

A. Miguélez^{a,*}, A. Martín-Santiago^b, A. Bauzá^b e
Y. Gilaberte^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital San Jorge, Huesca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anamig@telefonica.net (A. Miguélez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.12.002>

Hoyuelos cutáneos como consecuencia de amniocentesis: hallazgos histopatológicos

Skin Dimpling as a Complication of Amniocentesis: Histopathologic Findings

Sr. Director:

Durante el embarazo, el parto o el posparto se realizan una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que han reducido la morbilidad neonatal pero en contrapartida han aumentado el riesgo de determinadas lesiones cutáneas iatrogénicas y traumáticas¹⁻³.

La incidencia de punción fetal por amniocentesis se ha reducido desde el uso de la ecografía^{4,5}. Sin embargo, esta técnica se realiza cada vez con más frecuencia por el aumento de la edad materna⁶, de ahí la importancia de que los dermatólogos, los obstetras y los pediatras conozcan esta complicación⁷.

En esta carta exponemos el caso de un lactante de 3 meses de edad con varios hoyuelos cutáneos como consecuencia de la punción por amniocentesis, entidad de la que no hemos encontrado publicaciones con estudio histopatológico⁵.

Lactante varón de 3 meses sin antecedentes personales de interés, enviado para valoración de unas lesiones cutáneas en el abdomen y el muslo izquierdo apreciadas al mes de vida. Había nacido a término, sin la presencia de anomalías congénitas, de parto por vía vaginal no instrumental con presentación cefálica. Entre las técnicas practicadas a la madre durante la gestación y el parto destacaba una amniocentesis en la semana 18 que precisó varias punciones.

En la exploración física se observaron 2 hoyuelos de 2 mm de diámetro localizados en la zona izquierda del abdomen, y una depresión lineal de 1,2 cm de longitud en la cara anterior del tercio proximal del muslo izquierdo (figs. 1 y 2). No presentaba otras lesiones cutáneas, afectación de la mucosa oral o genital ni alteración de las uñas o el pelo. El desarrollo ponderoestatural era normal.

Se estableció el diagnóstico de hoyuelos cutáneos como complicación de amniocentesis. Se informó a los padres sobre la naturaleza benigna del cuadro cutáneo, pero prefirieron realizar una biopsia de la lesión del muslo para descartar otras enfermedades. El estudio histopatológico puso de manifiesto una dermis con los haces de colágeno de morfología y distribución alteradas (finos y con múltiples direcciones en el espacio). La tinción con orceína mostró fibras elásticas fragmentadas y disminuidas. La epidermis y el tejido celular subcutáneo no presentaban alteraciones

(fig. 3). En los 8 meses posteriores, las lesiones cutáneas han permanecido estables.

La amniocentesis es la técnica más utilizada para el diagnóstico prenatal de alteraciones genéticas. Suele realizarse durante el segundo trimestre de gestación. Entre sus posibles complicaciones está la punción fetal, siendo el hoyuelo cutáneo su manifestación más frecuente⁴. También se pueden dañar estructuras subyacentes del feto como nervios periféricos, tendones o globo ocular, y causar fístulas ileo-cutáneas o arteriovenosas³.

Los hoyuelos cutáneos por amniocentesis se presentan como depresiones puntiformes o cicatrices lineales de 1-5 mm de diámetro. Pueden ser únicos, o múltiples agrupados o siguiendo un trayecto lineal probablemente por punción fetal en el mismo plano. Se aprecian mejor pellizcando la piel de alrededor⁸. Están presentes en el nacimiento, aunque algunos tardan semanas o meses en hacerse evidentes, y no se resuelven de forma espontánea⁶. La localización más frecuente es el muslo seguido del abdomen, las nalgas y las extremidades superiores. Suele ser un hallazgo casual en la exploración, no el motivo de la consulta⁷. Se ha especulado con que el hoyuelo sea el resultado de una lipoatrofia localizada o de la pérdida de tejido celular subcutáneo. Nuestros hallazgos histopatológicos, haces de colágeno finos y fibras elásticas disminuidas, son concordantes con una cicatriz deprimida localizada secundaria a la punción que causa retracción de la piel⁵.

