

^a Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eplaura85@hotmail.com

(L. Padilla-España).

doi:10.1016/j.ad.2011.09.009

Dermatosis neutrofílica sobre área de linfedema posmastectomía

Neutrophilic Dermatitis on Postmastectomy Lymphedema

Sr. Director:

El síndrome de Sweet clásico o idiopático es una dermatosis neutrofílica caracterizada por la asociación de clínica cutánea y síntomas sistémicos. Las lesiones cutáneas tienden a localizarse en la cara, el cuello, el tórax y las extremidades superiores, y se presentan como pápulas, nódulos o placas eritematosas y dolorosas. Los síntomas sistémicos como mal-estar general, mialgias, artralgias y leucocitosis neutrofílica pueden preceder en días o aparecer de forma simultánea a la afectación cutánea. El síndrome de Sweet clásico o idiopático se ha relacionado con un proceso infeccioso digestivo o de vías respiratorias altas, con la enfermedad inflamatoria intestinal y con el embarazo. Con menor frecuencia es inducido por fármacos (el G-CSF es el más frecuente) o se asocia a un proceso maligno (con mayor frecuencia se trata de una neoplasia hematológica)¹. La variante atípica o localizada sobre el área de linfedema se considera una forma menos grave.

Nuestra paciente tenía 60 años y había sido diagnosticada 6 años atrás de un carcinoma ductal infiltrante en la mama derecha. Se le practicaron una cirugía conservadora y una linfadenectomía axilar, y recibió como tratamientos adyuvantes radioterapia y quimioterapia. En el momento de la consulta estaba en tratamiento con capecitabina por la existencia de metástasis hepáticas. Desde hacía 2 días presentaba en cara interna de brazo y antebrazo derecho, que estaba edematizado, múltiples máculo-pápulas eritematosas, muy dolorosas a la palpación (fig. 1A). Días antes del inicio de la clínica cutánea sintió malestar general, sensación distérmica y escalofríos. La analítica realizada mostró solamente una elevación de la PCR (99,6 mg/l), sin anomalías en el hemograma (leucocitos 7.590/mm³ [neutrófilos 69,9%]). Y en la biopsia cutánea se observó un denso infiltrado inflamatorio neutrofílico en la dermis, de disposición predominantemente perivascular y también intersticial, sin alteraciones en la epidermis (fig. 2). Se pautó tratamiento con amoxicilina-clavulánico y en menos de una semana las lesiones cutáneas se resolvieron por completo (fig. 1B).

La dermatosis neutrofílica sobre el área de linfedema posmastectomía se considera una variante atípica o localizada del síndrome de Sweet clásico o idiopático, y hasta la fecha solamente se han reportado unos 12 casos (tabla 1). Se ha descrito en mujeres con una edad comprendida entre los 39 y los 75 años, que habían sido sometidas a cirugía de cáncer de mama, linfadenectomía axilar y

otros tratamientos adyuvantes (radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia), y como consecuencia de dichos tratamientos habían desarrollado un linfedema en el brazo ipsilateral. El tiempo transcurrido entre la cirugía mamaria y la aparición de las lesiones cutáneas de Sweet es muy variable, desde pocos meses hasta años. Clínicamente se manifiesta como múltiples pápulas eritematosas y dolorosas, que pueden confluir en placas y cuya localización se limita a la zona linfedematosa, afectándose en la mayoría de los casos el dorso de la mano, el antebrazo y el brazo. Con menor frecuencia, las lesiones son vesículas o ampollas y no se ha descrito la presencia de ampollas hemorrágicas ni pústulas. No se ha relacionado con una recaída local del cáncer de mama o con la existencia de metástasis a distancia, salvo un caso que asociaba metástasis cutáneas², y solamente se ha descrito un caso en relación con la administración de



Figura 1 A) Linfedema y máculo-pápulas eritematosas en la cara interna de brazo y antebrazo derecho. B) Brazo derecho sin lesiones a la semana de iniciar el tratamiento.

