



**Figura 3** Máculas residuales en axila izquierda correspondientes a lesiones de dermatosis pustulosa subcórnea a las tres semanas del inicio del tratamiento con adalimumab.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Garcovich S, De Simone C, Berti E, Marzano AV. Drug management of neutrophilic dermatoses. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2017;10:1119–28, <https://doi.org/10.1080/17512433.2017.1356719>.
- Ferrillo M, Villani A, Fabbrocini G, Mascolo M, Megna M, Costa C, et al. A Case of the Co-Existence of Subcorneal Pustular Dermatitis and Pyoderma Gangrenosum and a Review of the Literature. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6:1271–4, [10.3889/oamjms.2018.214](https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.214).
- Marzano AV, Fanoni D. Expression of cytokines, chemokines and other effector molecules in two prototypic autoimmune inflammatory skin diseases, pyoderma gangrenosum and Sweet's syndrome. *Clin Exp Immunol*. 2014;178:48–56, <https://doi.org/10.1111/cei.12394>.
- Ben-Abdallah H, Fogh K, Bech R. Pyoderma gangrenosum and tumor necrosis factor alpha inhibitors: A semi-systematic review. *Int Wound J*. 2019;16:511–21, [10.1111/iwj.13067](https://doi.org/10.1111/iwj.13067). Epub 2019 Jan 3.
- Vekic DA, Woods J, Lin P, Cains GD. SAPHO syndrome associated with hidradenitis suppurativa and pyoderma gangrenosum successfully treated with adalimumab and methotrexate: a case report and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2018;57:10–8, [10.1111/ijd.13740](https://doi.org/10.1111/ijd.13740).
- Saint-Georges V, Peternel S, Kaštelan M, Brajac I. Tumor Necrosis Factor Antagonists in the Treatment of Pyoderma Gangrenosum, Acne, and Suppurative Hidradenitis (PASH) Syndrome. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2018;26:173–8.
- Herberger K, Dissemond J, Brüggelstrat S, Sorbe C, Augustin M. Biologics and immunoglobulins in the treatment of pyoderma gangrenosum – analysis of 52 patients. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2019;17:32–41, [10.1111/ddg.13741](https://doi.org/10.1111/ddg.13741).
- Kleinpenning MM, Langewouters AMG, Van De Kerkhof PCM, Greebe RJ. Severe pyoderma gangrenosum unresponsive to etanercept and adalimumab. *J Dermatolog Treat*. 2011;22:261–5, [10.3109/09546631003797106](https://doi.org/10.3109/09546631003797106).
- de Encarnação Roque Diamantino F, Ramos Dias Coelho JM, Macedo Ferreira AM, Pina Clemente Fidalgo Al. Subcorneal pustular dermatosis treated successfully with, adalimumab. *Eur J Dermatol*. 2010;20:512–4, <https://doi.org/10.1684/ejd.2010.0957>.
- Versini M, Mantoux F, Angeli K, Passeron T, Lacour JP. Sneddon-Wilkinson disease: efficacy of intermittent adalimumab therapy after lost response to infliximab and etanercept. *Ann Dermatol Venereol*. 2013;140:797–800, <https://doi.org/10.1016/j.annder.2013.07.012>.

M.C. García del Pozo-Martín de Hijas\*, J.L. Agudo-Mena, M.E. Gómez-Sánchez y E. Escario-Travesedo

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [magarciadel@sescam.jccm.es](mailto:magarciadel@sescam.jccm.es)

(M.C. García del Pozo-Martín de Hijas).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.028>

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 2 pacientes con prurito acuagénico con ciclos de terapia combinada UVA/UVB de banda estrecha una vez por año



### Treatment of 2 Patients With Aquagenic Pruritus With UVA/Narrow Band UVB Combined Therapy Once a Year

Sr. Director:

El prurito acuagénico (PA) se caracteriza por la aparición de prurito después del contacto con el agua sin lesiones cutáneas

evidentes, lo que lo diferencia de la urticaria acuagénica. Es poco frecuente en nuestro medio, pero puede afectar a más del 20% de los adultos jóvenes de países africanos<sup>1</sup>, puede provocar un gran impacto en la calidad de vida<sup>1</sup> y su manejo es difícil<sup>2,3</sup>. Uno de los tratamientos más efectivos sería la fototerapia, pero las recaídas son frecuentes y se requiere de terapia de mantenimiento<sup>4</sup>. Existen dos casos descritos en los que se utilizó un ciclo anual de terapia combinada UVA con UVB de banda estrecha (TC-UVA/UVB-BE) con buenos resultados<sup>5,6</sup>. Nuestro objetivo fue evaluar la respuesta a ciclos anuales de TC-UVA/UVB-BE en pacientes con PA refractario a antihistamínicos.