El uso de la ecografía durante la amniocentesis redujo su incidencia, antes cercana al 9%, por debajo del 1%³. Los

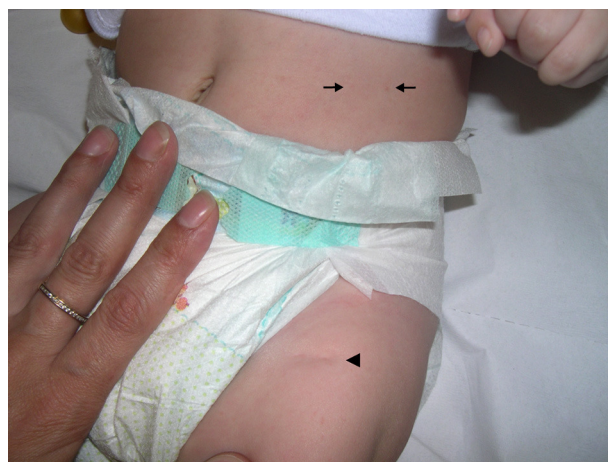


Figura 1 Cicatrices cutáneas en abdomen (←) y muslo izquierdo (◄).

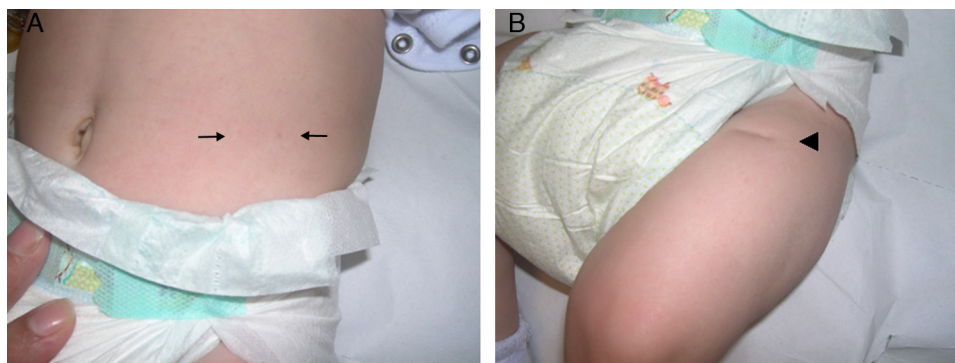


Figura 2 A) Dos hoyuelos en zona izquierda de abdomen (←). B) Depresión lineal en cara anterior de muslo izquierdo (◄).

movimientos fetales, sobre todo de las extremidades, son impredecibles y por tanto es inevitable alguna punción^{6,8}. Varios factores aumentan la posibilidad de esta complicación como realizar dicha técnica en el tercer trimestre (gran tamaño del feto en relación con la cavidad amniótica), los intentos repetidos de punción y la falta de experiencia del obstetra^{7,8}.

El diagnóstico, aunque no con certeza absoluta, se establece por la ausencia de otros hallazgos asociados, la localización de los hoyuelos y el antecedente de amniocentesis^{5,7}. Estos datos permiten descartar otras

lesiones iatrogénicas y traumáticas derivadas de la monitorización fetal, la amniotomía, la episiotomía, las punciones venosas o arteriales y los partos instrumentales (ventosa, fórceps o espátula) o por cesárea (cortes por bisturí bastante largos pero muy superficiales)^{2,3,6}. También deberán considerarse en el diagnóstico otros hoyuelos cutáneos congénitos. Estos se dividen en senos dérmicos con apertura cutánea y depresiones cutáneas profundas. Los hoyuelos cutáneos congénitos generalmente son casi siempre variantes de la normalidad, situados sobre las prominencias óseas, en particular faciales. Pueden ser familiares

