

de variables el estudio careció de poder estadístico para dilucidar otras asociaciones (tabla 2).

El estudio presenta algunas limitaciones. La información recogida mediante entrevista personal sobre aspectos relacionados como la orientación sexual, hábitos y contactos presenta la limitación de la validez de la información suministrada por el propio paciente. Sin embargo, las entrevistas se realizaron por personal experto en estas infecciones con el adecuado ambiente de confidencialidad. Las técnicas utilizadas presentan una elevada sensibilidad y especificidad, aunque los resultados también pueden ser dependientes de la calidad de la muestra biológica obtenida. Finalmente, la serie de pacientes estudiada es limitada en número y consecuentemente el estudio careció de potencia estadística para dilucidar algunos posibles factores de riesgo para esta infección y estimaciones poco precisas con amplios intervalos de confianza. Sin embargo, a pesar del limitado tamaño de la muestra, el estudio señala 2 factores estadísticamente asociados al riesgo de infección por *Chlamydia*, el número de parejas sexuales en el último mes y la homosexualidad, los cuales también se han identificado de forma repetida en otros estudios^{5,8,10}.

Bibliografía

1. WHO. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission [consultado 30 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>
2. ECDC. 2012 Annual Epidemiological Report [consultado 24 Abr 2013]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report2012.pdf#page=51>
3. Godoy P. La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gac Sanit.* 2011;254:263-6.
4. Corbeto EL, Carnicer-Pont D, Lugo R, González V, Bascuñana E, Lleopart N, et al. Sexual behaviour of inmates with *Chlamydia trachomatis* infection in the prisons of Catalonia, Spain. *Sex Health.* 2012;9:187-9.
5. Corbeto EL, Lugo R, Martró E, Falguera G, Ros R, Avelilla A, et al. Epidemiological features and determinants for *Chlamydia trachomatis* infection among women in Catalonia, Spain. *Int J STD AIDS.* 2010;21:718-22.
6. Klovstad H, Grijbovski A, Aavitsland P. Population based study of genital *Chlamydia trachomatis* prevalence and associated factors in Norway: A cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2012;12:150.
7. Geisler WM. Duration of untreated, uncomplicated genital *Chlamydia trachomatis* infection and factors associated with *chlamydia* resolution: A review of human studies. *J Infect Dis.* 2010;201 Suppl 2:S104-113S-L.
8. Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martró E, Molinos S, Casabona J, HIVITS-TS. Social characteristics, risk behaviours and differences in the prevalence of HIV/sexually transmitted infections between Spanish and immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Med Clin (Barc).* 2009;132:385-8.
9. CEEISCAT. Vigilància epidemiològica sentinella de les infeccions de Transmissió Sexual (ITS) a Catalunya. 2012 [consultado 15 May 2013]. Disponible en: http://www.cceiscat.cat/documents/2012_2n_semestre ITS.pdf
10. Management of genital *Chlamydia trachomatis* infection: A national clinical guideline. Edimburg: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2009.

O. Yuguero^{a,*}, J.M. Casanova^{b,c}, A. Manonelles^{c,d}
y P. Godoy^{c,e}

^a Atención Primaria, Región Sanitaria de Lleida, Lleida, España

^b Sección de Dermatología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida, España

^c Facultad de Medicina, Universidad de Lleida, Lleida, España

^d Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida, España

^e Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Lleida, Agencia de Salud Pública de Cataluña, Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oriol.yuguero@gmail.com (O. Yuguero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.06.014>

Fenómeno de Koebner en un liquen escleroso tras una picadura de medusa: una morfología excepcional



Koebner Phenomenon in a Patient With Lichen Sclerosus Following a Jellyfish Sting: An Exceptional Morphology

El liquen escleroso (LE) es una enfermedad inflamatoria crónica con predilección por la piel de la región anogenital, en la que solo el 6% de los pacientes presenta lesiones extragenitales aisladas; este porcentaje puede ser de hasta el 15% durante la infancia¹.

Presentamos una paciente en la que se produjeron lesiones de LE tras la picadura de una medusa en el contexto de un fenómeno de Koebner².

Mujer de 13 años de edad, sin antecedentes familiares de interés, que consultó por presentar una placa blanquecina, atrófica y pruriginosa en la región vulvar y el pliegue glúteo, junto con algunas pápulas blanquecinas e induradas dispersas por el tronco. Se realizó una biopsia cutánea que mostró hiperqueratosis ortoqueratósica en la epidermis, con atrofia y degeneración hidrópica de la capa basal junto a edema y homogenización del colágeno, con infiltrado focal perivascular en la dermis papilar compatible con LE. La paciente fue tratada con tacrolimus tópico, mejorando notablemente tras 4 meses. Un año más tarde, estando asintomática, sufrió una picadura de medusa, apareciendo al mes pápulas y

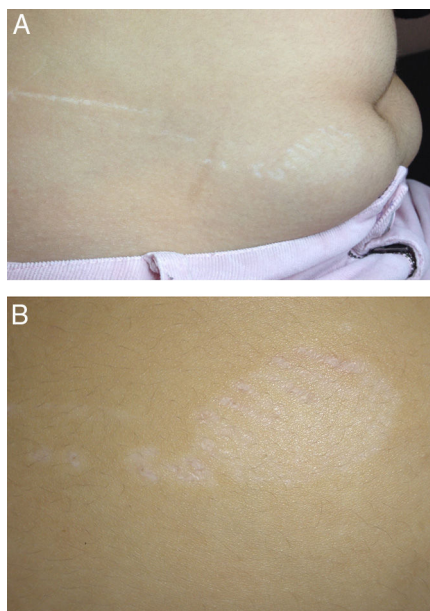


Figura 1 Visión frontal completa y más detallada. A. Papuloplaques de distribución flagelar de 17 cm de longitud situadas en el hemiabdomen derecho. B. Placa atrófica y blanquecina de 5 cm de diámetro máximo situada en el extremo de la lesión.

