

Describimos el caso de una paciente con presencia simultánea de lesiones típicas clínica e histológicamente de PBF y DAP; pendiente de realizar el estudio mutacional en ambas lesiones. A día de hoy, no hemos encontrado en la literatura ningún caso descrito de la asociación entre PBF y DAP en un mismo paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Chorzelski TP, Kudejko J, Jablonska S. Papular acantholytic dyskeratosis of the vulva a new entity? *Am J Dermatopathol.* 1984;6:557–60.
2. Van der Putte SCJ, Oey HB. Papular acantholytic dyskeratosis of the penis. *Am J Dermatopathol.* 1986;8:365–6.
3. Wakel RL, Jager RM. Focal acantholytic dyskeratosis of the anal canal. *Am J Dermatopathol.* 1986;4:362–3.
4. Günes AT, Ilknur T, Pabuçcuoğlu U, Lebe B, Altiner DD. Papular acantholytic dyskeratosis of the anogenital area with positive direct immunofluorescence results. *Clin Exp Dermatol.* 2007;32:301–3.
5. Montis-Palos MC, Acebo-Marinñas E, Catón-Santarén B, Soloeta-Arechavala R. Dermatitis acantolítica papular del área genitocrural: ¿forma localizada de Darier o Haley-Haley? *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:170–2.
6. Knopp EA, Saraceni C, Moss J, McNiff JM, Choate KA. Somatic ATP2A2 mutation in a case of papular acantholytic dyskeratosis: Mosaic Darier disease. *J Cutan Pathol.* 2015;42:853–7.
7. Lipoff JB, Mudgil AV, Young S, Chu P, Cohen SR. Acantholytic dermatosis of the crural folds with ATP2C1 mutation is a possible variant of Hailey-Hailey disease. *J Cutan Med Surg.* 2009;13:151–4.
8. Pernet C, Bessis D, Savignac M, Tron E, Guillot B, Hovnanian A. Genitoperineal papular acantholytic dyskeratosis is allelic to Hailey-Hailey disease. *Br J Dermatol.* 2012;167:210–2.
9. Yu WY, Ng E, Hale C, Hu S, Pomeranz MK. Papular acantholytic dyskeratosis of the vulva associated with familial Hailey-Hailey disease. *Clin Exp Dermatol.* 2016;41:628–31.

C. Baliu-Piqué* y P. Iranzo

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carola.baliu.pique@gmail.com (C. Baliu-Piqué).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.07.017>

0001-7310/

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fitofotodermatitis ampollosa producida por un remedio esotérico



Bullous Phytophotodermatitis Caused by an Esoteric Remedy

Sra. Directora:

Una mujer de 33 años con antecedentes personales de hipotiroidismo, anorexia nerviosa y ansiedad-depresión con episodios de autolesiones, en tratamiento habitual con levotiroxina, fluoxetina, clonazepam y clometiazol, sin cambios recientes de medicación. Acudió a urgencias por la aparición 3 días antes, en dorso de ambas manos y dedos, de grandes ampollas dolorosas, de contenido seroso, sobre una base eritematosa pruriginosa (figs. 1a y 1b). La paciente negaba la aplicación de ninguna sustancia en la zona, no había tenido contacto con plantas y se encontraba en ese momento de baja laboral por su cuadro psiquiátrico, dedicando su tiempo a pasear y leer en el exterior, aunque era invierno. Las lesiones recordaban a grandes quemaduras y ante la sospecha de que estas hubieran sido autoinfligidas, se decidió el ingreso hospitalario para vigilar evolución. Durante este se pautó tratamiento tópico con ácido fusídico y betametasona, y tratamiento oral con prednisona y amoxicilina-clavulánico, con lo que las lesiones mejoraron en pocos días. Al resolverse el cuadro ampolloso agudo, se observó la aparición de una pigmentación difusa de aspecto residual, perfectamente bien delimitada en la parte distal de las muñecas (fig. 2) y que respetaba la zona cubierta por un anillo; lo que orientó hacia el diagnóstico de fototoxicidad. Las pruebas complementarias realizadas incluyendo una analítica completa con autoinmunidad y porfirinas en orina de 24h, la determinación de la dosis eritematosa mínima (DEM) para UVA y UVB y la realización de pruebas epicutáneas y fotoparches con las baterías estándar del

