

## Apostillas dermatológicas 44

### Dermatologic Notes 44

N E Driban \* V Parra\*\*

\* Ex Profesor Titular Área Dermatología. Director de la Carrera de Especialización. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

\*\* Profesora Titular Interina Área Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Jefe Servicio de Dermatología. Hospital L. Lagomaggiore. Mendoza.

e-mail: [nelsondriban@gmail.com](mailto:nelsondriban@gmail.com)

1) Las reacciones o enfermedad del suero son del tipo III de hipersensibilidad. Clínicamente se presentan con fiebre, linfadenopatías, artralgias, erupciones cutáneas y trastornos gastrointestinales. En el laboratorio se observa disminución significativa del calcio sanguíneo y proteinuria, descrito en pacientes que recibieron inmunoglobulinas de origen equino. En contraste con ésta, las reacciones similares producidas por drogas no están asociadas a inmunocomplejos circulantes. Los agentes incriminados en esta última categoría han sido reportados por amoxicilina, tetraciclinas, sulfonamidas, ciprofloxacina, AINES, barbituratos, carbamazepina, propanolol, tiouracilo, allopurinol <sup>1</sup>.

2) En un estudio realizado con 245 pacientes, adultos y pediátricos, afectados con morfea generalizada y otras formas especiales, se postula que son patologías no sólo de piel sino síndromes autoinmunitarios. De este modo en estos pacientes (y sus familiares) se detectaron la presencia de vitiligo, artritis reumatoidea, LES, alopecia areata, psoriasis, diabetes mellitus tipo I, enfermedades inflamatorias intestinales, síndrome de Sjögren, esclerosis múltiple <sup>2</sup>.

3) El fenómeno o reacción o respuesta isotópica de Wolff, señala la presencia de una nueva afección de piel, en el sitio donde previamente asentó otra de distinta índole y ya curada., con la que no guarda ninguna relación aparente. Las más comunes son las referidas a lugares, donde asentaba una dermatosis por virus del grupo varicela-zoster. De esta manera podemos encontrar comunicaciones de granuloma anular, la más común aparentemente, pero también de granuloma tuberculoide sarcoidal, verrugas, dermatofibromas, eczemas, liquen plano, carcinomas cutáneos, metástasis lesiones de leucemia, morfea, enfermedad de Kaposi, seudolinfomas, vasculitis granulomatosas.

También podemos encontrar la denominación de fenómeno isotrópico *non-response*, aludiendo a la ausencia de una erupción en el sitio de otra y diferente dermatosis, ya curada. <sup>3,4</sup>

4) Las epidemias de viruela fueron una causa importante en mortandad y frecuencia en nuestras regiones. Allá por el año 1760 y en Santiago de Chile, de cuya jurisdicción dependía también Mendoza, se destacó un fraile criollo de la Orden de San Juan de Dios, llamado Pedro M. Chaparro. Su labor se extendió no sólo a la asistencia de los pacientes afectados por esta virosis, sino también practicando la "operación" de inocular pus proveniente de aquellas lesiones a sujetos sanos y con el objeto de prevenir la enfermedad. Recordemos que recién en 1776 E Jenner en Inglaterra, aplicó este mismo procedimiento, llamado posteriormente vacuna <sup>5</sup>.

5) En un artículo de RJ Barr y col <sup>6</sup> se publicaron sus observaciones, sobre la utilización de la luz polarizada en el estroma tumoral, para diferenciar dermatofibromas y otras fibromatosis del dermatofibrosarcoma protuberante.

Estudiando 52 casos de los dos primeros y 15 del Darier-Ferrand, encontró en todos éstos colágeno no polarizable, mientras que el 92% de los dermatofibromas y el 88% de las fibromatosis lo mostraban.

Con respecto al penfigoide...

6) Ha sido comunicado en varias ocasiones la asociación de psoriasis y diversas enfermedades ampollares, siendo la más frecuente el penfigoide ampollar (menos de 50 casos en la literatura). Si bien la etiopatogenia permanece aún no bien establecida, se piensa que tanto los tratamientos tópicos como lumínicos y sistémicos, instaurados en la psoriasis, podrían influir en el desarrollo del penfigoide. Estos casos se presentan como un verdadero desafío terapéutico, ya que, la psoriasis asociada al penfigoide suele acompañarse de otras comórbidas como hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia. Se ha comunicado buen resultado terapéutico con micofenolato mofetil y en algunos casos corticoides orales o dapsona. <sup>7,8,9</sup>

7) También ha sido descrita la aparición de penfigoide ampollar, en pacientes con psoriasis tratados con diversas terapias biológicas. Si bien se desconoce el mecanismo fisiopatológico, es importante conocer esta asociación ya que en los pacientes portadores de estas enfermedades, los recursos terapéuticos son limitados y los tratamientos con biológicos, serían una alternativa a tener en cuenta. <sup>10,11,12</sup>

