

y en 5/25 infiltrado perineural, siendo estos hallazgos más frecuentes de lo reportado anteriormente en el LA.

Por otro lado, en ocasiones puede confundirse el LA con la micosis fungoide (MF) e incluso algunos autores defienden la relación entre ambas, sugiriendo la capacidad del LA de progresar a MF⁷.

El diagnóstico es clínico-patológico y debe plantearse el diagnóstico diferencial entre las otras dermatosis purpúricas pigmentadas, micosis fungoide, liquen *striatus*, blaschkitis, contusiones traumáticas, dermatitis de contacto o histiocitosis de Langerhans^{1,8}.

El pronóstico de la enfermedad es variable e imprevisible, siendo habitual la resolución espontánea con recidivas posteriores^{3,4,9}. En cuanto a su tratamiento se han propuesto varias alternativas, entre ellas los corticoides tópicos, la fototerapia o los inhibidores de la calcineurina, aunque hoy en día no existe una opción realmente eficaz⁴.

Se presenta un LA segmentario en un paciente de fototipo alto, hecho que influye en la tonalidad de la lesión, no siendo apreciable el halo característico dorado y con un aspecto más pigmentado del habitual. La dermatoscopia y el estudio histológico permitieron el diagnóstico adecuado de la lesión. En la literatura se ha descrito el LA neonatal¹⁰, pero no hemos hallado ningún otro caso congénito. A pesar de ello, la lesión descrita en la primera exploración neonatal y la hallada en el paciente 9 años después coincidían en la localización. Además, los familiares del paciente la referían como la misma lesión. Todo ello apoyaría su carácter congénito, si bien no podemos asegurarlo, puesto que no se realizó ningún seguimiento dermatológico del paciente tras el nacimiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Zeng YP, Fang K, Ma DL. Lichen aureus: Clinicopathological features in a Chinese series. *Eur J Dermatol*. 2016;26:290-4.
- Tortelly VD, Silva RS, Mota AN, Piñeiro-Maceira J. Agminate lichen aureus. *An Bras Dermatol*. 2013;88 Suppl 1:S143-5.
- Mahajan VK, Chauhan P. Lichen aureus. *Indian J Pediatr*. 2014;81:420-1.
- Hazan C, Fangman B, Cohen D. Lichen aureus. *Dermatol Online J*. 2007;13:23.
- Zaballos P, Puig S, Malveyh J. Dermoscopy of pigmented purpuric dermatoses (lichen aureus): A useful tool for clinical diagnosis. *Arch Dermatol*. 2004;140:1290-1.
- Gelmetti C, Cerri D, Grimalt R. Lichen aureus in childhood. *Pediatr Dermatol*. 1991;8:280-3.
- Aung PP, Burns SJ, Bhawan J. Lichen aureus: An unusual histopathological presentation: A case report and a review of literature. *Am J Dermatopathol*. 2014;36:e1-4.
- Zhao YK, Luo DQ, Sarkar R, Xie WL. Segmental lichen aureus in a young woman with spontaneous improvement. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2014;12:260-2.
- Sarkissian L, Villani AP, Kanitakis J. *Dermpath & clinic: Zosteriform lichen aureus*. *Eur J Dermatol*. 2016;26:215-6.
- Saito Y, Shimomura Y, Orime M, Kariya N, Abe R. Segmental lichen aureus in infancy. *Clin Exp Dermatol*. 2017;42:215-7.

O. Corral Magaña*, J. Escalas Taberner, A. Bauzá Alonso y A. Martín-Santiago

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oricmag@gmail.com (O. Corral Magaña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.04.023>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

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

Vacuna triple vírica como tratamiento de verruga subungueal recalcitrante



Mumps, Measles, and Rubella Vaccine for the Treatment of a Recalcitrant Subungual Wart

Sra. Directora:

Las verrugas vulgares son infecciones virales producidas por el virus del papiloma humano que en ocasiones pueden suponer un reto terapéutico, sobre todo en determinadas localizaciones como la zona subungueal, la periungueal y las plantas de los pies. Aunque existe un amplio arsenal terapéutico dirigido al tratamiento de las mismas, es frecuente que en estas localizaciones sean rebeldes al tratamiento.