Se analizó retrospectivamente la respuesta clínica a largo plazo de pacientes con PA refractario a altas dosis de antihistamínicos tratados con TC-UVA/UVB-BE en un hospital de referencia de Barcelona, España, entre enero del 2010 y enero

**Tabla 1** Características clínicas, epidemiológicas y respuesta terapéutica de los pacientes con prurito acuagénico en terapia combinada con UVA y UVB de banda estrecha

Caso	Sexo/edad (años)	Comorbilidades	Antecedentes familiares	Duración de la sintomatología	Tratamientos previos	Dosis de inducción de la TC-UVA/UVBBE	Número de sesiones	Dosis máxima	Número total de ciclos de TC-UVA/UVBBE	Respuesta clínica
1	M/52	No	Sí, madre con prurito acuagénico	> 5 años	Antihistamínicos, montelukast, betacaroteno	4 J/cm <sup>2</sup> (UVA) y 200 mJ/cm <sup>2</sup> (UVBBE)	17 a 26/año	9 J/cm <sup>2</sup> * (UVA) y 1,2 J/cm <sup>2</sup>	4	Completa
2	M/31	Enfermedad celíaca	No	> 5 años	Antihistamínicos, montelukast	4 J/cm <sup>2</sup> (UVA) y 200 mJ/cm <sup>2</sup> (UVBBE)	36	5 J/cm <sup>2</sup> y 1,2 J/cm <sup>2</sup>	1	Sin respuesta clínica**

Abreviaciones: M, mujer; TC-UVA/UVBBE, terapia combinada UVA-UVB de banda estrecha; UVBBE, UVB de banda estrecha.

\* La dosis máxima de UVA fue de 9 J/cm<sup>2</sup> el primer año, y en los ciclos siguientes no superó los 5 J/cm<sup>2</sup>. La dosis total tras cuatro ciclos de TC-UVA/UVBBE fue de 266,5 J/cm<sup>2</sup> (UVA) y 89,6 J/cm<sup>2</sup> (UVBBE).

\*\* La paciente No. 2 suspendió la fototerapia tras 36 sesiones y no se ha repetido el tratamiento.

**Tabla 2** Fármacos y diversos agentes utilizados en el tratamiento del prurito acuagénico

Vía de administración	Agente*
Tópico	Alcalinización de baños (pH8) con bicarbonato de sodio (0,1-0,5 kg/baño) Capsaicina (0,025-1% tres veces al día por cuatro semanas) Trinitrato de glicerol 2% en gel
Oral	Escopolamina transdérmica 3% o 9% en agua, acetona o etanol antes de baños Antihistamínicos (hidroxicina, astemizol, clorfeniramina, cetirizina, loratadina, fexofenadina, terfenadina) Bloqueantes H2 (cimetidina 900 mg/día) Ácido acetilsalicílico 300-500 mg/día Pregabalina 150-300 mg/día Antagonistas de receptor de opiodes (naltrexona 25-50 mg/día) Inhibidores de la recaptación de serotonina (paroxetina 20 mg/día, fluoxetina 10 mg/día) Interferón $\alpha$ 2b (1ª semana: 5 x 3 mil IU, 2-4ª semana: 3 x 3 mil IU) Betabloqueadores (propranolol 10 mg/día, 20-30 min antes del baño, o 60 mg/día y atenolol 25 mg/día) Colestiramina Montelukast
Intramuscular	Triamcinolona
Subcutáneo	Omalizumab (300 mg cada cuatro semanas)
Otros	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea Uso de vestimenta ajustada de lycra
Fototerapia	PUVA UVB UVBBE TC-UVA/UVBBE

Abreviaciones: PUVA, psoraleno más UVA; UVBBE, terapia UVB de banda estrecha; TC-UVA/UVBBE, terapia combinada UVA/UVB de banda estrecha.

