomas son positivos a vimentina, desmina y actina de músculo liso.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con la enfermedad de Paget, el fibroma, el adenoma del pezón, la

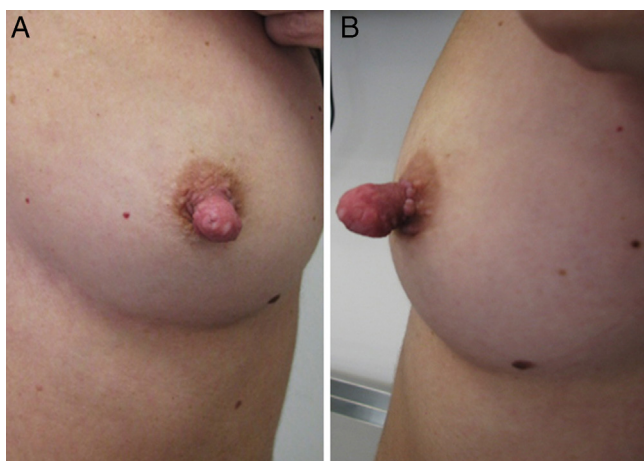


Figura 1 Lesión cutánea localizada en el pezón izquierdo de la paciente.

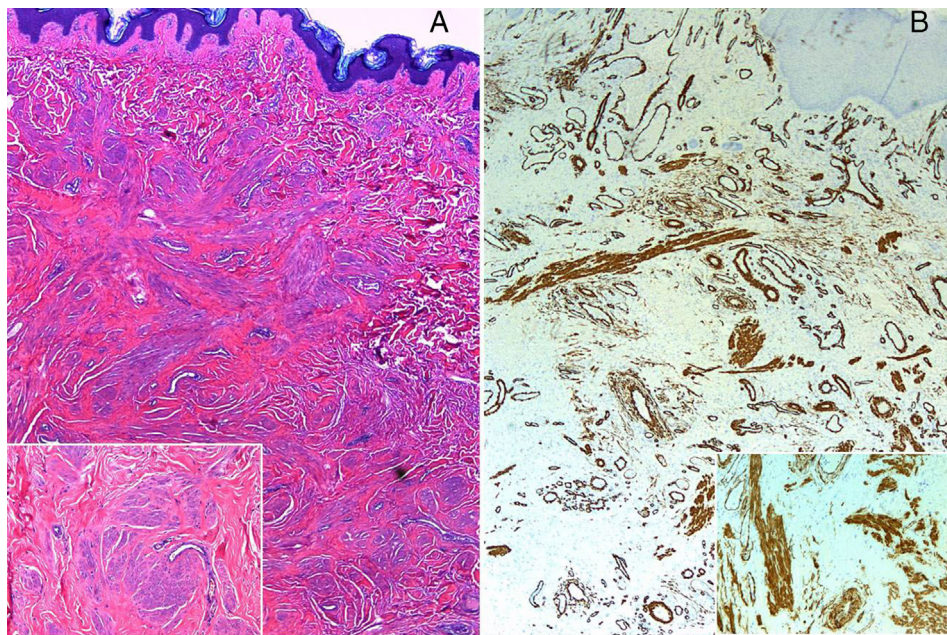


Figura 2 A. Epidermis hiperqueratósica bajo la que se observa una tumoración dérmica no encapsulada formada por haces entremezclados de células fusiformes y eosinófilas (H-E $\times 5$). B. Positividad a la tinción de actina de músculo liso ($\times 5$).

linfadenosis cutánea benigna, el leiomioma de la areola, la adenomatosis erosiva del pezón y el hamartoma mioide².

Existen diferentes modalidades de tratamiento. En aquellos casos en los que exista dolor asociado puede ser útil el empleo de antagonistas del calcio o antagonistas alfa-adrenérgicos que actuarían inhibiendo la contracción de las fibras musculares. Se han descrito casos anecdóticos tratados con crioterapia, nitroglicerina, hidrobromuro de hioscina, lidocaína y analgésicos³. Además del tratamiento médico se puede recurrir a la exéresis quirúrgica. Sin embargo, en ocasiones, la cirugía no está indicada, bien porque existen contraindicaciones por parte del paciente o porque las lesiones, como ocurría en nuestra paciente, se localizan en áreas que requieren un mejor resultado cosmético. El láser CO₂ se ha descrito excepcionalmente en la literatura como tratamiento para los leiomiomas cutáneos con buenos resultados⁵, sin haberse descrito, hasta la fecha, ningún caso de leiomioma genital tratado con esta técnica. El láser de CO₂ emite una luz en el

espectro infrarrojo a una longitud de onda de 10.600 nm que es absorbida por el agua causando vaporización de la piel con necrosis coagulativa en la dermis remanente. Sus principales ventajas son la gran rapidez de acción, la selectividad y precisión de sus efectos, así como su gran especificidad sobre el daño tisular, que ocasiona una destrucción muy localizada y segura, con un mínimo daño de los tejidos próximos y mínima hemorragia, ya que produce una mayor coagulación. Como alternativa al láser CO₂ puede emplearse el láser de Erbium-YAG, que emite dentro del espectro de infrarrojo a una longitud de onda de 2.900 nm y es capaz de vaporizar la piel en límites de penetración inferiores a los del láser CO₂. Este produce un bajo daño térmico en los tejidos subyacentes debido a su elevado coeficiente de absorción del agua. Sin embargo, esta eficaz absorción limita la transmisión de calor a los estratos profundos y, por tanto, puede existir riesgo de hemorragia durante el acto operatorio al no producirse la coagulación por insuficiente conducción térmica.