Un varón de 45 años, sin antecedentes personales de interés, presentaba una verruga subungueal en el primer dedo de la mano derecha de 2 años de evolución, que le ocasionaba distrofia ungueal con dolor y limitación para la

realización de tareas domésticas y laborales que implicasen el uso de la pinza pulgar (fig. 1 a). Se intentaron multitud de tratamientos, como se resume en la tabla 1, así como la combinación de varios de ellos sin éxito. Tras realizar una biopsia para despistaje de carcinoma verrucoso, se decidió

Tabla 1 Tratamientos empleados previamente y duración de los mismos

Tratamiento	Duración
Ácido salicílico al 50% en oclusión	8 semanas
5-Fluorouracilo al 5% tópico	6 semanas
Imiquimod al 5% tópico	6 semanas
Ácido salicílico al 50% + 5 fluorouracilo al 5%	6 semanas
Crioterapia	4 ciclos separados cada 2 semanas
Láser de colorante pulsado	4 ciclos separados cada 3 semanas

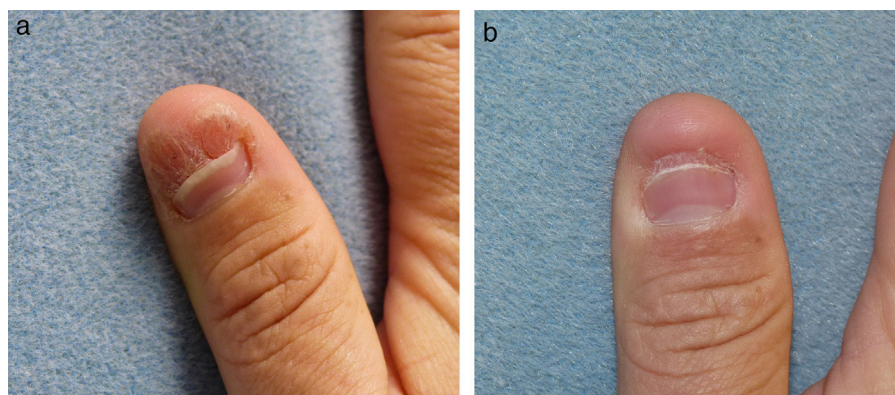


Figura 1 (a): verruga subungueal previa al tratamiento. (b): después de 7 ciclos de tratamiento.

iniciar tratamiento mediante inmunoterapia con vacuna triple vírica (sarampión, paperas y rubeola) en inyección local. Se realizaron inyecciones de 0,3 ml (de 0,5 ml que contiene cada vial) espaciadas cada 2 semanas. No se necesitó inmunización previa, ya que el paciente había sido vacunado con triple vírica en la infancia. Tras 5 sesiones se observaron cambios inflamatorios en la zona con aparición de edema y eritema, y tras la séptima sesión la verruga desapareció por completo (fig. 1 b). No se observaron efectos secundarios, salvo dolor moderado durante la inyección, y tras más de un año de seguimiento no se ha producido recidiva.

Existen localizaciones como la zona subungueal donde el tratamiento de las verrugas vulgares puede ser frustrante. Para el tratamiento de las mismas se han ensayado multitud de tratamientos con diferentes mecanismos de acción, siendo los métodos destructivos y la inmunoterapia los más usados¹. Entre los métodos de inmunoterapia encontramos alérgenos de contacto como la difenciprona y el dinitroclobenceno, inmunomoduladores tópicos como el imiquimod y orales como la cimetidina y el sulfato de cinc². Por otro lado, cada vez se están realizando más ensayos con inmunoterapia intralesional con antígenos como la candidina y el antígeno de la tuberculosis, así como vacunas como la de las paperas o la triple vírica³. Aunque el mecanismo por el cual actúan no está del todo claro, se piensa que se produce una inducción de la respuesta inmune mediada por células Th1. Las citoquinas liberadas en la respuesta incluyen interleuquina 2 e interferón gamma, siendo su liberación mucho más importante en la zona de inyección, concentrándose la respuesta inmune local en la zona que favorecería la eliminación del virus del papiloma humano⁴. El traumatismo local podría contribuir a la intensificación de esta respuesta. Además, el efecto inmunomodulador podría ser no solo a nivel local, sino también a distancia, ya que no es infrecuente la desaparición de verrugas distantes a la zona de inyección⁵. Para que se produzca esta respuesta inmunitaria es necesario que el paciente haya sido expuesto previamente a alguno de estos antígenos, bien por vacunación previa establecida en el calendario vacunal, bien por contacto directo con el virus en el pasado⁵. En caso de no estar inmunizado se recomienda una dosis previa de vacuna subcutánea. Las tasas de