Tabla 1 Casos descritos de síndrome de Sweet localizado en área de linfedema posmastectomía

Autores	Edad de la paciente y tratamientos	Tiempo entre mastectomía y lesiones cutáneas	Clínica cutánea	Síntomas sistémicos	Tratamiento
Demitsu et al. (1991)	39 años Mastectomía radical	18 meses	Pápulas y placas eritematosas en brazo, antebrazo y mano	No Leucocitos 7.500/mm ³ (53% neutrófilos)	Yoduro potásico (900 mg/día) Resolución en 3 semanas
	71 años Mastectomía radical	8 años	Placas eritematosas en brazo y antebrazo	No Leucocitos 6.200/mm ³ (70% neutrófilos)	Yoduro potásico (900 mg/día) Resolución en 3 semanas
Petit et al. (1996)	48 años Mastectomía, RT, QT, HT	No consta 3 días después de G-CSF	Placas eritematosas en brazo	No Leucocitos 7.100/mm ³ (4.800 neutrófilos)	Suspensión G-CSF
García-Río et al. (2006)	67 años Mastectomía radical, RT, QT, tamoxifeno	132 meses	Placas eritematosas con vesículas en espalda, brazo, antebrazo y abdomen	No consta Leucocitos 10.600/mm ³ (53% neutrófilos)	Prednisona y cefuroxima Resolución en 20 días
	50 años Tumorectomía, RT, tamoxifeno	4 meses	Placas eritematosas en brazo, antebrazo y tórax	No consta Leucocitos 10.000/mm ³ (83% neutrófilos)	Sin tratamiento Resolución en 2 meses
	61 años Mastectomía, tamoxifeno	27 meses	Placas eritematosas en espalda, axila, brazo y antebrazo	No consta Leucocitos 6300/mm ³ (64.8% neutrófilos)	Prednisona Resolución en 10 días
	65 años Tumorectomía, RT, tamoxifeno	3 meses	Placas eritematosas en espalda, brazo y antebrazo	No consta	No tratamiento Resolución en 2-3 meses
	63 años Tumorectomía, RT, QT, tamoxifeno	168 meses	Placas eritematosas en espalda, brazo y antebrazo	No consta Leucocitos 2.036/mm ³ (83,6% neutrófilos)	Imipenem Resolución en 4-5 días
	55 años Tumorectomía, RT, QT, tamoxifeno	34 meses	Placas eritematosas en espalda, brazo y tórax	Fiebre Leucocitos 6.070/mm ³ (54.6% neutrófilos)	No tratamiento Resolución en 4-5 días
	60 años Tumorectomía, RT, QT	132 meses	Placas eritematosas en brazo y antebrazo	No consta Leucocitos 12.660/mm ³ (91.2% neutrófilos)	Amoxicilina-clavulánico Resolución en 10 días
Lucas et al. (2008)	75 años Mastectomía, RT, QT, tamoxifeno	Más de 5 años	Pápulas eritematosas en brazo, antebrazo y mano	No No consta	Paracetamol Resolución en 7 días
Lee et al. (2009)	60 años Mastectomía, RT, QT, HT	7 meses	Pápulas eritematosas con vesículas en brazo, antebrazo y mano	No Leucocitos 4.070/mm ³ (73,3% neutrófilos)	Naproxeno oral y propionato de clobetasol tópico Resolución en 7 días

HT: hormonoterapia; QT: quimioterapia; RT: radioterapia.

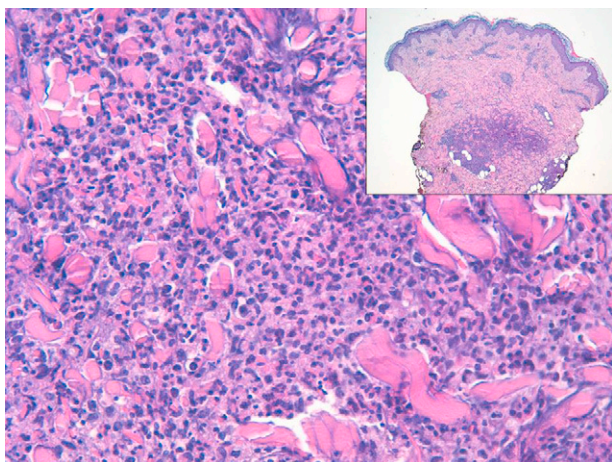


Figura 2 Infiltrado inflamatorio dérmico neutrofílico de predominio perivascular y también intersticial.

