

habones, lo que ayuda a distinguirla de la urticaria crónica idiopática.

El hecho de que los alérgenos, en el caso de la DCP, sean proteínas de alto peso molecular explica la ausencia de sintomatología tras la exposición en piel sana, ya que estas no llegan a ponerse en contacto con los receptores de las células de Langerhans. Por el contrario, en la DCA o la urticaria crónica idiopática los alérgenos son haptenos de bajo peso molecular, que atraviesan con facilidad la barrera epidérmica.

Por este motivo, la DCP presenta un resultado positivo para el test de frotamiento en piel afecta y negativo en piel sana, a diferencia de la DCA y la urticaria crónica idiopática, donde es positivo en ambas.

Las pruebas epicutáneas van a ser indispensables para la distinción de estas entidades, siendo negativas en la mayoría de los casos de DCP. Esto permite establecer el diagnóstico diferencial con la DCA. Por otro lado, el prick test, que reproduce una reacción IgE mediada, va a ser positivo en la mayoría de los casos de DCP, siendo negativo en el caso de una DCA.

En cuanto al tratamiento, se basa en 2 pilares fundamentales: por un lado, en la evitación del alérgeno implicado, y por otro lado, en el tratamiento de las lesiones cutáneas, que dependerá de su grado de extensión y severidad.

En nuestro caso, la clínica de inicio agudo con predominio de prurito tras el contacto con marisco, así como la negatividad de la prueba de frotamiento en piel sana, permitió descartar razonablemente una urticaria de contacto a marisco.

Esto, junto con la negatividad de las pruebas epicutáneas, permitió establecer finalmente el diagnóstico de DCP a marisco crudo²⁻⁴.

Se dieron recomendaciones para evitar el contacto con marisco y se pautó tratamiento corticoideo tópico. Las lesiones se resolvieron en unos meses y la paciente no ha presentado nuevos brotes de lesiones tras 8 meses de seguimiento.

Es fundamental la sospecha de esta entidad ante un paciente con eccema de manos que manipule alimentos. Las pruebas epicutáneas son la mayoría de las veces negativas, por lo que es preciso realizar test de tipo inmediato, siendo el prick test (prick-by-prick) la prueba más sensible en estos casos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Johansen JD, Frosch PJ, Lepoittevin JP. *Contact dermatitis*. 5th ed. Berlín, Alemania: Springer; 2005.
2. Levin C, Warshaw E. Protein contact dermatitis: Allergens, pathogenesis, and management. *Dermatitis*. 2008;19:241–51.
3. Barbaud A, Poreaux C, Penven E, Waton J. Occupational protein contact dermatitis. *Eur J Dermatol*. 2015;25:527–34.
4. Berbegal L, DeLeon FJ, González I, Silvestre JF. Protein contact dermatitis caused by chicken meat in bird-egg syndrome. *Contact Dermatitis*. 2017;77:253–4.

A. Calleja Algarra*, R. Aragón Miguel, F.J. Ortiz de Frutos y F. Tous Romero

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albacallejaalgarra@gmail.com (A. Calleja Algarra).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.05.013>

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

Hallazgos dermatoscópicos en la aplasia cutis membranosa. Diagnóstico diferencial con otras formas de alopecia focal en lactantes

Dermoscopic Findings in Membranous Aplasia Cutis: Differential Diagnosis to Exclude Other Forms of Focal Alopecia in Infants

Sr. Director:

La aplasia cutis es una malformación congénita rara. Se han descrito 9 subtipos, de los cuales la aplasia cutis membranosa (ACM) es el más frecuente. Su presentación clínica es muy variable: formas con un aspecto erosionado o ulcerado, cicatricial o brillante. El diagnóstico diferencial es amplio, y el diagnóstico clínico puede ser difícil. La dermatoscopia puede ser útil en el diagnóstico diferencial, pero existen



escasos artículos al respecto^{1,2}. A continuación se describen los hallazgos dermatoscópicos en un lactante con ACM.

