

Bibliografía

1. Mangas de Arriba C, Carrascosa Carrillo JM, Ribera Pibernat M. Efectos secundarios de los piercings y los tatuajes. *Piel*. 2004;19:200-5.
2. Martín JM, Revert A, Alonso V, García L, Molina I, Pereda C, et al. Eczema de contacto agudo a parafenilendiamina contenida en tatuajes transitorios con henna. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:383-5.
3. Pérez Gala S, Alonso Pérez A, Ríos Buceta L, Aragüés Montañés M, García Díez A. Molluscum contagiosum on a multi-coloured tattoo. *JEADV*. 2006;20:214-38.
4. Salmaso S, Gnechi L, Gianotti R, Velardi S. Molluscum contagiosum on a tattoo. *Acta Derm Venereol*. 2001;81:146-7.
5. Foulds S. Molluscum contagiosum: an unusual complication of tattooing. *Br Med J*. 1982;285:607.
6. Kluger N, Comte C, Guillot B. Molluscum contagiosum sur tatouage. *Ann Dermatol Venereol*. 2007;134:506-7.
7. Bergh R. Über eigentümliche Geschwulstbildung in einer Tätowierungsmarke. *M Schr Dermat*. 1903;37:49-52.
8. Kiang SH, Ran H, Bang RH. Infectious diseases arising in new tattoos: Molluscum contagiosum and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54 Suppl AB:155.
9. Sweeney SM. Tattoos: a review of tattoo practices and potential treatment options for removal. *Curr Opin Pediatr*. 2006;18:391-5.

Síndrome de la boca ardiente y ácido alfa lipoico

I. Cervigón, L.M. Torres y Á. Palomo

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

Sr. Director:

El síndrome de la boca ardiente (SBA) es un trastorno doloroso, crónico e idiopático caracterizado por una sensación de quemazón, dolor, comezón o escaldura de la mucosa oral, en ausencia de lesiones clínicamente objetivables¹. Es una enfermedad frecuente, que suele afectar a mujeres posmenopáusicas y, en muchas ocasiones, se asocia con ansiedad, depresión o cancerofobia¹. Actualmente no se dispone de ningún tratamiento eficaz para este cuadro y se utilizan, entre otros, anticandidiásicos, fármacos para las aftas, tratamiento hormonal sustitutivo, benzodiacepinas, antidepressivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y psicoterapia^{2,3}.

El ácido alfa lipoico (ácido tióctico) es un potente antioxidante capaz de neutralizar los radicales libres formados en el organismo. Es una molécula que actúa en medios acuosos y grasos, y que tiene actividad tanto en su forma reducida como oxidada. Además, es capaz de regenerar otros antioxidantes como el glutatión, la vitamina E, la vitamina C y la coenzima Q₂ y desempeña un papel importante en el metabolismo celular, al actuar como cofactor en las reacciones mediadas por las enzimas deshidrogenasas mitocondriales. Distintos estudios clínicos han demostrado su efecto neuroprotector y su eficacia en el tratamiento de neuropatías periféricas causadas por alteraciones en la conducción y el trofismo nervioso⁴. En las dosis recomendadas de 600 mg/día no se han descrito efectos secundarios importantes, incluso en tratamientos prolongados. Su utilidad en el SBA ha sido propuesta por Fermiano et al⁵⁻¹⁰, que postulan que la orodinia se comporta como una neuropatía periférica influida por acontecimientos psicológicos estresantes.

Con objeto de valorar esta hipótesis, tratamos a 10 pacientes con SBA con ácido alfa lipoico. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica completa, una exploración detallada de la mucosa oral, cultivos para candidas y analíticas con vitamina B₁₂, perfil férrico, anticuerpos antinucleares (ANA), anti Ro y anti La, para descartar otras patologías locales o sistémicas que pudiesen producir una sintomatología similar. La intensidad del SBA fue valorada mediante una escala visual analógica (0: ausencia de dolor/ardor, 1: dolor/ardor leve, 2: dolor/ardor moderado, 3: dolor/ardor grave).

Se pautó tratamiento con ácido alfa lipoico (600 mg/día) y ácido gamma linoleico (360 mg/día) por vía oral durante 8 semanas. La eficacia de la terapia se evaluó a los dos meses mediante otra escala visual analógica (0: no mejoría, 1: mejoría leve, 2: mejoría moderada, 3: mejoría intensa).

Todas nuestras pacientes eran mujeres posmenopáusicas. La media de edad era de 63,7 años, con un rango de 55 a 74 años. Entre los antecedentes personales destacaban los cuadros ansioso-depresivos (3 pacientes). El tiempo medio de evolución del SBA era de 35,5 meses, con un rango de 2 a 96 meses. La intensidad de los síntomas era grave en 4 pacientes, moderada en 5 y leve en 1. Entre los tratamientos previos utilizados destacaban las medidas tópicas (colutorios antisépticos, corticoides, antifúngicos) (10 pacientes), los antifúngicos orales (1 paciente), los antidepressivos tricíclicos (3 pacientes), los inhibidores de la recaptación de la serotonina (1 paciente) y los antipsicóticos tipo olanzapina (3 pacientes). En una paciente se encontró un cultivo positivo para candidas y se trató con antifúngicos orales sin que mejorase la sintomatología. Dos pacientes tenían ANA positivos y una de ellas, diagnosticada de lupus sistémico, también presentaba anticuerpos anti Ro.