8) Dentro del mismo tema, también está descrita la aparición de penfigoide ampollar, en los pacientes psoriáticos tratados con PUVA. Se postulan múltiples mecanismos fisiopatológicos, entre los que se pueden destacar: la alteración del ADN y la antigenicidad de las proteínas nucleares, modificación de las proteínas de la membrana basal, alteración de la reactividad inmunológica de las células T<sub>4</sub> y T<sub>8</sub> y la disminución en el número y función de las células de Langerhans. Todos estos mecanismos

finalmente producirían anticuerpos contra proteínas nativas y desencadenarían las ampollas.<sup>13,14</sup>

9) Dentro de las formas poco frecuentes de presentación del penfigoide ampollar, podríamos destacar entre otras: el tipo prurigo subagudo, que se caracteriza por prurito intenso, pápulas escoriadas con o sin formación de ampollas, histología de penfigoide o de dermatitis crónica inespecífica, anticuerpos circulantes de PB, depósito de IgG y C3 en la piel perilesional y Ac 230-KD en la piel afectada.<sup>15,16</sup>

10) El prurigo nodular fue descrito por Hyde en 1909. Se caracteriza clínicamente por nódulos duros queratósicos, con superficie deprimida y placas liquenoides, que pueden evolucionar con hiperpigmentación postinflamatoria o anetodermia residual. Las lesiones se presentan en número reducido o hasta cientos y con una distribución simétrica que predomina en miembros, seguida por región sacra y abdomen. Generalmente respeta palmas y plantas.

Puede asociarse a HIV, enfermedad de Hodgkin, amigdalitis, colitis ulcerosa, infección por *M Tuberculosis* y *S Stercolaris*, amiloidosis maculosa, metástasis de carcinomas y cicatriz de herpes zoster entre otras. Es muy importante el estudio y seguimiento de estos pacientes para descartar patologías asociadas.<sup>17</sup>

## REFERENCIAS

- 1) Mener DJ, Negrini C y Blatt A. Itching Like Mad. Am J Medicine 2009; 122: 732-734.
- 2) Leitenberger JJ, Cayce RL y Haley RW. Distinct Autoimmune Syndrome in Morphea. Arch Dermatol 2009; 145: 545-550.
- 3) Watanabe T, Yoshida Y, Yamamoto O y col. Papules on the Nape. Arch Dermatol 2009; 145: 589-594.
- 4) Driban NE, Parra de Cantú V y Bassotti de Ahuad A Dermatología Semiología Sistematizada. Editores EDIUNC. Mendoza. 2007.
- 5) Driban NE. La Dermatología en Mendoza. Revista Médica Universitaria. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. 2008; 4, N-1 ( Online) .
- 6) Barr RJ, Young EM y King DF. Non-polarizable collagen in dermatofibrosarcoma protuberans: a useful diagnostic aid. J Cutan Pathol 1986; 13: 339-346
- 7) Burnett PE. Bullous pemphigoid and psoriasis vulgaris. J Dermatol Online 2003; 9: 19.
- 8) Wilczek A y Sticherling M. Concomitant psoriasis and bullous pemphigoid: coincidence or pathogenic relationship? Int J Dermatol 2006; 45: 1353-1357.
- 9) Rallis E y Anyfantakis V. Coexistent psoriasis and bullous pemphigoid responding to mycophenolate mofetil monotherapy. Skinmed 2008; 7: 101-102.

- 10) Stausbøl-Grøn B, Deleuran M, Sommer Hansen E y col. Development of bullous pemphigoid during treatment of psoriasis with adalimumab. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34: 285-286.
- 11) Monnier-Murina K, Du Thanh A, Merlet-Albran S y col. Bullous pemphigoid occurring during efalizumab treatment for psoriasis: a paradoxical auto-immune reaction? *Dermatology* 2009; 219: 89-90.
- 12) Duong TA, Buffard V, André C y col. Efalizumab-induced bullous pemphigoid. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62:161-162.
- 13) Kao CL, Krathen RA, Wolff JE (Jr) y col. Psoralen plus ultraviolet. A-induced bullous pemphigoid. *J Drugs Dermatol* 2008; 7: 695-696.
- 14) Arregui MA, Soloeta R, González R y col. Bullous pemphigoid related to PUVA therapy: two further cases. *Actas Dermosifiliogr* 2006; 97: 444-447.
- 15) Schmidt E, Sitaru C, Schubert B y col. Subacute prurigo variant of bullous pemphigoid: autoantibodies show the same specificity compared with classic bullous pemphigoid. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 133-136.
- 16) Wever S, Rank C, Hornschuh B y col. Bullous pemphigoid simulation subacute simple prurigo. *Hautarzt* 1995; 46: 789-795.
- 17) Fina L, Grimalt R, Berti E y Caputo R. Nodular prurigo associated with Hodgkin's disease. *Dermatologica* 1991; 182: 243-246.