placas con una distribución flagelar de 17 cm de longitud en el hemiabdomen derecho clínicamente compatibles con lesiones de LE (fig. 1A) y muy probablemente originadas por el fenómeno de Koebner (fig. 1B). La paciente rechazó una nueva biopsia cutánea, siendo tratada con tacrolimus tópico con buena evolución. En la actualidad únicamente presenta pequeñas lesiones activas a nivel genital.

El LE puede ocurrir a cualquier edad, pero existen 2 picos de incidencia: la infancia y la posmenopausia en mujeres². Su localización más frecuente es el área anogenital y, aunque no es raro que se acompañe de localizaciones extragenitales, la participación de estas zonas con exclusividad es muy poco frecuente. Su etiología es desconocida, planteándose como posibles un origen hormonal, mecanismos autoinmunes, factores infecciosos como el virus del papiloma humano, la hepatitis C y la *Borrelia burgdorferi*, factores genéticos que se han relacionado con varios subtipos de HLA y traumatismos repetidos que se asocian a la aparición de nuevas lesiones debido al fenómeno de Koebner típico de esta entidad^{3,4}. El fenómeno de Koebner se explica por un daño dérmico y, especialmente, epidérmico, evento más importante en el desarrollo del mismo, inductor de un incremento de linfocitos CD4, citoquinas y moléculas de adhesión que determinarían la aparición de las lesiones propias de las entidades a las que se asocia, en este caso, de LE⁴. El tipo de lesión característica de este son las máculas y pápulas blanquecinas, de color marfil, muy bien delimitadas, que pueden confluír para formar placas, como ocurría en nuestro caso. Además, la presencia de orificios pilosebáceos dilatados y ocupados por tapones de queratina, la púrpura y las telangiectasias suelen ser signos característicos^{3,4}. En el diagnóstico diferencial en nuestro caso debemos tener en cuenta el liquen plano, el liquen simple crónico, el

vítligo y el liquen plano-like. Las enfermedades ampollasas que afectan a las mucosas, el penfigoide y las neoplasias intraepiteliales de pene y vulva son entidades a considerar en los casos de LE de localización anogenital^{5,6}.

Lo excepcional de nuestro caso es el modo en el que se producen las lesiones y la morfología que adoptan, al quedar marcados los tentáculos de la medusa. Las picaduras de este animal suelen producir reacciones locales agudas caracterizadas por quemazón y prurito, siendo las pápulas eritematosas o las pápulo-vesículas las lesiones más frecuentes, pudiendo acompañarse de reacciones vasculares y linfáticas regionales⁷. Las reacciones tardías, aunque menos frecuentes, no son raras; los queloides, las estrias pigmentadas, las lesiones liquenificadas, los granulomas, las ulceraciones y la necrosis son las que con más frecuencia suelen aparecer⁸. La gangrena, la atrofia grasa y las cicatrices retráctiles son menos características de esta entidad, aunque también están descritas en la literatura⁸. En nuestro caso las lesiones eran clínicamente compatibles con las propias del liquen escleroso, pero habían adoptado la morfología de los tentáculos de la medusa que las produjeron, constituyendo por tanto otra posible complicación tardía que hay que considerar en el diagnóstico diferencial de las picaduras de este animal⁸.

Bibliografía

- Lagerstedt M, Karvinen K, Joki-Erkkilä M, Huotari-Orava R, Snellman E. Childhood. Lichen sclerosus—a challenge for clinicians. *Pediatr Dermatol.* 2013;30:444–50.
 - Monteagudo Sánchez B, León Muiños E, Labandeira García J, Ginarte Val M, Used Aznar MM. Liquen escleroso con lesiones extragenitales y genitales. *An Pediatr (Barc).* 2006;64:397–8.
 - Fistaro SK, Itin PH. Diagnosis and treatment of lichen sclerosus: An update. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14:27–47.
 - Monteagudo B, Cabanillas M, Bellido D, Suarez-Amor O, Ramirez-Santos A, de la Cruz A. Liquen escleroso y atrófico en el lugar de inyección de insulina: fenómeno de Koebner inusual. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:563–5.
 - Funaro D. Lichen sclerosus: A review and practical approach. *Dermatol Ther.* 2004;17:28–37.
 - Murphy R. Lichen sclerosus. *Dermatol Clin.* 2010;28:707–15.
 - Abellaneda C, Navarra R, Martín-Urda MT, Gómez M. Medusa ¿picadura o tatuaje? *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:243–4.
 - Ghosh SK, Bandyopadhyay D, Haldar S. Lichen planus-like eruption resulting from a jellyfish sting: A case report. *J Med Case Rep.* 2009;3:7421.
- I. Pérez-López*, C. Garrido-Colmenero, G. Blasco-Morente y J. Tercedor-Sánchez

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ipl_elmadrono@hotmail.com
(I. Pérez-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.08.003>