

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 21, Núm. 2)
(Med fam Andal 2020; 21: 111-112)

Respuestas razonadas

Lesión pigmentada pruriginosa,
en paciente sana

Recibido el 13-02-2020; aceptado para publicación el 13-03-2020

Alba Magriz M¹, Fernández Bonilla C²

¹Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

²Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

1. Amiloidosis cutánea (FALSA): ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾ La amiloidosis se caracteriza por el depósito extracelular de fibrillas compuestas por fragmentos de proteína amiloide sérica, un reactante de fase aguda. Puede ser secundaria a un gran número de enfermedades inflamatorias crónicas (enfermedades reumatológicas o enfermedad inflamatoria intestinal), infecciones crónicas y neoplasias. El depósito de amiloide en la piel y tejido subcutáneo se ha descrito en 40% de las amiloidosis sistémicas.

El hallazgo más frecuente son lesiones purpúricas como petequias y equimosis. Las lesiones púrpuras se pueden manifestar de manera espontánea o bien después de un traumatismo, siendo la localización más frecuente la región superior del tronco, cuello y rostro, especialmente en la zona periorcular. Otras lesiones frecuentes corresponden a nódulos o pápulas de consistencia gomosa.

En la lengua, la infiltración difusa puede generar macroglosia en el 20% de los casos. Aunque el compromiso ungueal es infrecuente y se puede manifestar como fragilidad, onicólisis, engrosamiento subungueal, estrías y paroniquia.

El diagnóstico requiere la demostración histológica del depósito de tejido amiloide en el tejido afectado, y respecto al tratamiento, hasta el momento no se ha encontrado un tratamiento ideal con el cual se disminuyan o eliminen tanto el prurito como la hiperpigmentación y se destruya el amiloide en la dermis.

2. Dermatitis cenicienta (CORRECTA): ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ La dermatitis cenicienta es una hipermelanosis idiopática, adquirida, generalizada, macular, azul grisáceo ceniciento y de etiología desconocida que aparece en individuos sanos.

Afecta principalmente a individuos de piel oscura (fototipo IV), de ambos sexos, con preferencia por las mujeres, el rango de edad es amplio siendo más común en adultos entre la segunda y tercera década de la vida.

Clínicamente se presenta como una enfermedad asintomática, de importancia estética principalmente, aunque gran parte de los pacientes refieren prurito. Afecta comúnmente a tronco, brazos, cuello y cara, sin preferencia por áreas expuestas.

Las lesiones respetan las palmas, plantas, uñas, mucosas y cuero cabelludo. En ocasiones existe tendencia a la distribución simétrica, particularmente en las localizadas en cara y cuello; se caracteriza por manchas azul grisáceas, que varían desde 0.5 a varios centímetros, y en su etapa activa se acompañan de bordes eritematosos de 1 a 2 mm de grosor; los cuales desaparecen después de algunos meses. El diagnóstico definitivo de esta enfermedad es un diagnóstico de exclusión.

Las opciones terapéuticas son muchas, pero pocas han resultado efectivas, se han utilizado corticoides tópicos, fosfatos de cloroquina, griseofulvina, protectores solares, hidroquinona 5-15%, exfoliación química (peelings) y queratolíticos. El tratamiento más eficaz es la clofazimina, que es una amina derivada de fenazinas, que se

acumula en las grasas y colorea la piel de manera uniforme.

3. Hiperpigmentación postinflamatoria (FALSA):⁽⁶⁾ La hiperpigmentación postinflamatoria (HPI) se manifiesta como máculas marrones o negras en la misma localización que el proceso inflamatorio inicial.

Esta condición se presenta en cualquier área del cuerpo, incluso en la boca, genitales y uñas. Puede empeorar con la exposición solar o con la inflamación persistente o recurrente; adquiriendo un carácter permanente o tardando semanas o años en resolverse según la causa inicial, el fototipo de la piel y si se utilizan tratamientos médicos para acelerar la recuperación.

Es un mecanismo básico biológico de la piel en respuesta a factores como afecciones cutáneas inflamatorias (eczema, acné o psoriasis), traumatismos, reacciones alérgicas, toxicidad medicamentosa o exposición a productos químicos. Son pocas las ocasiones en las que no se consigue identificar ningún agente causal.

En algunos casos raros, se puede precisar de biopsia cutánea para distinguir esta condición de otras condiciones cutáneas que pueden tener una apariencia similar.

Entre los tratamientos, la fotoprotección es fundamental para evitar aumentar el oscurecimiento de la piel. El tratamiento con láser y las terapias intensas de luz pulsada se indican en ocasiones como tratamiento de la pigmentación, al igual que las cremas blanqueadoras, aunque existe una creciente preocupación sobre su seguridad. Las cremas de cortisona deben utilizarse con limitación ya que su uso prolongado adelgaza la piel. Todos los tratamientos indicados anteriormente deben ser usados con precaución para evitar irritación adicional y como consecuencia exacerbación de la hiperpigmentación.