Un lactante varón de 2 meses de edad, sin antecedentes patológicos personales ni familiares relevantes, fue evaluado por presentar una placa alopecica dolorosa en el vértex. Los padres relacionaban su aparición con el uso, 3 semanas antes, de una silla para bebé muy rígida. Habían aplicado desinfectantes y cremas cicatrizantes, sin obtener una respuesta clínica. En la exploración física se observaba una placa alopecica eritematosa no descamativa de 8 mm de diámetro, sin alteraciones a la palpación (fig. 1). La dermatoscopia mostraba una superficie brillante, con unos vasos finos telangiectásicos y glóbulos azulados (fig. 2). Se realizó el diagnóstico de ACM. La ecografía transfontanelar no demostró defectos óseos ni encefálicos subyacentes. Se les explicó a los padres la benignidad del cuadro clínico y no se indicó tratamiento específico.

La aplasia cutis es una alteración congénita caracterizada por la ausencia de epidermis, dermis y, en ocasiones, de hueso o duramadre. La localización más frecuente es el cuero cabelludo, especialmente en el vértex o la zona



Figura 1 Aplasia cutis membranosa. Placa alopecica eritematosa de 8 mm de diámetro en el vértex.

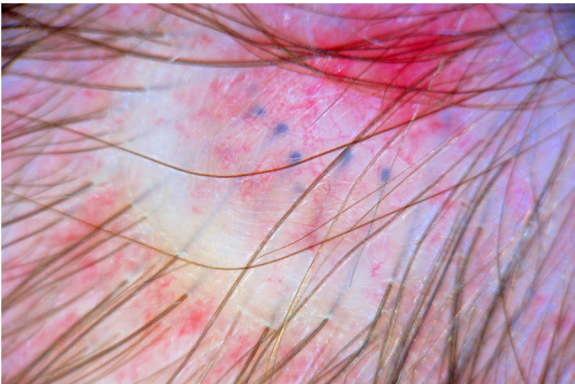


Figura 2 Dermatoscopia de la aplasia cutis membranosa. Signo de la translucencia: superficie brillante, vasos finos telangiectásicos y glóbulos azules que corresponden a bulbos pilosos. Además, se observa una ausencia de aperturas foliculares.

parietal, y habitualmente el defecto es pequeño (entre 1 y 2 cm), aunque se han descrito casos de gran tamaño. Se ha asociado a la ingesta de medicamentos y drogas durante el embarazo, así como a malformaciones embriológicas, entre otros. En ocasiones, puede observarse el signo del collarate de pelo, un marcador potencial de defectos del tubo neural³. Se recomienda realizar una ecografía transfontanelar para descartar la presencia de alteraciones óseas o encefálicas.

Dado el pequeño tamaño del defecto cutáneo, en algunos casos puede pasar desapercibido en el periodo neonatal, como ocurrió en nuestro paciente, y dificultar aún más el diagnóstico clínico. La dermatoscopia puede ser muy útil para descartar dolencia traumática, infecciosa (herpesvirus, micosis, impétigo), inflamatoria (alopecia areata) o tumoral (nevus sebáceo)⁴. En la ACM se observa el signo de la translucencia, que consiste en la presencia de una superficie brillante, vasos finos arboriformes y glóbulos azules que corresponden a bulbos pilosos^{1,5,6}. Otros hallazgos que se pueden encontrar son la ausencia de aperturas foliculares en la placa alopecica y el signo del collarate de pelo (en

Tabla 1 Características dermatoscópicas de enfermedades que se presentan como placas alopecicas en el periodo neonatal o la lactancia