G-CSF^{2,3}. La clínica sistémica está ausente o es más leve, la existencia de leucocitosis neutrofílica es menos frecuente y las recurrencias son menores, características diferenciales con el síndrome de Sweet clásico, así como la localización de las lesiones limitadas al área del linfedema. En cuanto al tratamiento, parece que la curación es más rápida con antibióticos que con corticoides sistémicos o yoduro potásico⁴, y también responde bien a los antiinflamatorios orales y a los corticoides tópicos de alta potencia²⁻⁶.

Su fisiopatología se desconoce y se han propuesto diferentes teorías, cuyo principio común es una alteración local en el tránsito celular normal secundario a la distorsión del drenaje linfático, tanto por la linfadenectomía como por la radioterapia. Así, el área de linfedema se convierte en una zona de acumulación de citocinas que atraen a los neutrófilos y en una zona de pérdida de la inmunocompetencia normal que favorece la aparición local de neoplasias, de infecciones y de trastornos inmunitarios como las dermatosis neutrofílicas^{2,7}.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con infecciones como la celulitis, la erisipela, las foliculitis y el herpes zóster, la tromboflebitis o el fenómeno de *recall*. En el estudio histológico deberán descartarse la radiodermatitis crónica, el carcinoma erisipeloide y la dermatitis de contacto. La evolución clínica, la biopsia y las pruebas complementarias ayudarán en conjunto a establecer el diagnóstico definitivo^{2,6}.

En conclusión, aportamos un nuevo caso de dermatosis neutrofílica sobre área de linfedema que es una variante localizada del síndrome de Sweet clásico y cuyas diferencias no solo se limitan a la localización de las lesiones, sino también a su curso más leve, con menos síntomas sistémicos, menores recurrencias y buena respuesta a antibióticos orales, antiinflamatorios y corticoides tópicos. A pesar del elevado número de casos de cáncer de mama y de linfedema como complicación de los diferentes tratamientos, existen pocos casos documentados, probablemente por la confusión con otros procesos inflamatorios o infecciosos más frecuentes en este grupo de pacientes².

Bibliografía

1. Cohen PR, Kurzrock R. Sweet's syndrome revisited: a review of disease concepts. *Int J Dermatol*. 2003;42:761-78.
2. García-Río I, Pérez-Gala S, Aragües M, Fernández-Herrera J, Fraga J, García-Díez A. Sweet's syndrome on the area of post-mastectomy lymphoedema. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:401-5.
3. Petit T, Francès C, Marinho E, Herson S, Chosidow O. Lymphoedema-area-restricted Sweet syndrome during G-CSF treatment. *Lancet*. 1996;347:690.
4. Demitsu T, Tadaki T. Atypical neutrophilic dermatosis on the upper extremity affected by postmastectomy lymphedema: report of 2 cases. *Dermatologica*. 1991;183:230-3.
5. Lee CH, Lee HC, Lu CF, Hsiao CH, Jee SH, Tjiu JW. Neutrophilic dermatosis on postmastectomy lymphoedema: a localized and less severe variant of Sweet syndrome. *Eur J Dermatol*. 2009;19:641-2.
6. Lucas A, Betlloch I. Pápulas eritematosas en el brazo de una paciente mastectomizada. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:231-2.
7. Ruocco E, Puca RV, Brunetti G, Schwartz RA, Roucco V. Lymphoedematous areas: privileged sites for tumors, infections, and immune disorders. *Int J Dermatol*. 2007;46:662.

E. Gutiérrez-Paredes*, A. González-Rodríguez,
I. Molina-Gallardo
y E. Jordá-Cuevas

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ev.gutierrez@hotmail.com

(E. Gutiérrez-Paredes).

doi:10.1016/j.ad.2011.10.016

Hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito

Precalcaneal Congenital Fibrolipomatous Hamartoma

Sr. Director:

El hamartoma fibrolipomatoso precalcáneo congénito es una entidad benigna propia de la infancia, infrecuente y poco

descrita en la literatura. Anteriormente aparece referido bajo otras denominaciones, tales como pápulas podálicas del recién nacido, pápulas *piezogénicas-like* congénitas o nódulos adiposos plantares bilaterales.

Presentamos el caso de una niña de 9 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, cuya familia consultaba por la presencia desde el nacimiento de 2 lesiones nodulares subcutáneas, bilaterales y simétricas en la zona anterior al talón de ambas plantas de los pies (fig. 1). Presentaba 2 lesiones de consistencia blanda, mal delimitadas