

- M, et al. Hidroadenoma poroide. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:398-9.
3. Requena L. Neoplasias anexas cutáneas. Madrid: Ed. Aula Médica; 2004. p. 89-93.
 4. Ackerman AB, Abenozza P. Neoplasm with eccrine differentiation. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. p. 113-85.
 5. Utako O, Hiroyuki H, Hiroyuki S. Pigmented eccrine poroma occurring on the scalp: derivation of melanocytes in the tumor. *Am J Dermatol.* 2006;28:138-41.
 6. Pylyser K, Dewolf-Peters C, Marien K. The histology of eccrine poromas: a study of 14 cases. *Dermatologica.* 1983;167:243-9.
 7. Altamura D, Piccolo D, Lozzi GP, Peris K. Eccrine poroma in an unusual site: a clinical and dermoscopic simulator of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:539-41.

Isotretinoína a dosis bajas en el tratamiento del lupus crónico discoide en mujeres fértiles

M. Pérez-Crespo, J. Bañuls, J. Mataix y A. Lucas

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 29 años que había sido diagnosticada de lupus eritematoso sistémico en 1988 por eritema malar, fotosensibilidad, artralgias, trombopenia, linfopenia y anticuerpos antinucleares y anti ADN positivos. Acude a nuestro centro en agosto de 2004 por varias placas eritematosas de centro atrófico en la zona superior del tronco y la cara, así como lesiones eritematosas en ambas palmas de aspecto hiperqueratósico (fig. 1), de meses de evolución, compatibles ambos tipos de lesiones con lupus. En el momento de la consulta la paciente estaba recibiendo tratamiento con prednisona, micofenolato y cloroquina, sin mejoría de las lesiones cutáneas, por lo que se inició isotretinoína a dosis de 40 mg al día, comprometiéndose la paciente a mantener precauciones anticonceptivas efectivas. Se observó una rápida respuesta al tratamiento, siendo muy bien tolerado, por lo que se mantuvo durante 6 meses. Un mes después de la retirada del fármaco se produjo una progresiva reaparición de las lesiones palmares. Se le administró tratamiento tópico durante aproximadamente un año sin obtener mejoría, por lo que se decidió reiniciar tratamiento con isotretinoína oral, a dosis de 20 mg al día, con el fin de disminuir la toxicidad del tratamiento. Se observó una mejoría más lenta con la nueva pauta, aunque a partir del quinto mes de tratamiento los resultados eran si-

milares a los obtenidos al final del ciclo con 40 mg diarios (fig. 2). Las lesiones se han mantenido estables durante 12 meses, sin que hayan aparecido alteraciones significativas de los triglicéridos ni de las enzimas hepáticas. Durante el periodo de tratamiento la paciente ha estado utilizando métodos anticonceptivos seguros. No han aparecido efectos secundarios clínicos salvo leve xerosis en cara y queilitis.

Las lesiones discoideas crónicas son una de las formas más frecuentes de lupus cutáneo¹. La localización más frecuente es en la cara, el cuero cabelludo y las orejas, aunque es posible que se produzcan lesiones palmares.

Para el tratamiento del lupus eritematoso crónico discoide se pueden emplear diversos fármacos tópicos, como corticoides potentes² o imiquimod 5%³, así como tratamientos sistémicos como talidomida, hidroxicloroquina o acitretina. Estos dos últimos son los fármacos de primera línea,

siendo su efectividad similar², aunque con mayor número de efectos secundarios en el caso de la acitretina. Entre sus efectos secundarios destacan la xerosis cutánea y la queilitis, trastornos gastrointestinales, elevación de los niveles séricos de triglicéridos y un alto poder teratógeno que obliga a la paciente a realizar tratamiento anticonceptivo mientras está siendo tratada y durante los dos años que siguen a la suspensión del fármaco.

Por otro lado isotretinoína ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del lupus eritematoso discoide crónico, también como tratamiento de mantenimiento a dosis de 40 mg a días alternos⁴. Este fármaco posee similares efectos secundarios que acitretina, aunque presenta menor poder teratógeno, por lo que las pacientes que lo ingieren únicamente deben realizar anticoncepción durante el tratamiento y un mes tras el mismo. En nuestro caso la paciente deseaba la posibilidad de planifi-



Figura 1. Lesiones eritematosas hiperqueratósicas en ambas palmas.