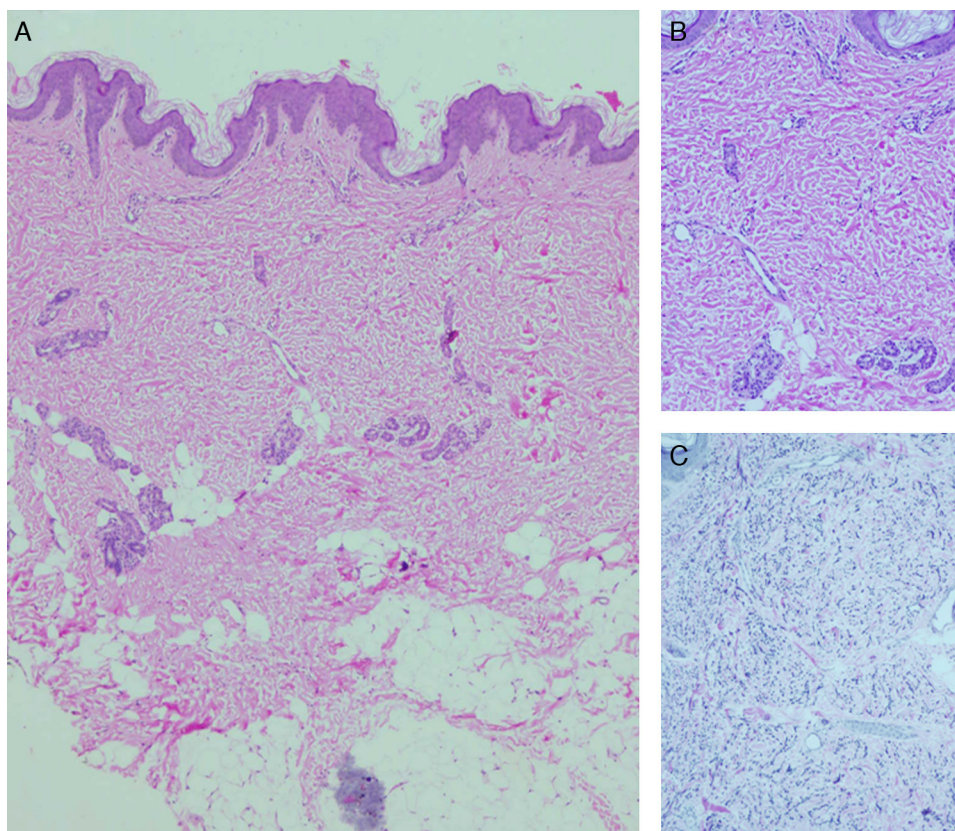


Figura 3 A) Imagen panorámica, epidermis con 2 zonas festoneadas y dermis compacta y ancha con pocos anejos (H-E, $\times 20$). B) A mayor detalle, en dermis, haces de colágeno adelgazados (H-E, $\times 100$). C) Fibras elásticas fragmentadas y disminuidas en dermis (orceína, $\times 100$).

o relacionarse con infecciones, trastornos metabólicos o ingesta de determinados fármacos durante la gestación, y en ocasiones alertan sobre una alteración subyacente, un síndrome polimalformativo, o una afectación neurológica u osteomuscular⁹. Otros procesos que deberían considerarse son la aplasia cutánea, la hipoplasia dérmica focal, el síndrome de las bandas amnióticas y los pezones supernumerarios^{3,10}.

En definitiva, la presencia de hoyuelos por amniocentesis debe ser conocida por los dermatólogos, tanto para evitar presunciones diagnósticas incorrectas como para limitar la práctica de exploraciones complementarias potencialmente agresivas.