4. Acanthosis nigricans (FALSA):⁽⁷⁾ Clínicamente se caracteriza por hiperpigmentación y engrosamiento cutáneo de aspecto aterciopelado de la piel, principalmente en cuello y axilas. Su presencia se ha propuesto como marcador de hiperinsulinismo e insulinoresistencia. Sin embargo, no

siempre expresa un trastorno metabólico, pues puede estar presente en otras afecciones, como son, los procesos malignos.

Si se conoce la causa desencadenante, ésta se puede tratar para disipar los cambios de coloración de la piel, por ejemplo, bajar de peso en caso de obesidad, suspender ciertos medicamentos o suplementos (como niacina, píldoras anticonceptivas, prednisona y otros corticoesteroides), y cirugía si es posible en los casos de que la causa sea neoplásica. Otro tratamiento concomitante desde el punto de vista estético es el uso de cremas con ciertos componentes (como el ácido azelaico o el ácido glicólico, en combinación con vitamina C) que ayuden a aclarar las zonas afectadas, así como terapia láser para disminuir el espesor de la piel.

5. Liquen plano pigmentado (FALSA):⁽⁸⁾ Es una variante poco frecuente de liquen plano que se caracteriza por máculas en patrón reticular o difuso, hiperpigmentadas de color marrón oscuro en áreas fotoexpuestas y en los pliegues de flexión. Se presenta entre la tercera y cuarta década de la vida con discreto predominio en el sexo femenino. Inicialmente las lesiones son pequeñas maculas ovaladas con bordes bien definidos, pudiendo llegar a confluir en manchas extensas pigmentadas. Aunque la distribución es variable, la cara y el cuello son las áreas más frecuentemente afectados al inicio del cuadro. Dichas lesiones generalmente son asintomáticas, aunque el prurito leve y la sensación de quemazón están presentes en la tercera parte de los pacientes.

La etiología es desconocida, aunque parece estar mediado por mecanismos inmunológicos al igual que el liquen plano. Una de las asociaciones más importantes es la relación con la infección por el virus de la hepatitis C así como la vacunación contra la hepatitis B. Existen casos en los que el liquen plano pigmentado se asocia a diversas neoplasias y se resuelve espontáneamente después del tratamiento de las mismas.

Los hallazgos histopatológicos consisten en hiperqueratosis, epidermis atrófica con alteración vacuolar de la capa de células basales, infiltrado linfocitario liquenoide en la dermis con incontinencia pigmentaria y la presencia de melanófagos.

El pilar fundamental para el tratamiento son los corticoides, no siendo el único tipo de medicación a la cual responde; Pero se reserva la ciclosporina como tratamiento sistémico para casos graves.

Bibliografía

1. Mendoza Plata N, Ruiz AC, Pinto LF, Vásquez Ochoa LA, Arredondo Ossa MI. Manifestaciones cutáneas de amiloidosis sistémica en tres pacientes. *Medicina U.P.B.* 2013; 32(2): p. 178-182.
2. Fich F, Chahuán M, Farías MM, Cárdenas C, Abarzúa Á, Araya G, et al. AA amyloidosis with cutaneous manifestations. Report of one case. *Revista Médica de Chile.* 2012; 140(4): p. 499-502.
3. Miranda Gómez A, Frías Ancona G, Hierro Orozco S. Amiloidosis cutánea y su tratamiento. *Dermatología CMQ.* 2008; 6(1): p. 29-34.
4. López Bárcenas A, Contreras Ruiz J, Carrillo Correa M, Hojyo Tomoka MT, Arenas R, Domínguez Soto L, et al. Dermatitis cenicienta (Eritema discrómico perstans). *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana.* 2005; 33(3): p. 97-102.
5. Umaña Brenes A, Hernández Vargas A. Dermatitis cenicienta. *Medicina Legal de Costa Rica.* 2016; 33(1): p. 170-174.
6. Callender V, Surin-Lord S, Davis E, Maclin M. Postinflammatory Hyperpigmentation: Etiologic and Therapeutic considerations. *American Journal of Clinical Dermatology.* 2011; 12(2): p. 87-99.
7. Rivero González M, Cabrera Panizo R, Luiz Álvarez MdC, Pantoja Pereda O. Alteraciones metabólicas en pacientes obesos y su asociación con la acantosis nigricans. *Revista Cubana de Pediatría.* 2012; 84(1): p. 1-10.
8. Sánchez Saldaña L, Cabanillas Becerra J. Liquen plano pigmentoso. *Dermatología Perú.* 2010; 20(1): p. 194-197.

Dirección para correspondencia:
María Alba Magriz
E-mail: maria_6257@hotmail.com