

Hiperplasia seudoepiteliomatosa: una reacción infrecuente de los tatuajes



Pseudoepitheliomatous Hyperplasia: An Uncommon Reaction in Tattoos

Sr. Director:

Durante las últimas décadas la realización de tatuajes se ha extendido en la población y, paralelamente a ello, existe un aumento del número de publicaciones relativas a los efectos adversos que conlleva la realización de estas técnicas.

Las complicaciones que se han asociado a los tatuajes incluyen procesos infecciosos (cutáneos o sistémicos), reacciones inflamatorias con diversos patrones histológicos, la aparición de tumores cutáneos benignos o malignos sobre las zonas tatuadas y las manifestaciones de ciertas dermatosis sobre el área del tatuaje por el fenómeno isomórfico¹.

Un varón de 39 años de edad consultó por la aparición de una erupción pruriginosa en las áreas de color rojo de un tatuaje realizado un mes antes. En la exploración física se apreciaba sobre dichas áreas de color rojo unas lesiones sobreelevadas bien delimitadas, eritematosas, hiperqueratósicas y de consistencia firme (fig. 1). En la dermatoscopia se observaban unas áreas redondeadas y ovaladas de distintos tamaños, de centro eritematoso y periferia rosada, separadas entre sí por unas escamas amarillentas correspondientes a una hiperqueratosis (fig. 2). El estudio histopatológico mostró una marcada acantosis y papilomatosis epidérmica, sin células atípicas, con hiperqueratosis y áreas de paraqueratosis, y en la dermis se apreciaban depósitos intra y extracelulares de pigmento rojo, acompañado de un infiltrado predominantemente linfocitario (fig. 3). El cultivo para hongos, bacterias y micobacterias del material de biopsia fue negativo. Se realizaron pruebas epicutáneas y 'prick test' resultando todas ellas negativas.

El diagnóstico fue de hiperplasia seudoepiteliomatosa sobre el color rojo de un tatuaje.

Se pautó tratamiento con corticoides tópicos de alta potencia en oclusión sin mejoría, posteriormente se realizaron infiltraciones subcutáneas de corticoides en dos ocasiones

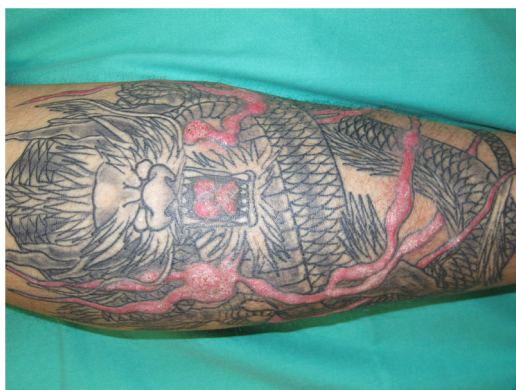


Figura 1 Tatuaje en la pierna izquierda. Áreas coloreadas de rojo, bien delimitadas, se aprecian sobreelevadas y engrosadas, sin reacción inflamatoria alrededor.

mejorando discretamente el prurito, pero sin una mejoría de las lesiones. El paciente fue programado para proceder al tratamiento mediante láser CO₂, pero no acudió a la consulta.

La hiperplasia seudoepiteliomatosa es una reacción infrecuente dentro de las complicaciones de los tatuajes. Se trata de una hiperplasia de la epidermis irregular y sin atipia y poca actividad mitótica, acompañada de un infiltrado inflamatorio dérmico, lo que representa un patrón histológico reactivo frente a un daño ocasionado².

Hasta la fecha, únicamente se han publicado casos aislados y alguna serie corta de pacientes²⁻⁹, por lo que es complicado el estudio de la entidad y la respuesta terapéutica a los tratamientos. Dentro de estos casos destaca que más de la mitad de ellos se originaron sobre el color rojo de los tatuajes; la mayoría, incluyendo el nuestro, se produjeron dentro de los primeros 3 meses a la realización del tatuaje. Esta característica de asociación temporal nos puede ayudar en el diagnóstico.

Es importante diferenciarla de auténticas neoplasias como el carcinoma escamoso, carcinoma verrucoso, el queratoacantoma o las verrugas virales⁹⁻¹¹.

Los tratamientos empleados incluyen corticoides tópicos de alta potencia que fueron efectivos en un caso², tres pacientes



Figura 2 Imagen de dermatoscopia. Estructuras redondeadas y ovaladas de distintos tamaños de centro eritematoso y periferia rosada separadas entre sí por escamas amarillentas.

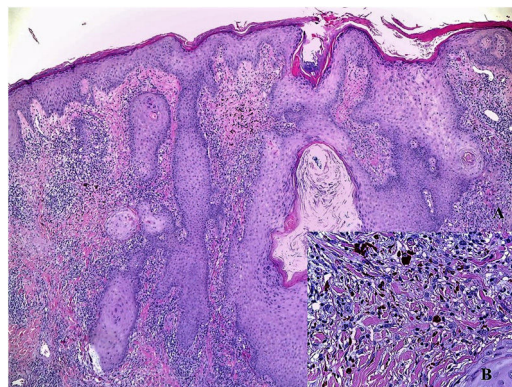


Figura 3 Imagen histopatológica. A) Hiperplasia epidérmica, hiperqueratosis de la capa cornea, con presencia en dermis superficial de depósitos de pigmento acompañado de un infiltrado inflamatorio (hematoxilina & eosina $\times 4$). B) Detalle de los depósitos de pigmento en el interior de los histiocitos y extracelulares, acompañados de infiltrado linfocitario (hematoxilina & eosina $\times 40$).

se trataron con excisión quirúrgica^{8,9}, en nuestro caso no planteada por la extensión de las lesiones, y recientemente se han publicado casos tratados con éxito mediante láser CO₂⁷. En varios casos se ha perdido el seguimiento de los pacientes.

