

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

vascular de los niños, demostrada en las erupciones purpúricas secundarias a esfuerzos como el vómito, la tos y el llanto, así como el efecto traumático que puede ejercer el plástico de la cura oclusiva también podrían influir en la aparición de este infrecuente efecto secundario¹.

Bibliografía

1. Neri I, Savoia F, Guareschi E, Medri M, Patrizi A. Purpura after application of EMLA cream in two children. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:556-8.
2. CalobriSSI SD, Drolet BA, Esterly NB. Petchial eruption after the application of EMLA cream. *Pediatrics.* 1998;101:471-3.
3. De Waard-van der Spek FB, Oranje AP. Purpura caused by EMLA is of toxic origen. *Contact Dermatitis.* 1997;36:11-3.
4. Gourrier E, El Hanache A, Karoubi P, Mouchnino G, Merbouche S, Lerailliez J. Cutaneous problems after application of EMLA in premature infants. *Arch Pediatr.* 1996;3:289-90.

Hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola unilateral tratada con calcitriol tópico

E. Guevara-Gutiérrez^a, V.M. Tarango-Martínez^a, C. Sandoval-Tress^a y M. Hernández-Torres^b

^aDepartamento de Dermatología. ^bDepartamento de Dermatopatología. Instituto Dermatológico de Jalisco «Dr. José Barba Rubio». Secretaría de Salud Jalisco. Jalisco. México.

Sr. Director:

La hiperqueratosis del pezón y la areola (HPA) es una enfermedad poco frecuente caracterizada por engrosamiento verrugoso y pigmentación café del pezón y la areola¹. Fue descrita inicialmente por Tauber en 1923 y hasta la fecha existen aproximadamente 70 casos publicados en la literatura. Múltiples opciones terapéuticas han sido utilizadas en el tratamiento de esta condición, sin embargo hasta la fecha no existe ningún tratamiento que sea considerado el estándar de oro.

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 35 años de edad que fue valorado en nuestra institución por presentar una dermatosis levemente pruriginosa, localizada en el pezón y la areola de la mama izquierda, de 5 años de evolución. La dermatosis se inició como un área eritematosa y progresó hasta formar una placa hiperpigmentada con engrosamiento de la piel en los 18 meses previos a la consulta. El paciente aplicó acetónido de fluocinolona tópico durante dos años, presentando una mejoría inicial; sin embargo, poco tiempo después de comenzar a utilizarlo la dermatosis se extendió.

La exploración física reveló una placa oval, hiperqueratósica, hiperpigmentada y verrugosa de 3,8 cm de diámetro rodeada por una mácula café de 15 cm de diámetro (fig. 1). En el resto

de la exploración el paciente no presentaba ninguna otra alteración.

El diagnóstico clínico inicial fue queratosis seborreica. Se realizó una biopsia con sacabocado y la tinción con hematoxilina-eosina, que reveló la presencia de hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis (fig. 2). Haciendo una correlación clínico-histopatológica se llegó al diagnóstico de hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola (HNPA) unilateral.

Se inició tratamiento con calcitriol tópico al 0,3%. El ungüento fue aplicado dos veces al día durante 6 meses, mostrando una resolución completa de la hiperqueratosis, aunque dejando una hiperpigmentación residual de la piel. El paciente no mostró ningún efecto secundario a la aplicación del medicamento.

La HPA ha sido clasificada en tres grupos; el primero comprende la HPA que se presenta como una extensión de un nevo epidérmico. El segundo incluye la HPA asociada a otras dermatosis como acantosis *nigricans*, linfoma cutáneo de células T, enfermedad de Darier, eczema crónico, ictiosis y eritrodermia ictiosisiforme. El tercer grupo comprende la forma idiopática o también llamada HNPA¹⁻⁶.

La HNPA predomina en mujeres (80%) en la segunda y la tercera décadas de la vida^{1,2,4-7}. Hasta la fecha solamente existen 11 casos reportados en hombres^{2,3,6,8,9}. Las lesiones general-



Figura 1. Placa hiperqueratósica, hiperpigmentada y verrugosa localizada en el pezón y la areola de la mama izquierda.



Figura 2. Microfotografía mostrando hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis (tinción de hematoxilina-eosina, x10).

mente son bilaterales y afectan el pezón y la areola en el 72% de los casos y sólo el pezón en el 28%⁶.