GEIDAC y de fotoalergenos del GEF, resultaron rigurosamente normales. El estudio histológico de las lesiones mostró una vesícula subepidérmica con necrosis epidérmica. En las zonas adyacentes a la vesícula se observaron ocasionales queratinocitos apoptóticos y un infiltrado dérmico de linfocitos, histiocitos, eosinófilos y algunos hematíes extravasados, hallazgos compatibles con el diagnóstico de dermatitis fototóxica ampollosa. Reinterrogando a la paciente, finalmente recordó haberse aplicado 24-36 h antes del inicio de las lesiones, un producto preparado por una santera para combatir «el mal de ojo». Este remedio consistía en la decocción de una planta llamada *Ruda* que la paciente debía aplicarse por todo el cuerpo, excepto en la cabeza. La localización de las lesiones coincidía con la única zona que, tras la aplicación de esta sustancia, no había quedado cubierta por la ropa de abrigo.

Las plantas del género *Ruda* son arbustos pequeños originarios del sur de Europa que se cultivan como planta ornamental en jardines y también por sus propiedades medicinales y como condimento. Entre sus muchos efectos (abortivo, antiparasitario, repelente de insectos, analgésico, ...) es también ampliamente conocida su capacidad fototóxica debida a las furocumarinas (5-metoxipsoraleno y 8-metoxipsoraleno) y a los alcaloides que contiene¹. Existen numerosos casos publicados de fitofotodermatitis por distintas especies de *Ruda* en aplicación tópica en sus distintos usos terapéuticos, como en lociones pediculicidas² o analgésicas³, o en uso directo de la planta como repelente de insectos⁴. En la mayoría de estos casos el diagnóstico clínico es sencillo por la localización de las lesiones en zonas fotoexpuestas, la tendencia a la formación de vesículas o ampollas y la pigmentación residual, junto con el antecedente del contacto con la planta o la aplicación del producto que la contiene.

En ocasiones, la formación de ampollas en las fitofotodermatitis puede llegar a ser muy llamativa simulando grandes quemaduras⁵. En niños el contacto con plantas fototóxicas puede ser accidental, mientras juegan en jardines, por lo que no se suele recordar⁶. La aparición de lesiones similares a quemaduras sin antecedentes de



Figura 1 A) Eritema y edema en dorso de la mano derecha con grandes ampollas tensas de contenido transparente. B) Lesiones similares en dorso de la mano izquierda.

contacto con plantas, la mayoría de las veces dificulta el diagnóstico.

Además de por sus aplicaciones terapéuticas, en algunos países Iberoamericanos está muy extendido el uso de la *Ruda* como pro-

tección frente a «malos espíritus»^{7,8}. La recomendación de aplicar productos conteniendo esta planta de forma amplia por todo el cuerpo, seguido habitualmente de la exposición solar, incluso en la playa, da lugar a la aparición de lesiones generalizadas que



Figura 2 Pigmentación difusa en dorso de las manos, tras la resolución de las lesiones. Destaca el límite neto en la zona distal de muñecas y el respeto de la zona del anillo en el cuarto dedo de la mano derecha.

respetan exclusivamente las zonas cubiertas por el bañador. Estos cuadros graves de fitofotodermatitis ampollas extensas precisan un abordaje multidisciplinar con medidas de soporte en unidades de quemados.

Presentamos un caso de fitofotodermatitis ampollas por *Ruta* de origen poco habitual en un remedio esotérico contra el «mal de ojo». Hay que sospechar el diagnóstico de fitofotodermatitis ante la presencia de lesiones ampollas, localizadas exclusivamente en zonas fotoexpuestas, que tienden a producir pigmentación residual bien definida cuando se resuelven. Es importante tener presente también el diagnóstico en niños, en los que el contacto con la planta puede ser accidental y pasar desapercibido.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gawkroder DJ, Savin JA. Phytophotodermatitis due to common rue (*Ruta graveolens*). *Contact Dermatitis*. 1983;9:224.
- Morais P, Mota P, Cunha AP, Peralta L, Azevedo F. Phytophotodermatitis due to homemade ointment for *Pediculosis capitis*. *Contact Dermatitis*. 2008;59:373-4.
- Arias-Santiago SA, Fernández-Pugnaire MA, Almazán-Fernández FM, Serrano-Falcón C, Serrano-Ortega S. Phytophotodermatitis due to *Ruta graveolens* prescribed for fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48:1401.
- Ortiz-Frutos J, Sánchez B, García B, Iglesias L, Sánchez-Mata D. Photocontact dermatitis from rue (*Ruta montana* L). *Contact Dermatitis*. 1995;33:284.
- Mill J, Wallis B, Cuttle L, Mott J, Oakley A, Kimble R. Phytophotodermatitis: Case reports of children presenting with blistering after preparing lime juice. *Burns*. 2008;34:731-3.
- Furniss D, Adams T. Herb of grace: An unusual cause of phytophotodermatitis mimicking burn injury. *J Burn Care Res*. 2007;28:767-9.
- Wessner D, Hofmann H, Ring J. Phytophotodermatitis due to *Ruta graveolens* applied as protection against evil spells. *Contact Dermatitis*. 1999;41:232.
- Zayas-Pinedo, Gabilondo-Zubizarreta FJ, Torrero-López V. Fototoxicidad tras exposición a *ruta graveolens*. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2014;40:455-8.

