

Eritema reticular telangiectásico en un paciente con desfibrilador cardiaco

Reticular telangiectasic erythema in a patient with a cardioverter defibrillator

Sr. Director:

El número de desfibriladores cardiacos implantados en nuestro país ha aumentado de forma espectacular en los últimos años, estimándose una incidencia de 49 implantes por millón de habitantes en el año 2004¹. Sin embargo, se han descrito pocos efectos adversos cutáneos asociados, y aunque las infecciones son las complicaciones más frecuentes, también pueden presentarse casos de dermatitis alérgica de contacto y eritema reticular telangiectásico. El intento de correlacionar algunas de estas dermatitis con alergias a los componentes del desfibrilador ha sido en muchos casos infructuoso, sugiriendo otros mecanismos etiopatogénicos.

Presentamos un caso clínico que tiene características de eritema reticular telangiectásico, pero con otros hallazgos no descritos hasta el momento. Se trata de un varón de 69 años de edad, con antecedentes de cardiopatía y taquicardia ventricular (no candidata de ablación), que precisó implante de un desfibrilador cardiaco (Medtronic GEM-DR7271) en el hemitórax izquierdo en el año 2000, así como derivación aorto-aórtico en 2006 debido a la existencia de un aneurisma de aorta abdominal. En ese mismo año, a causa de la disminución patológica de la impedancia del desfibrilador, se procedió al recambio del mismo, implantándole uno nuevo (Medtronic EnTrust D154Atg) en el hemitórax derecho mediante esternotomía (fig. 1a). Tres meses más tarde presentó una lesión cutánea localizada en la proximidad de la zona de implante, en forma de placa eritematosa, con telangiectasias superficiales, de 4 cm de diámetro y con márgenes mal definidos (fig. 1B). El paciente permanecía asintomático y sin afectación del estado general.

La biopsia cutánea mostró telangiectasias en la dermis superficial, con infiltrado perivascular linfocitario y leve espongirosis en la epidermis (fig. 2).

Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar (29 alérgenos, incluyendo las resinas epoxi) del Grupo Español de Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) y con metales (32 alérgenos Marti-tor[®], incluyendo titanio). La lectura a las 48 y 96 h, de acuerdo con los criterios ICDRG, mostraron positividad no relevante al tiomersal y berilio, resultando negativas para el resto de los alérgenos.

La lesión permaneció sin cambios durante 6 meses, para finalmente desaparecer de modo espontáneo.

Los efectos colaterales cutáneos tras la implantación de desfibriladores son relativamente infrecuentes², e incluyen infecciones en el bolsillo del desfibrilador, extrusiones del implante y dermatitis alérgica de contacto. La mayoría de casos de dermatitis alérgicas de contacto son debidas a los componentes metálicos y plásticos del desfibrilador, siendo

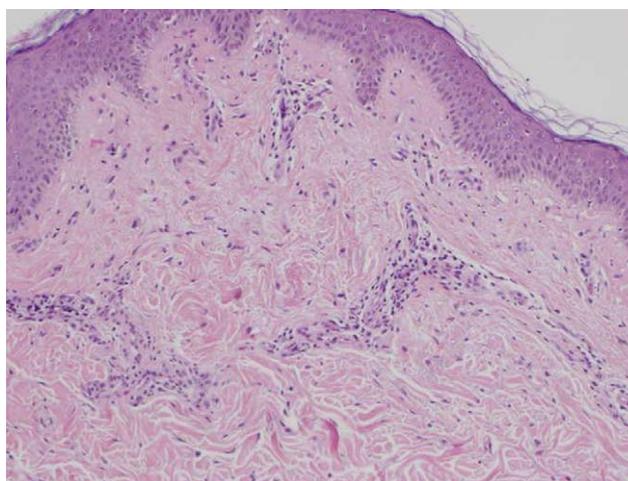


Figura 2 Telangiectasias en la dermis superficial, rodeadas de un infiltrado inflamatorio linfocitario (hematoxilina-eosina x20).

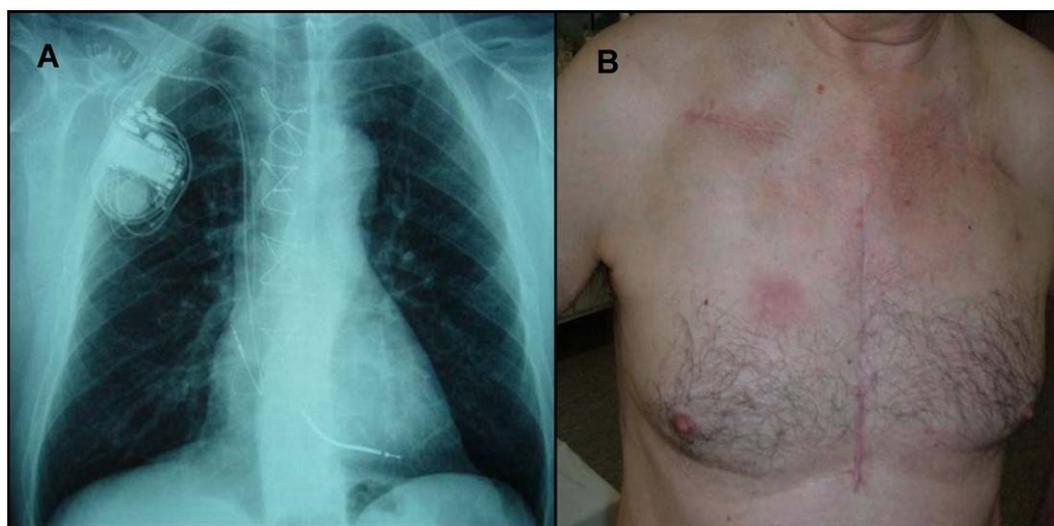


Figura 1 (A) Localización del desfibrilador en el hemitórax derecho. (B) Placa eritematosa con telangiectasias próxima a la zona del implante.

los más frecuentes el titanio, las resinas epoxi y componentes del poliuretano³.