Bibliografía

- Reddy K, Kogan S, Glick SA. Procedures and drugs in pediatric dermatology: Iatrogenic risks and situations of concern. *Clin Dermatol*. 2011;29:633–43.
- Metzker A, Brenner S, Merlob P. Iatrogenic cutaneous injuries in the neonate. *Arch Dermatol*. 1999;135:697–703.
- Galbraith SS, Esterly NB. Iatrogenic and traumatic injuries. En: Eichenfield LF, Frieden IJ, Esterly NB, editores. *Neonatal Dermatology*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 99–111.
- Seeds JW. Diagnostic mid trimester amniocentesis: How safe? *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:607–15.
- Ahluwalia J, Lowenstein E. Skin dimpling as a delayed manifestation of traumatic amniocentesis. *Skinmed*. 2005;4:323–4.
- Cutrone M, Peruzzetto C. Lesiones iatrogénicas en la piel del recién nacido. *Dermatol Pediatr Lat*. 2006;4:9–18.
- Vilar Coromina N, Vicente Villa A, Puigarnau Vallhonrat R, Vela Martínez A, González Enseñat MA. Hoyuelos cutáneos: una complicación de la amniocentesis. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66:407–9.
- Cambiaghi S, Restano L, Cavalli R, Gelmetti C. Skin dimpling as a consequence of amniocentesis. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39:888–90.
- Pereda Carrasco C, Jordá Cuevas E. Hoyuelos cutáneos congénitos (I). *Piel*. 2007;23:18–23.
- Monteagudo B, labandeira J, León-Muiños E, Carballeira I, Corrales A, Cabanillas M, et al. Prevalencia de marcas de nacimiento y lesiones cutáneas transitorias en 1.000 recién nacidos españoles. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:264–9.

B. Monteagudo^{a,*}, J. del Pozo^b, B. Suárez-Traba^c
y F. Sacristán^d

^a Servicio de Dermatología, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

^b Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, SERGAS, A Coruña, España

^c Pediatría, Centro de Salud de Mugarbos, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Mugarbos, A Coruña, España

^d Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, SERGAS, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.08.005>

Acquired Epidermodysplasia Verruciformis in a Patient With Congenital HIV Infection

Epidermodisplasia verruciforme adquirido en un paciente con infección congénita por VIH

To the Editor,

Epidermodysplasia verruciformis (EV) is a rare autosomal recessive genodermatosis characterized by a defect in cell-mediated immunity and increased susceptibility to infections by group B human papillomavirus (HPV).^{1,2} Its main clinical features are a rash resembling pityriasis versicolor and flat warts distributed in sun-exposed areas. In the last decade, several cases of acquired EV have been reported, particularly in immunocompromised patients.

A 19-year-old White man with congenital human immunodeficiency virus (HIV) infection presented with a skin eruption of 4 years' duration. Physical examination revealed a macular and papular eruption on the trunk and arms. There were multiple erythematous macules with desquamation on the chest and arms (Fig. 1) and hundreds of disseminated small pink-brownish papules, with the appearance of flat warts, on the back of the trunk and on the shoulders and arms (Fig. 2). The papules were arranged in a linear pattern (Koebner phenomenon). The lesions were

asymptomatic, but had increased in number in recent months. At the time of his first evaluation the patient had a CD4 count of 544 cells/mm³ and an undetectable viral load. He was receiving highly active antiretroviral therapy (HAART) with raltegravir, ritonavir, tenofovir, and darunavir.

Skin biopsy of a papule on the trunk showed large keratinocytes with voluminous nuclei, basophilic cytoplasm, and

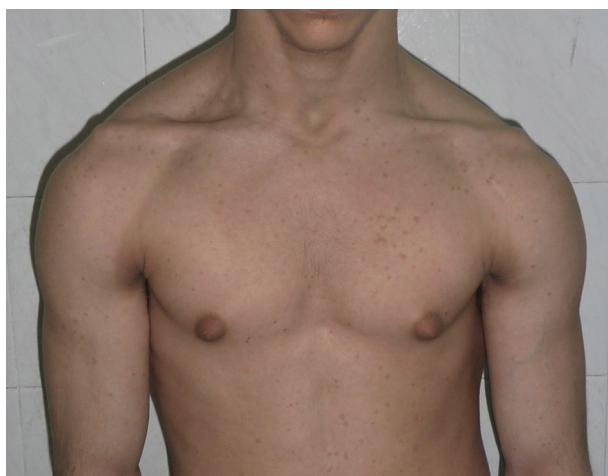


Figure 1 Pityriasis versicolor-like macules on the chest and arms.