respuesta completa varían entre el 27-81%, con una media de 3,6 ciclos por paciente espaciados cada 2 semanas³. Los efectos secundarios más frecuentes observados incluyen síntomas pseudogripales y dolor en la zona de inyección, sin observarse efectos secundarios graves³. El coste de la inmunoterapia intralesional, así como la disponibilidad de los antígenos y su posible efecto a distancia, supone una ventaja respecto a los métodos clásicos de inmunoterapia tópica⁴. La vacuna se puede conseguir a través de la farmacia hospitalaria, o directamente de la farmacia habitual con receta médica. El PVP de un vial de vacuna es de aproximadamente 15 euros, al que habría que aplicar la reducción de aportación.

En conclusión, dada su disponibilidad, coste-efectividad y ausencia de efectos secundarios graves, la inmunoterapia intralesional con vacuna triple vírica podría ser de utilidad en verrugas refractarias a otros tratamientos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Muñoz Santos C, Pigem R. Nuevos tratamientos en la infección por virus del papiloma humano. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:883-9.
- Gerlero P, Hernández-Martín Á. Treatment of warts in children: An update. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:551-8.
- Aldahan AS, Mlacker S, Shah VV, Kamath P, Alsaidan M, Samarkandy S, et al. Efficacy of intralesional immunotherapy for the treatment of warts: A review of the literature. *Dermatol Ther.* 2016;29:197-207.
- Nofal A, Nofal E, Yosef A, Nofal H. Treatment of recalcitrant warts with intralesional measles, mumps, and rubella vaccine: A promising approach. *Int J Dermatol.* 2015;54:667-71.
- Na CH, Choi H, Song SH, Kim MS, Shin BS. Two-year experience of using the measles, mumps and rubella vaccine as intralesional immunotherapy for warts. *Clin Exp Dermatol.* 2014;39:583-9.

C. Morales-Raya*, L. Maroñas-Jiménez, R. Aragón-Miguel y C. Postigo-Llorente

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosmoralesraya@hotmail.com (C. Morales-Raya).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.02.030>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

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

Caracterización ecográfica de la psoriasis ungueal: estudio de casos y controles



Ultrasound Characterization of Psoriasis of the Nails: A Case-Control Study

Sra. Directora:

La ecografía de alta frecuencia en modo B y el estudio doppler puede objetivar cambios en la anatomía y vascularización de la uña en los pacientes con psoriasis ungueal (PsU). El objetivo primario del estudio fue describir los hallazgos ecográficos de la uña del dedo pulgar en una serie de pacientes adultos psoriásicos con afectación de esa uña. Se decidió evaluar la uña del primer dedo de la mano por ser la uña de mayor tamaño y la más frecuentemente afectada en la PsU. Se realizó un estudio multicéntrico transversal no prospectivo de casos y controles en el que participaron hospitales de 4 provincias españolas. Los controles fueron sujetos sanos sin alteraciones clínicas en la uña del pulgar que acudieron a la consulta de dermatología de forma consecutiva. Los 5 médicos realizaron un solo estudio ecográfico a cada paciente, con las mismas variables: transductor lineal de 18 MHz (modo B), entre 6,6 y 12,5 MHz en modo doppler, repetición de impulsos por segundo (PRF) de 750 y filtro de pared de 3. Se evaluó la estructura y grosor de la tabla ungueal en dos ejes, el grosor del lecho ungueal (distancia entre la lámina ventral y la falange) en dos ejes, y la señal doppler del lecho ungueal y del área matricial mediante una escala semicuantitativa (0-3)¹. El lecho ungueal se definió como el área situada por debajo de la tabla ungueal distal al eponiquio (cutícula) y el área matricial como el área situada por debajo del pliegue proximal que limita proximalmente con la inserción del tendón extensor del dedo y distalmente con el lecho ungueal. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® v.21.0 y se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05.