En conclusión, presentamos un caso de una entidad poco frecuente en la que el tratamiento con láser CO₂ ha demostrado unos resultados cosméticos muy satisfactorios, y creemos que esta técnica puede ser considerada como una buena alternativa terapéutica en aquellos casos en los que no es posible o está contraindicada la cirugía.



Figura 3 Excelente resultado a los 12 meses del tratamiento con láser CO₂.

Bibliografía

1. Gokdemir G, Sakiz D, Koslu A. Multiple cutaneous leiomyomas of the nipple. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20: 468-9.

- Fernández-Jorge B, Yebra-Pimentel T. Nódulo solitario en la areola mamaria de un varón. *Piel*. 2007;22:353-4.
- Roustan G, Sanchez E, Ruiz P, Simon A. Leiomioma de la areola mamaria. Presentación de dos casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:35-7.
- Shibata S, Imafuky S, Tashiro A, Gondo CH, Toyoshima S, Furue M. Leiomyoma of the male nipple. *J Dermatol*. 2011;38:727-9.
- Christenson LJ, Smith K, Arpey CJ. Treatment of multiple cutaneous leiomyomas with CO₂ laser ablation. *Dermatol Surg*. 2000;26:319-22.

V. López^{a,*}, I. López^a, J. Alcacer^b y J.M. Ricart^a

^a Servicio de Dermatología, Dermiláser, Hospital Quirón, Valencia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Quirón, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: veronica.17@live.com, veronica_l@hotmail.com (V. López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.05.002>

Pustulosis exantemática aguda generalizada inducida por galantamina

Acute Generalized Exanthematous Pustulosis Induced by Galantamine

Sr. Director:

En la actualidad no se dispone de un tratamiento eficaz para la enfermedad de Alzheimer. Esto es debido a que la fisiopatogenia de esta entidad es muy compleja y no se conoce en su totalidad. Sí se ha demostrado que anomalías de la función colinérgica son un componente importante de las múltiples disfunciones en la neurotransmisión cerebral que presentan los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Por ello, los inhibidores de la colinesterasa, la galantamina, el donepezilo y la rivastigmina, son considerados como fármacos de primera línea para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer leve a moderada, al reforzar la neurotransmisión colinérgica.

Presentamos el primer caso descrito de pustulosis exantemática aguda generalizada tras la administración de galantamina.

Mujer de 81 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión, dislipidemia, espondiloartrosis y demencia degenerativa tipo Alzheimer, de reciente diagnóstico, que acudió de urgencia a nuestra consulta por presentar una *rash* cutáneo generalizado pruriginoso, asociado a sensación distérmica, sin fiebre termometrada, de 5 días de evolución.

En la exploración presentaba en el tronco y en las extremidades grandes placas eritemato-edematosas con múltiples pústulas monomorfas, no foliculares. En las extremidades las lesiones eran más aisladas y adquirían una morfología en diana (fig. 1). De forma aislada presentaba pequeñas áreas con despegamiento epidérmico superficial.

No asociaba afectación de la mucosa oral, genital ni molestias oculares. Tampoco se palpaban visceromegalias ni adenopatías.

En la historia farmacológica solo constaba la introducción en el último mes de galantamina en dosis ascendentes, pausada por Neurología para la demencia, no existiendo cambios en la dosificación del resto de fármacos.

Con la sospecha diagnóstica de pustulosis exantemática aguda generalizada por galantamina se decidió el ingreso hospitalario de la paciente, para control evolutivo, retirán-

dose dicho fármaco para iniciar tratamiento sintomático, con fluidoterapia, antihistamínicos orales y curas locales.

El estudio histológico mostró pústulas subcórneas constituidas por neutrófilos, edema en la dermis papilar y un discreto infiltrado perivascular de linfocitos y eosinófilos (fig. 2).

En la analítica destacaba una intensa leucocitosis ($38 \times 10^9/l$) con neutrofilia ($34,6 \times 10^9/l$), estudio morfológico normal, y la elevación de reactantes de fase aguda, como el fibrinógeno y la proteína C reactiva.

Durante el ingreso hospitalario la paciente experimentó una rápida mejoría, reduciéndose el *rash*, sin progresión de las áreas desepidermizadas y con la normalización de las alteraciones analíticas. En el control posterior, tras dos semanas de haber retirado la galantamina, las lesiones



Figura 1 Placas eritemato-edematosas con múltiples pústulas no foliculares.