

**Tabla 1** Características demográficas y resultado de las pruebas alérgicas de contacto en los tres pacientes

	Sexo	Edad	Test de uso	Pruebas epicutáneas (Pigmerise® 0,4 y 1%)		Batería estándar española
				48 h	96 h	
1	M	51	+	+	++	—
2	M	37	+	++	+	Níquel (+++), tiomersal (++)
3	V	45	+	++	++	Resina de p-Ter-butil-fenol-formaldehído (++)

M: mujer; V: varón.

presentamos los que serían los 3 primeros casos de eccema de contacto alérgico a Pigmerise®. Los casos presentados resaltan la necesidad de establecer una estricta vigilancia epidemiológica, en la cual el dermatólogo ocupa un lugar clave para detectar dichas reacciones sobre todo en relación con el uso de productos tópicos y reportar los casos confirmados a la agencia española del medicamento.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

A Yolanda Pérez Serna y Natalia Bueno Betes, por su colaboración y labor en la realización de las pruebas epicutáneas.

### Bibliografía

- Morales-Sánchez MA, Vargas-Salinas M, Peralta-Pedrero ML, Olgún-García MG, Jurado-Santa Cruz F. Impacto del vitiligo en la calidad de vida. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:637–42.
- Morrison B, Burden-The E, Batchelor JM, Mead E, Grindlay D, RatibS. Quality of life in people with vitiligo: 0 A systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2017;177:e338–9.

- Boniface K, Seneschal J, Picardo M, Taïeb A. Vitiligo: focus on clinical aspects, immunopathogenesis and therapy. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2018;54:52–67.
- Mortimer S, Reeder M. Botanicals in dermatology: Essential oils, botanical allergens and current regulatory practices. *Dermatitis*. 2016;27:317–24.
- Lin Z, Liao Y, Venkatasamy R, Hider RC, Soumyanath A. Amides from *Piper nigrum* L. with dissimilar effects on melanocyte proliferation in-vitro. *J Pharm Pharmacol*. 2007;59:529–36.

E. García-Zamora\*, E. Gómez de la Fuente, R. Miñano-Medrano, M. Gutiérrez-Pascual y J.L. López-Estebanz

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [garciazamoraelena@gmail.com](mailto:garciazamoraelena@gmail.com) (E. García-Zamora).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.01.010>  
0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

## Enfermedad de Grover tipo poroqueratósico: más allá de un patrón acantolítico



### Porokeratosis-Like Grover Disease: More Than an Acantholytic Pattern

Sr. Director:

La enfermedad de Grover (EG) fue clasificada por años como una dermatosis acantolítica y transitoria. Hoy se sabe que no necesariamente es transitoria<sup>1</sup>, y que puede mostrar diferentes patrones histológicos además de los 4 acantolíticos clásicos (Hailey-Hailey, Darier-like, espongiótico y pénfigo-like)<sup>2,3</sup>. Durante los últimos años se han dado a conocer diferentes tipos histológicos no clásicos como: el dismadrativo, el liquenoide, el vesicular, el de tipo poroqueratósico<sup>2</sup>, el lentiginoso<sup>4</sup> e incluso una forma pseudoherpética<sup>5</sup>. El factor común entre ellos es que la acantólisis y disqueratosis pueden no ser el hallazgo principal, ser focal o incluso estar

ausente<sup>2</sup>, razón por la cual esta entidad puede representar un desafío a la hora del diagnóstico histológico.

La importancia de esto radica en que el polimorfismo en los hallazgos histopatológicos no se asocia a variaciones clínicas significativas en la mayoría de los casos. Por lo cual la correlación clínico-patológica es fundamental, en especial en lesiones tempranas, para poder llegar a un diagnóstico adecuado<sup>2,4</sup>.

### Caso clínico

Un varón de 53 años, sin enfermedad de base conocida, presenta lesiones tipo pápulas en región superior del tórax, axilas (fig. 1) y pubis, pruriginosas, de más de 10 años de evolución. Las mismas se exacerbaban con la exposición al calor y la sudoración.