Aplasia cutis	Signo de la translucencia: aspecto brillante, vasos finos, ausencia de aperturas foliculares, visualización de los bulbos pilosos (glóbulos azules) En la periferia: tallos pilosos dispuestos radialmente
Nevus sebáceo	Lóbulos o puntos amarillos (no asociados a folículos pilosos)
Tiña capitis	Pelos en coma, en sacacorchos, en «cola de cerdo», en zigzag, o en código Morse
Alopecia triangular	Pelos en crecimiento: cortos y rectos, vellosos y en «cola de cerdo». Pelos terminales en los márgenes de la lesión
Alopecia areata	Puntos negros, puntos amarillos, pelos en signo de exclamación, pelos circulares
Impétigo	Borde descamativo, costras amarillentas, vasos puntiformes distribuidos irregularmente

Fuente: Neri et al.² y Rakowska et al.⁴.

el borde de la placa alopecica se observan folículos pilosos dispuestos radialmente). Esta constelación de hallazgos dermatoscópicos es bastante específica de la aplasia cutis y ayuda en el diagnóstico clínico^{1,2}. En el nevus sebáceo se observan lóbulos o puntos amarillos no relacionados con los folículos pilosos. En la tiña capitis pueden observarse pelos de múltiples formas: en sacacorchos, en coma, en zigzag, en «cola de cerdo» y en código Morse. Los hallazgos de la alopecia areata, muy poco frecuente en el periodo neonatal y la lactancia, son puntos amarillos y negros, pelos en signo de exclamación y pelos vellosos. La alopecia triangular se caracteriza por pelos en fase de «recrecimiento» rectos y cortos, vellosos y en «cola de cerdo»⁴. La **tabla 1** resume las características dermatoscópicas de las enfermedades que se presentan con alopecia focal en el periodo neonatal o la lactancia.

La ecografía de alta frecuencia también puede ser de utilidad en estos pacientes al mostrar un adelgazamiento o una concavidad de la línea hiperecogénica que representa la epidermis, la ausencia de dermis o de tejido celular subcutáneo, y permitir evaluar la integridad de la tabla ósea⁷.

La dermatoscopia puede ser rentable en el diagnóstico de la ACM, ayuda a diferenciarla de patología traumática, infecciosa, inflamatoria y tumoral, y puede evitar la realización de pruebas diagnósticas invasivas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Damiani L, Aguiar FM, da Silva MVS, Miteva MI, Pinto GM. Dermoscopic findings of scalp aplasia cutis congenita. *Skin Appendage Disord.* 2017;2:177–9.
2. Neri I, Savoia F, Giacomini F, Raone B, Aprile S, Patrizi A. Usefulness of dermatoscopy for the early diagnosis of sebaceous naevus and differentiation from aplasia cutis congenita. *Clin Exp Dermatol.* 2009;34:e50–2.
3. Roche-Gamón E, Febrer-Bosch I, Alegre de Miquel V. [Hair collar sign associated with scalp aplasia cutis congenita] Spanish. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:442–3.
4. Rakowska A, Maj M, Zadurska M, Czuwara J, Warszawik-Henzel O, Olszewska M, et al. Trichoscopy of focal alopecia in children - New trichoscopic findings: Hair bulbs arranged radially along hair-bearing margins in aplasia cutis congenita. *Skin Appendage Disord.* 2016;2:1–6.
5. Lozano-Masdemont B. A case of membranous aplasia cutis congenita and dermoscopic features. *Int J Trichology.* 2017;9:33–4.
6. Pinheiro AMC, Mauad EBS, Fernandes LFA, Drumond RB. Aplasia cutis congenita: Trichoscopy findings. *Int J Trichology.* 2016;8:184–5.
7. García-Martínez FJ, Muñoz-Garza FZ, Hernández-Martín A. Ecografía en dermatología pediátrica. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:76–86.