Se incluyeron un total de 79 participantes, 36 casos y 43 controles. La edad media era de 44 años, el 75% eran mujeres y el IMC medio fue de 25, sin diferencias significativas entre los 2 grupos. En los pacientes psoriásicos la edad media de inicio de la PsU era de 32 años, el PASI medio fue de 5, un 19% estaba diagnosticado de artritis psoriásica (Aps) periférica (n = 7), y el 30% seguía tratamiento sistémico para la PsU (54% metotrexato, 27% biológicos y 19% otros). En los casos, el 72% tenía afectación clínica del lecho ungueal, el 67% de la matriz ungueal y en el 39% de ambas. La afectación más frecuente fue el piqueteado ungueal (83%), seguida de

la onicólisis (65%) y la hiperqueratosis subungueal (46%). La ecografía de la tabla ungueal mostró una estructura trilaminar regular en el 95% de los controles y en el 25% de los casos ($p < 0,05$). En los pacientes con PsU se objetivó un engrosamiento de la tabla (1,02 mm eje longitudinal y 1,08 mm eje transversal) y del lecho ungueal (2,19 mm longitudinal y 2,21 mm transversal), con diferencias significativas con los controles (1,69 mm) (tabla 1). La señal doppler del lecho ungueal mostró una mediana y una moda de 1 en los casos, y de 0 los controles ($p < 0,05$). El doppler del área matricial de los casos mostró una mediana de 1 y una moda de 2, y en los controles de 1 y 0 ($p < 0,05$) (fig. 1). La comparación de los hallazgos ecográficos de los pacientes psoriásicos con o sin Aps no mostró diferencias significativas.

En los pacientes psoriásicos se han demostrado cambios ecográficos en la tabla, lecho y matriz ungueal, y en la inserción del tendón extensor del dedo¹⁻⁶. Gisondi et al.⁵ publicaron el engrosamiento de la tabla y lecho en pacientes con PsU, siendo nuestros resultados similares. Sandobal et al.⁶ evaluaron el grosor del lecho ungueal de los pacientes con PsU, Aps, AR y controles, y establecieron el punto de corte de 2 mm (80% sensibilidad, 71% especificidad) como factor predictor de PsU y Aps, y en nuestro estudio también se observa este hallazgo. El presente estudio evaluaba por primera vez por separado la señal doppler del lecho ungueal y del área matricial, y se han obtenido diferencias estadísticamente significativas respecto a los controles en ambas. El presente estudio presenta algunas limitaciones. La primera es la tecnológica, inherente a todos los estudios ecográficos, según la cual cuanto más moderno es el ecógrafo, mayor es su sensibilidad para la detección del doppler. Otra limitación

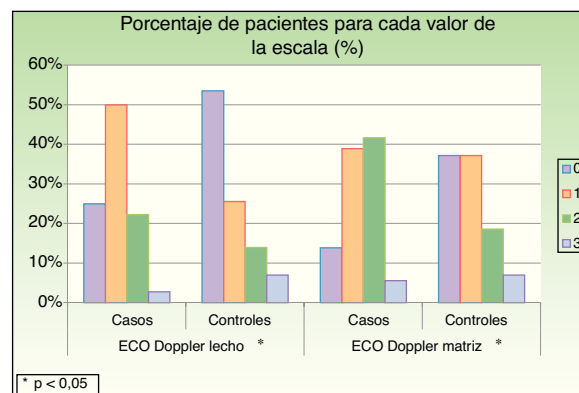


Figura 1 Señal doppler del lecho y la matriz ungueal. Escala semicuantitativa (0-3).

*p < 0,05.