En 1981 Gensch y Schmitt⁴ describieron el primer caso de eritema reticular telangiectásico (ERT), y desde entonces se han publicado 22 casos más con este patrón cutáneo, caracterizado por placas mal delimitadas, eritematosas, localizadas sobre el lugar de implantación del desfibrilador⁵ y que, histológicamente, presentan telangiectasias en la dermis superficial^{2,5}. En esta entidad las pruebas de contacto no identifican ningún alérgeno relevante⁶⁻⁸. Se especulan como posibles mecanismos patogénicos la obstrucción mecánica al flujo venoso, la formación de campos electromagnéticos y la disregulación autonómica⁸⁻¹⁰.

Nuestro caso tiene interés debido a que la localización de la placa no estaba sobre la zona de implante, que es la ubicación más frecuente. Hasta la fecha, sólo en casos aislados la lesión aparece en la proximidad del lugar de implantación^{5,8}. Además, desapareció espontáneamente a los pocos meses de su aparición y aunque a simple vista no objetivamos vesiculación, se pudo observar histológicamente una leve espongirosis, pero con otros hallazgos compatibles con el diagnóstico de ERT. Las pruebas de contacto fueron positivas a berilio y tiomersal. Teniendo en cuenta los componentes del desfibrilador en contacto con los tejidos (según el departamento técnico de Medtronic), el berilio no es un componente del desfibrilador y, por tanto, creemos que la positividad al berilio no es relevante en el desarrollo del cuadro cutáneo actual.

La patogenia del ERT continúa siendo desconocida. Son necesarias más investigaciones para determinar el papel preciso de diferentes factores en este cuadro y los posibles mecanismos por los que se produce una resolución espontánea.

Bibliografía

1. Peinado R, Arenal A, Arribas F, Torrecilla E, Álvarez M, Ormaetxe JM, et al. Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable. Primer Informe Oficial del Grupo de Trabajo de

- Desfibrilador Implantable de la Sociedad Española de Cardiología (años 2002–2004). *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:1435–49.
2. Pitarch G, Mercader P, Torrijos A, Martínez-Menchón T, Fortea JM. Reticular telangiectatic erythema associated with an implantable cardioverter defibrillator. *Cutis*. 2006;78:329–31.
3. Buchet S, Blanc D, Humbert P, Girardin P, Vigan M, Anguenot T, et al. Pacemaker dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1992;26:46–7.
4. Gensch EG, Schmitt CG. Circumscribed reticular telangiectatic erythema following implantation of a heart pacemaker. *Hautarzt*. 1981;32:651–4.
5. Dinulos JG, Vath B, Beckmann C, Welch MP, Piepkorn M. Reticular telangiectatic erythema associated with an implantable cardioverter defibrillator. *Arch Dermatol*. 2001;137:1259–61.
6. Lin YC, Chiu HC, Chu CY, Sun CC. Telangiectatic pacemaker erythema. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28:447–8.
7. Herbst RA. Reticular telangiectatic erythema associated with an implantable cardioverter defibrillator an underpublished entity? *Arch Dermatol*. 2003;139:100.
8. Krasagakis K, Vogt R, Tebbe B, Goerd S. Persistent telangiectatic erythema associated with an automatic implantable cardioverter defibrillator. *Br J Dermatol*. 1997;136:633–3.
9. Chiu M. Is postsurgical sternal erythema synonymous with reticular telangiectatic erythema? *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:180.
10. Mercader-García P, Torrijos A, de La Cuadra Oyanguren J, Vilata-Corell JJ, Fortea-Baixauli JM. Telangiectatic reticular erythema unrelated to cardiac devices. *Arch Dermatol*. 2005;141:106–7.

R. Rodríguez-Lojo*, M.M. Vereá, J. Godoy y J.M. Barja

Servicio de Dermatología, Hospital Abente y Lago, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC), La Coruña, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rodriguezlojo@hotmail.com (R. Rodríguez-Lojo).

doi:10.1016/j.ad.2009.08.002

Sífilis ocular: una presentación inusual de sífilis secundaria en un paciente inmunocompetente

Ocular Syphilis: A rare presentation of secondary syphilis in an immunocompetent patient

Sr. Director:

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que puede afectar a múltiples órganos, incluido el ojo. La sífilis ocular, descrita por Ygersheimer en 1918¹, es una manifestación infrecuente de la infección que debemos conocer debido al incremento progresivo del número de casos de sífilis en

nuestro país en los últimos años. Este reciente brote de sífilis puede traducirse en un aumento de los casos atípicos o con complicaciones neurológicas en nuestra práctica clínica diaria, como el caso que presentamos².

Un varón de 34 años de raza blanca, sin antecedentes personales de interés, consultó por visión borrosa y pérdida de agudeza visual en ambos ojos de unos tres meses de evolución. La sintomatología se inició tras volver de un viaje de Brasil, donde había permanecido por motivos laborales durante un periodo de un año. Tras una exploración oftalmológica inicial, donde se confirmó una disminución de la agudeza visual y se apreció una vitritis bilateral, se inició tratamiento con prednisona oral 60 mg/día. Dos semanas después, durante una nueva exploración del fondo ocular, se observó una lesión placoide amarillenta localizada en la arcada temporal superior del ojo izquierdo (fig. 1). Además, el paciente refería la presencia de una erupción cutánea que relacionaba con el tratamiento corticoideo,