En la histopatología se observó la formación de una lamela cornoide con una columna de paraqueratosis (fig. 2) asociado a espongirosis, daño vacuolar focal y extravasación de eritrocitos (fig. 3). La dermis mostró un infiltrado



**Figura 1** A) Pápulas eritematosas y costrosas en tórax. B) Mayor detalle de las pápulas eritematosas.

inflamatorio perivascular inespecífico. Se realizó el diagnóstico de una enfermedad de Grover de tipo poroqueratósico.

**Discusión**

La EG fue descrita en 1970 inicialmente, siendo 2 los patrones histológicos relacionados con la misma: tipo Darier y Hailey-Hailey<sup>6</sup>. En 1977 el mismo autor describió los otros patrones acantolíticos clásicos bien conocidos<sup>7</sup>.

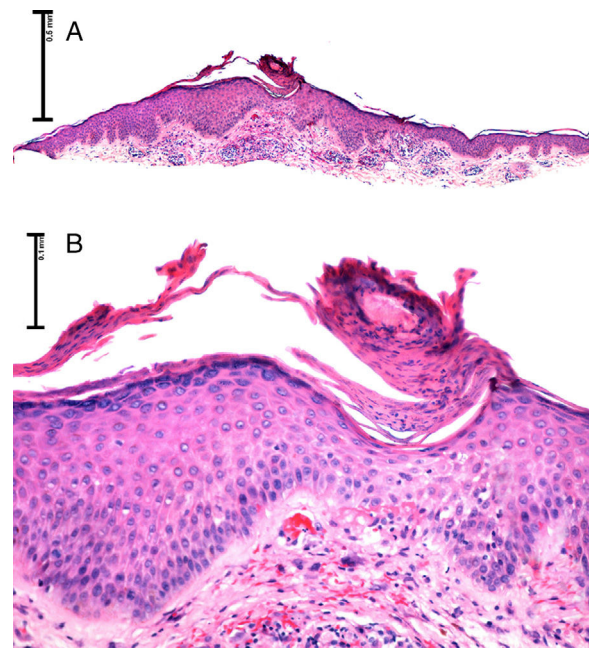
Desde entonces la EG fue estudiada en sus aspectos clínicos y epidemiológicos, describiendo 3 formas clínicas diferentes: transitoria, persistente y crónica-asintomática<sup>1</sup>, y de predominio estacional<sup>8</sup>. En los últimos años han sido reevaluadas las características histológicas inicialmente propuestas por Grover y Park en 1970<sup>6</sup>, encontrando como resultado una entidad polimorfa distinguiendo al menos 9 patrones histológicos relacionados con la enfermedad. En 2010, Melwani et al. en su análisis de 22 casos, describen el patrón lentiginoso, como un patrón temprano<sup>4</sup>. Ese mismo año, Fernández-Figueras et al., en su revisión de 120 casos, agrega 5 subtipos histológicos a los 4 inicialmente descritos por Grover et al.<sup>7</sup>: lentiginoso, liquenoide, vesicular, dismaturativo y poroqueratósico<sup>2</sup>.

Fernández-Figueras et al.<sup>2</sup> describen por primera vez el patrón poroqueratósico como una forma histológica infrecuente de EG, caracterizada por la formación de una lamela corneíde, no asociada a hiperplasia epidérmica, disqueratosis ni acantólisis, pudiendo existir espongiosis y daño vacuolar basal, como en el caso reportado.

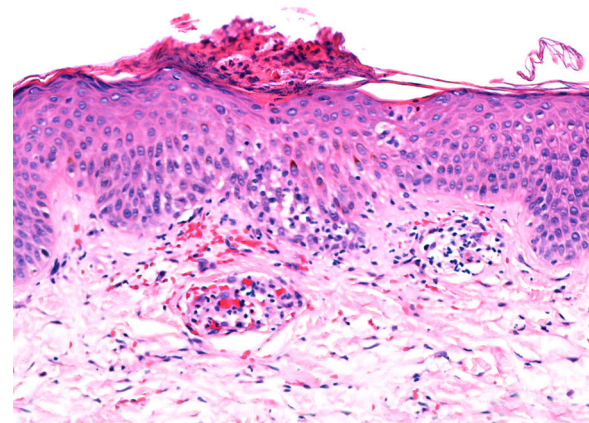
Aunque la presencia de columnas de paraqueratosis en la EG ya había sido descrita en el patrón tipo Darier, asociada con disqueratosis, cuerpos redondos y acantólisis<sup>1,7</sup>, no se había descrito la presencia de la misma como hallazgo único. Debe tenerse en cuenta que la presencia de columnas de paraqueratosis es un hallazgo histológico llamativo, pero no es específico y puede ser encontrado en múltiples entidades (tabla 1)<sup>9</sup>.

