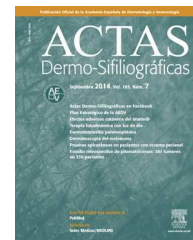




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Cicatriz hipérftrica y queloide después de la aplicación de imiquimod 5% crema. A propósito de 2 casos



Hypertrophic and Keloid Scars After the Application of 5% Imiquimod Cream: A Report of 2 Cases

El imiquimod 5% es un fármaco aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento tópico de los condilomas acuminados, queratosis actínicas y carcinomas basocelulares. Se trata de un medicamento de uso habitual en la práctica clínica diaria, sin embargo no se han descrito hasta el momento casos de alteraciones de la cicatrización después de la aplicación de dicho fármaco.

Se presentan 2 casos de cicatrización anormal aparecidos después del tratamiento con imiquimod al 5% en crema.

Caso 1

Varón de 32 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes personales médicos ni quirúrgicos de interés, que consultó por la presencia de una lesión en la región pectoral derecha de 2 años de evolución, tratada con antifúngicos por sospecha de micosis. En la exploración se objetivaba una placa eritemato-descamativa de 2 cm de diámetro compatible con enfermedad de Bowen, por lo que se decidió instaurar tratamiento con imiquimod 5% crema una vez al día de lunes a viernes durante 6 semanas. A los 60 días de haber iniciado el tratamiento el paciente presentaba en la zona tratada una lesión lineal sobrelevada, perlada y con telangiectasias en la superficie, rodeada de un halo de piel atrófica e hipopigmentada (fig. 1A). Ante tales hallazgos se decidió realizar una biopsia cutánea de la lesión para estudio histopatológico, que reveló que se trataba de un proceso inflamatorio crónico inespecífico focalmente granulomatoso, con fibrosis de aspecto cicatricial y ausencia de elementos neoplásicos malignos, descartando la presencia de un proceso tumoral y llegando al diagnóstico de cicatriz hipertrófica.

El tratamiento con corticoides tópicos y bandas de silicona consiguió una disminución del prurito, aplanamiento de la lesión y disminución de las telangiectasias, pero

persistencia de la hipocromía y atrofia a los 9 meses de tratamiento (fig. 1B y C).

Caso 2

Mujer de 71 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de dislipidemia, espondiloartrosis y polinosis. No refería antecedentes quirúrgicos previos. La paciente consultaba por una lesión perlada de 1 cm de diámetro, con queratosis central y telangiectasias gruesas a la dermatoscopia, localizada en la región pectoral izquierda, de 2 años de evolución (fig. 2A). Se estableció el diagnóstico de carcinoma basocelular superficial y se pautó imiquimod al 5% crema una vez al día de lunes a viernes durante 6 semanas.

Dos meses después se observó la presencia de una placa eritematosa de 7 cm de diámetro, infiltrada y ligeramente dolorosa, que contenía 3 elementos lineales ramificados de consistencia elástica, que sobrepasaban la zona inicial tumoral, llegándose al diagnóstico clínico de queloide después de la aplicación de imiquimod 5% crema (fig. 2B).

Con el tratamiento con corticoides tópicos, a los 2 meses únicamente se consiguió disminuir el grado de eritema (fig. 2C).

La crema de imiquimod al 5% está indicada en los condilomas acuminados, el carcinoma basocelular superficial (CBCs) y las queratosis actínicas¹. Sin embargo, su empleo fuera de ficha técnica en numerosos procesos dermatológicos ha demostrado resultados favorables^{2,3}.

Los efectos secundarios locales habituales son eritema, prurito, ardor, ulceración, erosión, descamación y costra, y dentro de los síntomas sistémicos más comunes se han descrito cefalea, fatiga, fiebre, malestar general, algias, náuseas, diarrea y artralgias^{4,5}.

Imiquimod se ha sugerido como alternativa a la cirugía en zonas quirúrgicas complejas precisamente por los mejores resultados estéticos obtenidos. En este sentido, incluso se ha propuesto en el tratamiento de cicatrices hipertróficas y queloides^{6,7}. Sin embargo, es preciso tener en cuenta la habitual inflamación asociada a la aplicación de imiquimod. Esta reacción inflamatoria, de intensidad y naturaleza variable, puede llegar a ser intensa hasta el punto de que en áreas anatómicas predispuestas (región pectoral, preesternal, clavicular, etc.) puede ocasionar una cicatriz hipertrófica o un queloide.

En los casos presentados las lesiones estaban localizadas en la superficie anterior del tórax, área anatómica con



Figura 1 A. Primera revisión del paciente después de aplicar imiquimod, donde se aprecia una lesión lineal sobreelevada. B y C. Exploración del paciente a los 6 y 9 meses respectivamente. Mejoría después del tratamiento.



Figura 2 A. Carcinoma basocelular. Imagen previa al inicio del tratamiento. B. Gran placa infiltrada, con 3 elementos lineales de consistencia elástica a los 2 meses de aplicar imiquimod. C. Persistencia de la lesión, con características similares pero con menor grado de eritema.

tendencia natural a la cicatrización hipertrófica y al queloide; este factor debe ser tenido en cuenta a la hora de prescribir imiquimod en estas localizaciones.