D. Morgado-Carrasco^{a,*} y X. Fustà-Novell^b

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

^b Servicio de Dermatología, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: morgadodaniel8@gmail.com

(D. Morgado-Carrasco).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.06.009>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Eritema escrotal como manifestación inicial de toxicodermia por pazopanib



Scrotal Erythema: First Sign of a Cutaneous Drug Reaction to Pazopanib

Sr. Director:

Los inhibidores de las tirosincinasas (ITK) son fármacos de uso creciente en oncología, desplazando en numerosas ocasiones a los fármacos utilizados en los regímenes quimioterápicos clásicos. Estas terapias presentan un perfil de eficacia mejor y una tasa menor de efectos adversos, factores que explican la mayor utilización de estos tratamientos. No obstante, la inhibición de una diana molecular conlleva reacciones adversas fármaco-específicas, no descritas previamente y de etiología desconocida¹. El pazopanib es un ITK indicado como primera línea terapéutica en el carcinoma renal de células claras (CCR) avanzado y para los pacientes con CCR avanzado refractarios a tratamiento con citocinas (interleucina-2 o interferón- α). También tiene indicación en adultos con determinados sarcomas de tejidos blandos (STB) metastásicos refractarios a quimioterapia y en STB en progresión de enfermedad tras 12 meses de haber recibido quimioterapia adyuvante o neoadyuvante². Este fármaco ejerce una inhibición potente sobre los receptores del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR), los receptores del factor de crecimiento derivado de plaquetas y el receptor del factor de células madre (c-KIT)². Se han descrito diversas reacciones adversas cutáneas tras la administración de pazopanib, entre las que destacan los cambios en la coloración del pelo, la alopecia y los exantemas inespecíficos^{2,3}.

Describimos a un paciente con enrojecimiento escrotal asociado al uso de pazopanib, una reacción adversa cutánea no descrita previamente con relación a dicho fármaco.

Caso clínico. Un varón de 66 años, con antecedentes de diabetes mellitus y con CCR metastásico en tratamiento con pazopanib desde hacía 3 meses, consultó por la aparición de unas placas eritematosas y descamativas de bordes bien definidos en la zona inguinoescrotal de un mes de evolución (fig. 1a y b). Los cultivos microbiológicos y micológicos resultaron negativos. El estudio histológico de una biopsia mostró una dermatitis psoriasiforme con exocitosis neutrofílica epidérmica y la presencia de eosinófilos en la dermis. (fig. 1c y d). A pesar del tratamiento con antihistamínicos orales y corticoides orales y tópicos, las lesiones se extendieron al tronco y a las extremidades superiores e inferiores (fig. 2 a-c). Dado el empeoramiento progresivo con una afectación importante de la calidad de vida y la falta de respuesta al tratamiento, se decidió retirar el pazopanib. Se observó una mejoría clínica importante con la resolución de prácticamente la totalidad de las lesiones (fig. 2d y e), siendo las lesiones escrotales las últimas en desaparecer (fig. 2f). Finalmente, se realizó el diagnóstico de toxicodermia por ITK teniendo en cuenta la clínica, los hallazgos histológicos y la mejoría tras la retirada del medicamento.

El uso de fármacos antidiana se relaciona con la aparición de efectos adversos cutáneos. En concreto, los ITK presentan un perfil específico de reacciones adversas cutáneas cuyas manifestaciones clínicas son variables y, en la mayoría de las ocasiones, dosis y dependientes de la duración¹. El eritema escrotal es una reacción cutánea infrecuente que se manifiesta clínicamente por la aparición de placas eritematosas pruriginosas de bordes bien definidos, que aparecen generalmente en el área escrotal y que pueden extenderse al resto del área genital incluyendo la zona inguinal. Esta reacción se ha objetivado tras la administración de sorafenib, sunitinib y cabozantinib, sin haberse descrito hasta el momento su relación con la administración de pazopanib^{4,5}. Los escasos estudios histopatológicos realizados en este contexto han mostrado acantosis con paraqueratosis, sin otros cambios específicos^{6,7}. La patogenia de esta reacción es desconocida, sin embargo, se postula que la neoangiogénesis