S. Córdoba*, M. González, C. Martínez-Morán y J.M. Borbujo

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: susana.cordoba@salud.madrid.org (S. Córdoba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.07.019>

0001-7310/

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Ampollas del coma tras sobredosis de fármacos depresores del sistema nervioso central



Coma Blisters after an Overdose of Central Nervous System Depressants

Sra. Directora:

La expresión «ampollas del coma» hace referencia a la presencia de ampollas cutáneas en pacientes con pérdida del nivel de conciencia. Fueron descritas inicialmente por Larrey en soldados intoxicados por monóxido de carbono en 1812¹. Desde entonces se han relacionado principalmente con sobredosis de fármacos y drogas depresoras del sistema nervioso central como barbitúricos, antidepresivos tricíclicos, opiáceos o alcohol; afecciones neurológicas como meningoencefalitis, enfermedad cerebrovascular o traumatismo craneoencefálico; o alteraciones metabólicas como hipercalcemia, hipoglucemia o cetoacidosis diabética²⁻⁴. Sin embargo, también se han descrito en pacientes sin alteración del nivel de conciencia, tras largos periodos de inmovilización o asociadas a granulomatosis de Wegener⁵⁻⁷.

Presentamos una mujer de 24 años de edad, con antecedentes de trastorno de la personalidad y consumo ocasional de cocaína y anfetaminas, que fue encontrada inconsciente en su domicilio. La paciente había ingerido múltiples comprimidos de su medicación habitual (topiramato, duloxetina, quetiapina y clorazepato).

A su llegada a Urgencias presentaba un bajo nivel de conciencia (Glasgow 6), con palidez cutánea y pupilas midriáticas reactivas. Tras estimulación física se observó una mejoría parcial (Glasgow

10), estableciéndose tratamiento con oxígeno, sueroterapia, lavado gástrico y carbón activado.

La TC craneal no mostró datos de afección aguda intracraneal. En el estudio analítico destacaba una creatinina cinasa sérica de 5.590 U/L, con función renal normal. El análisis de tóxicos en orina mostró niveles elevados de benzodiazepinas.

Durante las primeras 24 h de su estancia en el hospital presentó lesiones cutáneas asintomáticas, localizadas sobre prominencias óseas. En la exploración se observaron placas eritematosas bien delimitadas sobre las que asentaban ampollas tensas de contenido seroso (fig. 1A y B). Las lesiones mostraban una morfología artefacta y se distribuían de forma característica sobre zonas de presión (articulaciones metacarpofalángicas de la mano derecha, cadera derecha y rodilla izquierda).

El estudio histopatológico mostró una ampolla subepidérmica con focos de reepitelización (fig. 2), así como focos de necrosis del epitelio glandular en los ovillos ecinos, con infiltración periglandular neutrofílica (fig. 3A). Se observaron infiltrados dérmicos, perivasculares y perianexiales, de predominio neutrofílico, y focos de necrosis fibrinoide en la pared de pequeños capilares dérmicos con infiltración neutrofílica de esta (fig. 3B).

Tras tratamiento con antibiótico tópico, las lesiones curaron en 3 semanas sin dejar cicatriz y sin presentar recurrencias.

Teniendo en cuenta el cuadro clínico y los hallazgos histopatológicos se estableció el diagnóstico de ampollas del coma.

Las ampollas del coma clínicamente se caracterizan por máculas o placas eritematovioláceas de tamaño variable, sobre las que se desarrollan ampollas tensas de contenido seroso o hemorrágico. Las lesiones aparecen típicamente en las primeras 24 h tras la ingesta de los fármacos, y en las primeras 48-72 h tras la pérdida del nivel de conciencia. Se localizan principalmente en zonas de presión, como dedos, codos, rodillas, maléolos o talones. Las lesiones son autolimitadas, curando en pocos días o semanas sin dejar cicatriz