De todas las pacientes tratadas sólo 3 obtuvieron una mejoría leve. En el resto no se encontró ningún tipo de respuesta al tratamiento.

En esta serie de casos que presentamos la respuesta al ácido tióctico fue escasa, ya que sólo 3 de las 10 pacientes refirieron una mejoría sintomática leve. Aunque de este estudio no pueden extraerse conclusiones definitivas, los resultados parecen ir en contra de la hipótesis de la utilidad del ácido alfa lipoico en el tratamiento del SBA, hecho ya señalado en la revisión sistemática de la base de datos Cochrane publicada en 2005². Serán, por tanto, necesarios ensayos clínicos rigurosos que verifiquen o descarten la eficacia de este tratamiento.

Correspondencia:

Iván Cervigón González.
Servicio de Dermatología.
Hospital Nuestra Señora del Prado.
Ctra. de Madrid km 114.
45600 Talavera de la Reina. Toledo. España.
icervigon@sescam.jccm.es

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sardella A. An up-to-date view on burning mouth syndrome. *Minerva Stomatol.* 2007;56:327-40.

2. Zakrzewska JM, Forssell H, Glenny M. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;25:CD002779.
3. Mínguez Serra MP, Salort Llorca C, Silvestre Donat FJ. Pharmacological treatment of burning mouth syndrome: A review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12:299-304.
4. Foster TS. Efficacy and safety of alpha-lipoic acid supplementation in the treatment of symptomatic diabetic neuropathy. *Diabetes Educ.* 2007;33:111-7.
5. Fermiano F, Gombos F, Scully C. Burning mouth syndrome: the efficacy of lipoic acid on subgroups. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18:676-8.
6. Fermiano F, Gombos F, Scully C. Burning Mouth Syndrome: open trial of psychotherapy alone, medication with alpha-lipoic acid (thioctic acid), and combination therapy. *Med Oral.* 2004;9:8-13.
7. Fermiano F, Scully C, Gombos F. Idiopathic dysgeusia; an open trial of alpha lipoic acid (ALA) therapy. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002;31:625-8.
8. Fermiano F. Burning mouth syndrome (BMS): an open trial of comparative efficacy of alpha-lipoic acid (thioctic acid) with other therapies. *Minerva Stomatol.* 2002;51:405-9.
9. Fermiano F, Scully C. Burning mouth syndrome (BMS): double blind controlled study of alpha-lipoic acid (thioctic acid) therapy. *J Oral Pathol Med.* 2002;31:267-9.
10. Fermiano F, Gombos F, Scully C, Busciolano M, De Luca P. Burning mouth syndrome (BMS): controlled open trial of the efficacy of alpha-lipoic acid (thioctic acid) on symptomatology. *Oral Dis.* 2000;6:274-7.

Liquen escleroatrófico lineal blaschkoide y zosteriforme

M. Cabanillas, B. Monteagudo, C. de las Heras y J.M. Cacharrón

Servicio de Dermatología. Hospital Básico de la Defensa. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. A Coruña. España.

Sr. Director:

El liquen escleroso y atrófico es una enfermedad inflamatoria crónica que puede afectar al área genital, perineal y, con menor frecuencia, a localizaciones extragenitales. La existencia de formas lineales de esta dermatosis con distribución blaschkoide o zosteriforme ha sido descrita con escasa frecuencia en la literatura. Presentamos un caso de liquen escleroatrófico (LEA) con lesiones lineales en dos patrones distintos en un mismo paciente: unas dispuestas a lo largo de líneas de Blaschko y otras sobre cicatrices previas de herpes zóster, como manifestación de un fenómeno isotópico.

Un varón de 47 años fue remitido a nuestra consulta por un cuadro clínico de 4 años de evolución de aparición progresiva de lesiones blanquecinas, levemente pruriginosas sobre un área cicatricial atrófica situada en el flanco derecho, donde había sufrido previamente un episodio de herpes zóster 7 años antes. Desde hacía 2 años había notado

además la aparición de lesiones similares desde la zona escapular derecha al hombro y zona pectoral derecha. No refería historia de traumatismo previo, enfermedad autoinmune u otros procesos relevantes. El estudio analítico, incluyendo cribado de autoinmunidad (anticuerpos anti-nucleares [ANA], anti-ADN, anti-SS-A, anti SS-B, anti-RNP y anti-Scl-70), no mostró alteraciones.

A la exploración física se objetivó la presencia de placas blanquecinas de superficie atrófica con tapones foliculares y bordes eritematosos dispuestos de forma lineal a lo largo de la zona superior derecha de la espalda (fig. 1), así como lesiones más aisladas en la zona infraclavicular derecha. En el flanco derecho se apreciaba la presencia también de placas hipopigmentadas e induradas sobre un área deprimida con hiperpigmentación postinflamatoria correspondiente a los dermatomas D9-D10, zona en la que había sufrido un episodio de herpes zóster 7 años antes (fig. 2). El estudio histopatológico de una biopsia extraída de las lesiones