Figura 2. Mejoría de las lesiones tras 5 meses con isotretinoína (20 mg al día).

car un embarazo a medio plazo, por lo que se descartó la acetretina a favor de la isotretinoína.

Dado que la mayoría de las pacientes que padecen lupus crónico discoide son mujeres en edad fértil parece interesante encontrar un fármaco que permita a las pacientes planificar embarazos más fácilmente.

Asimismo, queremos resaltar la utilidad del tratamiento de mantenimiento con dosis menores de isotretinoína

(20 mg al día), que permite el control de las lesiones con menores efectos secundarios sistémicos.

Bibliografía

1. Chavarría E, Bueno C, Lázaro P, Lecona M. Lupus eritematoso sistémico de presentación cutánea subaguda. Presentación de dos casos clínicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:248-51.
2. Jessop S, Whitelaw D, Jordaan F. Drugs for discoid lupus erythematosus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; CD002954.
3. Gerdson R, Wenzel J, Uerlich M, Bieber T, Petrow W. Successful treatment of chronic discoid lupus erythematosus of the scalp with imiquimod. *Dermatology.* 2002;205:416-8.
4. Rubenstein DJ, Huntley AC. Keratotic lupus erythematosus: treatment with isotretinoin. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14:910-4.

EMLA® y púrpura cutánea

I. Cervigón, L.M. Torres-Iglesias y Á. Palomo

Servicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Sr. Director:

La crema anestésica EMLA® (*Eutectic Mixture of Local Anesthetic*) es un preparado tópico cuyos principios activos son la lidocaína (25 mg/ml) y la prilocaína (25 mg/ml), vehiculizados en un excipiente de polioxietileno y carboxipolimetileno que le confiere un pH de 9,4. EMLA® es un medicamento aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) en pacientes



Figura 1. Erupción purpúrica en la zona de aplicación de EMLA®.

mayores de 3 años de edad y para aplicar en piel intacta. En nuestro país se comercializa en forma de crema (tubos de 5 y 30 gramos) y parches autoadhesivos de 4 cm, y se emplea frecuentemente en las consultas de Dermatología y Pediatría como anestésico tópico.

Entre sus efectos secundarios destaca, por su incidencia, el blanqueamiento local y el eritema en la zona de aplicación; mucho más raras son urticarias de contacto, dermatitis irritativas, eczemas alérgicos de contacto y púrpura. Las complicaciones sistémicas son excepcionales, aunque se ha descrito metahemoglobinemia en niños, atribuida al metabolito de prilocaína, y que cursa con cefalea, visión borrosa, marcha inestable, cianosis y metahemoglobina en sangre.

Presentamos dos episodios de púrpura por EMLA® en dos pacientes pediátricos y revisamos la literatura publicada al respecto, constatando que son pocos los casos descritos de esta patología. Se trata de dos niñas, de 9 y 1 año y medio de edad respectivamente, con antecedentes de dermatitis atópica y a las que se pautó EMLA® en cura oclusiva durante una hora y media previo al legrado de múltiples *molluscum contagiosum*. Al levantar el film

plástico se observó, en la zona ocluida, una erupción petequeal asintomática (fig. 1) que se resolvió sin tratamiento y sin secuelas en dos semanas. Debido al aspecto clínico característico de las lesiones no consideramos necesaria la realización de biopsia.

La reacción purpúrica por EMLA® es una complicación infrecuente de la que sólo hemos encontrado unos 25 casos publicados¹⁻⁴. El mecanismo patogénico no se conoce con exactitud, pero parece tener una base tóxica y no alérgica³. Aunque en nuestras pacientes no se realizaron pruebas epicutáneas, otros autores que sí las han realizado han obtenido resultados negativos, tanto en lecturas inmediatas (30 minutos), como a las 48 y 72 horas³.

Es bien conocido que la crema EMLA® puede tener un efecto directo sobre los vasos, que induce el blanqueamiento y el eritema, y que podría llegar a producir alteraciones estructurales en la pared vascular que condicionarían la extravasación de hematíes y, por tanto, la púrpura. Probablemente la dermatitis atópica también se comporte como un factor de riesgo, ya que la alteración de la barrera cutánea favorece una mayor absorción del medicamento¹. La fragilidad cutánea y