Como conclusión se ha descrito un caso de reacción al color rojo de un tatuaje constituida por una hiperplasia pseudoepiteliomatosa, entidad descrita en la literatura de forma poco frecuente pero característica. Es el primer caso que se publica en nuestro país y, además, aportamos por primera vez la imagen dermatoscópica del proceso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Mataix J, Silvestre JF. Reacciones cutáneas adversas por tatuajes y piercings. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:643-56.
- Kluger N, Durand L, Minier-Thoumin C, Plantier F, Cotton H, Berteloot E, et al. Pseudoepitheliomatous epidermal hyperplasia in tattoos: Report of three cases. *Am J Clin Dermatol*. 2008;9:337-40.
- Broussard-Steinberg C, Zemtsov A, Strausburg M, Zemtsov G, Warren S. Lichenoid Reaction Pattern with Pseudoepitheliomatous Hyperplasia - A Rare Tattoo Reaction: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dermatol*. 2018;5:268-73.
- Tamaro A, Raffa S, Petrigliano N, Zollo V, Gelormini E, Moliterni E, et al. Marked pseudoepitheliomatous hyperplasia secondary to a red-pigmented tattoo: A case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:e272-3.
- Kiss F, May K, Piguet V. Image Gallery: Pseudoepitheliomatous hyperplasia, a rare tattoo reaction. *Br J Dermatol*. 2016;175:e112.
- Conti R, Bassi A, Brusino N, Campolmi P, Cannarozzo G, Maio V, Moretti S. Pseudoepitheliomatous hyperplasia in a tattoo. *G Ital Dermatol Venereol*. 2017;152:71-2.
- Breza TS Jr, O'Brien AK, Glavin FL. Pseudoepitheliomatous hyperplasia: an unusual tattoo reaction. *JAMA Dermatol*. 2013;149:630-1.
- Cui W, McGregor DH, Stark SP, Ulusarac O, Mathur SC. Pseudoepitheliomatous hyperplasia - an unusual reaction following tattoo: Report of a case and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2007;46:743-5.
- Balfour E, Olhoffer I, Leffell D, Handerson T. Massive pseudoepitheliomatous hyperplasia: An unusual reaction to a tattoo. *Am J Dermatopathol*. 2003;25:338-40.
- Kluger N. Issues with keratoacanthoma, pseudoepitheliomatous hyperplasia and squamous cell carcinoma within tattoos: A clinical point of view. *J Cutan Pathol*. 2009;37:812-3.
- Kazlouskaya V, Junkins-Hopkins JM. Pseudoepitheliomatous Hyperplasia in a Red Pigment Tattoo: A Separate Entity or Hyper-trophic Lichen Planus-like Reaction? *J Clin Aesthet Dermatol*. 2015;8:48-52.

R. Conejero^{a,*}, C. Conejero^b, V. Alcalde^a
y J. García-Latasa de Aranibar^a

^a Departamento de Dermatología, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^b Unidad de Dermatología, Centro Médico Millenium, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.conejero@hotmail.com
(R. Conejero).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.03.019>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tratamiento de la leishmaniasis localizada mediante el antimonio de meglumina intralesional y la terapia fotodinámica



Treatment of Localized Cutaneous Leishmaniasis With Intralesional Meglumine Antimoniate and Photodynamic Therapy

Sr. Director:

La leishmaniasis es una infección protozoaria transmitida por un vector (el flebótomo) y tendrá diversas formas de presentación clínica. La leishmaniasis cutánea (LC) es la forma de presentación más frecuente¹. Afectará sobre todo a los pacientes en edad adulta, principalmente a aquellos que se encuentran entre la tercera y la quinta décadas de la vida. Las lesiones de la LC se desarrollarán predominantemente en las zonas más expuestas del cuerpo. La diversidad del espectro clínico de la LC dependerá de varios factores como, por ejemplo, de la cepa causal, la ubicación geográfica, la carga parasitaria, así como la respuesta inmunitaria del huésped.

Caso clínico

Un varón de 31 años, de procedencia portuguesa, acude a consulta por una placa única a nivel frontal, indurada, costrosa, asintomática, de 4 × 2 cm de tamaño y de aproximadamente 4 meses de evolución (fig. 1). No refería ningún antecedente patológico remarcable, salvo que hace un año fue diagnosticado de una sífilis latente temprana, presentando una respuesta serológica adecuada después del tratamiento. Por otro lado, negaba antecedentes familiares de importancia, así como la ingesta de medicación habitual. Su estado de vacunación estaba actualizado. El único antecedente social significativo fue un viaje que había realizado hacia aproximadamente cinco meses a México.

La biopsia cutánea reveló la presencia de un infiltrado inflamatorio difuso a nivel dérmico, compuesto predominantemente por linfocitos e histiocitos. Así mismo, se identificaron amastigotes de *Leishmania* en el citoplasma de los macrófagos dérmicos.

La exploración física fue normal. La afectación visceral o de la mucosa se descartó mediante una exploración endoscópica realizada por un otorrinolaringólogo, además de un aspirado de médula ósea y una ecografía de abdomen. Tanto la análi-