Por otra parte, los pacientes descritos no contaban con antecedentes quirúrgicos ni traumáticos relevantes, por lo que no fue posible conocer su predisposición a la mala cicatrización; sin embargo, ambos presentaron una intensa inflamación en regiones con tendencia al queloide, lo cual parece justificar la evolución.

Bibliografía

1. Wagstaff AJ, Perry CM. Topical imiquimod: A review of its use in the management of anogenital warts, actinic keratoses, basal cell carcinoma and other skin lesions. *Drugs*. 2007;67:2187-210.
2. Navi D, Huntley A. Imiquimod 5 percent cream and the treatment of cutaneous malignancy. *Dermatol Online J*. 2004;10:4.
3. Syed TA. A review of the applications of imiquimod: A novel immune response modifier. *Expert Opin Pharmacother*. 2001;2:877-82.

- Barton JC. Angioedema associated with imiquimod. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:477–8.
- Cantisaní C, Lazic T, Richetta AG, Clerico R, Mattozzi C, Calvieri S, et al. Imiquimod 5% cream use in dermatology, side effects and recent patents. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2012;6:65–9.
- Berman B, Harrison-Balestra C, Perez OA, Viera M, Villa A, Zell D, et al. Treatment of keloid scars post-shave excision with imiquimod 5% cream: A prospective, double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Drugs Dermatol.* 2009;8:455–8.
- Cação FM, Tanaka V, Messina MC. Failure of imiquimod 5% cream to prevent recurrence of surgically excised trunk keloids. *Dermatol Surg.* 2009;35:629–33.

A. Márquez García^{a,*}, T. Ojeda Vila^a, L. Ferrándiz^a e J.J. Ríos Martín^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.marquez54@hotmail.com

(A. Márquez García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.10.018>

Utilidad de la ecografía cutánea en el diagnóstico de las complicaciones por materiales de relleno



The Utility of Skin Ultrasound for the Diagnosis of Complications of Tissue Filler Materials

Sr. Director:

Debido al incremento de los procedimientos estéticos en los últimos años, cada vez es más común observar en nuestra práctica clínica diaria los efectos secundarios derivados de las diferentes técnicas. Una de ellas es la presencia de granulomas secundarios a implantes cutáneos, cuya etiología es difícil de establecer en ocasiones. En primer lugar, porque los pacientes omiten haber recibido un tratamiento cosmético o desconocen la naturaleza del mismo y, además, porque la presentación clínica es parecida a otras enfermedades dermatológicas¹. En caso de problemas médico-legales la prueba complementaria más útil es la biopsia, ya que cada material presenta un patrón histológico específico², pero se trata de una técnica invasiva y que, en ocasiones, los pacientes rechazan. La ecografía cutánea constituye una prueba complementaria alternativa y no invasiva que permite, mediante de patrones ecográficos determinados, identificar el tipo de material implicado y su localización exacta.

Presentamos el caso de una mujer de 52 años, que acudió a consulta por múltiples lesiones asintomáticas localizadas en frente. Las primeras habían aparecido en la región interiliar 8 años antes, permaneciendo estables hasta el año pasado, momento en el cual, coincidiendo con la aparición de nuevas lesiones, empezaron a cursar con brotes recurrentes de inflamación de días de duración, autoresolutivos. En la exploración física presentaba placas rosado-amarillentas de bordes bien definidos, consistencia firme, superficie con aspecto en piel de naranja y diámetro variable entre 1-2 cm (fig. 1). Como antecedente destacaba la infiltración de un material de relleno 14 años antes, que la paciente no sabía precisar. Una biopsia previa mostraba abundantes histiocitos xantomizados sugestivos de reacción histiocitaria a material de relleno (fig. 2). Debido a la falta de hallazgos específicos, decidimos realizar una ecografía cutánea para

filiar el material de relleno utilizado que describía la presencia en la región frontal, regiones malaras y mentón de varias imágenes ecogénicas sin bordes definidos, de sombra acústica desde la piel hasta la profundidad. Este patrón corresponde al llamado signo de la «tormenta de nieve»



Figura 1 Placas rosado-amarillentas de bordes bien definidos y tamaño variable en frente.

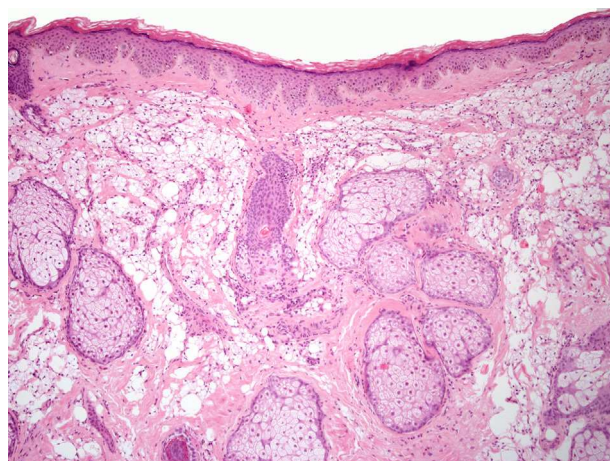


Figura 2 Piel con abundantes histiocitos xantomizados con microvacuolas y otros con macrovacuolas localizados en dermis reticular, sugestivos de reacción histiocitaria a material de relleno (hematoxilina-eosina 10×).