Fuente: Heitkemper et al.<sup>2</sup>, Cao et al.<sup>7</sup>, Murphy et al.<sup>8</sup>.

del 2019. Se identificaron dos mujeres de 52 y 31 años de edad. La paciente No. 1 había sido descrita previamente<sup>6</sup>, su madre presentaba también PA. La paciente No. 2 tenía enfermedad celíaca. En ambos casos la sintomatología tenía más de cinco años de evolución y habían recibido múltiples tratamientos (tabla 1). Las pruebas de laboratorio (hemograma, velocidad de sedimentación globular, creatininemia, perfil hepático y lipídico) eran normales en ambas pacientes, a excepción de un leve aumento de la IgE. Fueron tratadas con TC-UVA/UVB-BE tres veces por semana (17 a 34 sesiones por año). Las dosis de inicio fueron de 4 J/cm<sup>2</sup> (UVA) y 200 mJ/cm<sup>2</sup> (UVB-BE). Las dosis máximas fueron de 9 J/cm<sup>2</sup> (UVA) y 1,2 J/cm<sup>2</sup> (UVB-BE) (tabla 1). La paciente 1 presentó una respuesta completa y prolongada, manteniéndose sin sintomatología durante más de cinco años con un ciclo anual de TC-UVA/UVB-BE (17-26 sesiones previo al inicio del verano, cuatro ciclos en total). La segunda paciente completó 36 sesiones de TC-UVA/UVB-BE durante el primer año, sin mejoría clínica por lo que se suspendió la fototerapia.

## Discusión

El PA es generalmente idiopático, aunque hasta el 30% puede asociarse a una enfermedad hematológica como una policitemia vera o una mielodisplasia<sup>2</sup>, y un 25% a una intolerancia a la lactosa. Otras asociaciones conocidas son neoplasias, hepatitis c y fármacos como el bupropión y los antimaláricos<sup>2</sup>. El PA idiopático se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y con un tiempo de evolución mayor que el secundario<sup>2</sup>. El PA puede interferir gravemente en la vida diaria, se ha descrito que hasta el 8% de los individuos pueden desarrollar una

verdadera fobia a lavarse<sup>1</sup>. Una de nuestras pacientes evitaba mojar sus piernas, por temor a desencadenar el prurito y el ardor. La fisiopatología del PA no se conoce completamente, aunque se cree que existiría un aumento de la inervación cutánea por fibras nerviosas tipo C disfuncionales e hiperexcitables, probablemente debido a unos canales de sodio defectuosos<sup>7</sup>. El papel de la histamina sería mínimo, explicando la escasa respuesta a antihistamínicos. El tratamiento del PA es complejo y, a menudo, decepcionante para el médico y el paciente<sup>2</sup>. Se han utilizado diversos tratamientos tópicos como la alcalinización del agua con bicarbonato de sodio, capsaicina y trinitrato de glicerol. Se han utilizado fármacos vía oral como antihistamínicos, pregabalina, ácido acetilsalicílico, betabloqueadores (propranolol, atenolol) y antidepressivos, entre otros (tabla 2)<sup>2,3</sup>. También existen casos tratados con interferón y omalizumab<sup>8</sup>. La fototerapia es una de las modalidades más efectivas de tratamiento, incluyendo psoraleno más UVA (PUVA) y UVB. Sin embargo, no es curativa, requiere de terapia de mantenimiento para lograr una remisión sintomática<sup>9</sup>. Esto puede ser problemático con PUVA, debido a su potencial efecto carcinogénico. La UVB-BE tiene un mejor perfil de seguridad, pero la evidencia sobre su uso en el PA es muy escasa con sólo tres casos descritos. En todos estos casos fue efectiva en remitir la sintomatología. En dos pacientes se requirió una dosis semanal para mantener la respuesta clínica durante cuatro y siete meses de seguimiento, respectivamente<sup>4</sup>. Esto conlleva importantes problemas logísticos y de coste. El tercer individuo recayó tras la suspensión de la fototerapia y se suspendió, iniciándose propranolol con buena respuesta<sup>3</sup>. Incluyendo nuestros pacientes, hay tres casos descritos tratados con TC-UVA/UVB-BE en los que se utiliza un ciclo anual como terapia de mantenimiento, con

respuesta excelente en dos de ellos<sup>5,6</sup> y un caso refractario. La fototerapia probablemente actuaría como un neuromodulador, disminuyendo la densidad de las fibras nerviosas cutáneas y los niveles de factores de crecimiento neural<sup>10</sup>, además de su conocido efecto inmunomodulador.