La EG de tipo poroqueratósico es una entidad poco frecuente, menos del 5% en la serie de casos de Fernández-Figueras et al.<sup>2</sup>, con pocos casos reportados en la literatura.

Estos patrones poco comunes pueden ser difíciles de reconocer, ya que los cambios pueden ser sutiles, focalmente representados o estar combinados<sup>1,2,4</sup>. Así, en el presente caso además del patrón tipo poroqueratósico existen áreas con patrón espongiótico y daño vacuolar de la capa basal (fig. 3).



**Figura 2** A) Imagen panorámica, presencia de una lámina de paraqueratosis oblicua sobre una epidermis acantósica (H&E ×2). B) A mayor detalle: epidermis con una depresión central asociada a una columna de paraqueratosis oblicua e hipogranulosis (H&E ×4).



**Figura 3** Epidermis acantósica asociada a espongiosis, extravasación eritrocitaria, tumefacción endotelial y daño vacuolar de la capa basal (HE x10).

**Tabla 1** Condiciones de tipo no poroqueratosis que se asocian a lamela cornioide

Psoriasis
Queratosis liquenoides
Pitiriasis rubra pilaris
Enfermedad de Grover
Enfermedad de Fox-Fordyce
Desórdenes de la queratinización

La presencia de estos patrones acantolíticos y no acantolíticos abren la posibilidad de encontrarnos ante una entidad polimorfa que puede ser frecuentemente infradiagnosticada en la práctica diaria.

El interés de nuestro caso radica en que la EG de tipo poroqueratósico es una variante histológica infrecuente que no presenta los cambios clásicos de disqueratosis y acantólisis<sup>2</sup>. La variabilidad en el aspecto histológico de la EG ha conducido a que esta sea incluida en el diagnóstico diferencial de múltiples entidades<sup>1,2</sup>.

Reconocer la existencia de los patrones histológicos no clásicos evita la interpretación errónea y la realización de nuevas biopsias<sup>2</sup>, siendo la correlación clínico-patológica fundamental para llegar al diagnóstico.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Quirk CJ, Heenan PJ. Grover's disease: 34 years on. *Australas J Dermatol.* 2004;45:83–8.
2. Fernández-Figueras MT, Puig L, Cannata P, Cuatrecasas M, Quer A, Ferrándiz C, et al. Grover disease: A reappraisal of histopathological diagnostic criteria in 120 cases. *Am J Dermatopathol.* 2010;32:541–9.
3. Davis M, Dinnen A, Landa N, Gibson L. Grover's disease: Clinicopathologic review of 72 cases. *Mayo Clin Proc.* 1999;74:229–34.
4. Melwani PM, Parsons AC, Omar P. Early histopathologic changes in Grover disease. *Am J Dermatopathol.* 2010;32:565–7.
5. Wiersma GL, Saavedra AP, Yang FC, Nandi TR, Levine D, Murphy GF. Pseudoherpetic grover disease: Report of 2 cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 2014;36:746–50.
6. Grover RW, Park F. Acantholytic Dermatitis. *Arch Dermatol.* 1970;101:426–34.
7. Grover R, Ackerman AB, Chalet M. Transient acantholytic dermatosis: A reevaluation. *Arch Dermatol.* 1977;113:431–5.
8. Scheinfeld N, Mones J. Seasonal variation of transient acantholytic dyskeratosis (Grover's disease). *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:263–8.
9. Biswas A. Cornoid lamellation revisited: Apropos of prokeratosis with emphasis on unusual clinicopathological variants. *Am J Dermatopathol.* 2015;37:145–55.

C. Montoya\*, L.M. Arias, M. Salazar  
y H.A. Flórez

*Programa de Dermatopatología, Universidad CES,  
Medellín, Antioquia, Colombia*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [camilamontoyabueno@gmail.com](mailto:camilamontoyabueno@gmail.com)  
(C. Montoya).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.032>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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