El tratamiento del PA es difícil. Hemos presentado un nuevo caso tratado con TC-UVA/UVB-BE sin respuesta clínica, y el seguimiento a largo plazo de una paciente tratada por más de cinco años (cuatro ciclos de TC-UVA/UVB-BE) con remisión completa de su sintomatología. Los ciclos de TC-UVA/UVB-BE una vez por año pueden ser una buena alternativa para el manejo a largo plazo de algunos pacientes con PA refractario.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Salami TA, Samuel SO, Eze KC, Irekpita E, Oziegbe E, Momoh MO. Prevalence and characteristics of aquagenic pruritus in a young African population. *BMC Dermatol.* 2009;9:4.
2. Heitkemper T, Hofmann T, Phan NQ, Ständer S. Aquagenic pruritus: associated diseases and clinical pruritus characteristics. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010;8:797–804.
3. Nosbaum A, Pecquet C, Bayrou O, Amsler E, Nicolas JF, Bérard F, et al. Treatment with propranolol of 6 patients with idiopathic aquagenic pruritus. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;128:1113.
4. Xifra A, Carrascosa JM, Ferrándiz C. Narrow-band ultraviolet B in aquagenic pruritus. *Br J Dermatol.* 2005;153:1233–4.
5. Koh MJA, Chong WS. Aquagenic pruritus responding to combined ultraviolet A/narrowband ultraviolet B therapy. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2009;25:169–70.
6. Morgado-Carrasco D, Riera-Monroig J, Fustà-Novell X, Podlipnik S, Aguilera P. Resolution of aquagenic pruritus with intermittent UVA/NBUVB combined therapy. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2017.
7. Cao T, Yong AA, Tan KB, Tey HL. Idiopathic aquagenic pruritus: pathogenesis and effective treatment with atenolol. *Dermatol Ther.* 2015;28:118–21.
8. Murphy B, Duffin M, Tolland J. Aquagenic pruritus successfully treated with omalizumab. *Clin Exp Dermatol.* 2018;43:858–9.
9. Steinman HK, Greaves MW. Aquagenic pruritus. *J Am Acad Dermatol.* 1985;13:91–6.
10. Wallengren J, Sundler F. Phototherapy reduces the number of epidermal and CGRP-positive dermal nerve fibres. *Acta Derm Venereol.* 2004;84:111–5.

D. Morgado-Carrasco\*, J. Riera-Monroig, H. Feola y P. Aguilera

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

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [morgadodaniel8@gmail.com](mailto:morgadodaniel8@gmail.com) (D. Morgado-Carrasco).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.026>

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/>).

## Puntos blanquecinos como clave diagnóstica de condilomas planos: reporte de 5 casos



### Whitish Dots Provide the Key to Diagnosing Condyloma Lata: A Report of 5 Cases

Sr. Director:

La sífilis, conocida clásicamente como «la gran simuladora», permanece entre nosotros y es preciso mantener un alto grado de sospecha diagnóstica. Además de sus formas de presentación clínica habituales pueden aparecer manifestaciones cutáneas extremadamente infrecuentes que, en ocasiones, dificultan su diagnóstico<sup>1</sup>. El condiloma lata o condiloma plano (CP) es una manifestación cutánea clásica, aunque infrecuente de la sífilis secundaria<sup>2</sup>. El incremento en la incidencia de sífilis podría llevar a un aumento en el número de casos con presentación atípica<sup>1</sup>, como los que describimos a continuación.

En este trabajo hemos recogido todos los casos de CP diagnosticados en la Unidad de ITS del Servicio de Dermatología del Hospital General de Valencia entre enero de 2015 y enero de 2019. En este tiempo han sido diagnosticados 95 casos de sífilis, siendo el 49,5% de ellos (47 casos) secundarismos luéticos. De

estos casos, en 11 de ellos (23,4%) se evidenciaron CP en región anogenital. Únicamente en 5 pacientes diagnosticados de sífilis en este tiempo hemos evidenciado CP con puntos blancos en su superficie. Las características de estos pacientes se resumen en la [tabla 1](#).

En la exploración física, los 5 pacientes presentaban una lesión llamativa en región perianal ([fig. 1](#)). Esta lesión era sobreelevada, de bordes carnosos rosados que rodeaban un centro eritematoso friable con unos característicos puntos blancos en su superficie. La dermatoscopia revelaba una lesión con áreas rojo-lechosas en el centro y unos glóbulos bien definidos perlados en el centro ([fig. 2a](#)). En el caso 1, esta lesión era la única clínica del paciente. En los casos 3 y 4, esta lesión se acompañaba de CA perianales.

En 2 de los casos se tomó una biopsia para confirmar el diagnóstico de CP. Las características de ambas muestras eran superponibles, destacando una hiperplasia psoriasiforme de la epidermis con marcada exocitosis y formación de pústulas espongiiformes, acompañado de un denso infiltrado dérmico linfoplasmocitario ([figs. 2b-d](#)). La inmunohistoquímica con anticuerpos anti-*Treponema pallidum* fue positiva en ambos pacientes.

Por otra parte, en los 2 pacientes con sospecha de coinfección por el virus del papiloma humano (VPH) se tomaron muestras para estudio histopatológico y genotipado del virus.