

pertencen a ASIC (de hecho, disponemos de los nombres de los dermatólogos que atienden a aproximadamente un tercio del total de los pacientes españoles), por lo que los datos mostrarían una realidad parcial; por el otro, es lógico pensar que los dermatólogos que recomiendan la afiliación a ASIC estén más representados en la encuesta que los que no lo hacen. En cualquier caso, la proporción de dermatólogos, oftalmólogos y otorrinolaringólogos mencionados por un único paciente es muy llamativa y probablemente representativa de la realidad: la mayoría de los pacientes con ictiosis carecen de seguimiento multidisciplinar, y además son vistos por médicos que atienden muy pocos casos similares.

En las enfermedades raras la experiencia hace al maestro, pero este conocimiento solo se puede adquirir si los profesionales atienden a un número significativo de pacientes. La creación de centros de referencia oficiales facilitaría la derivación de los pacientes, conseguiría agrupar un número significativo de ellos y, en conjunto, ayudaría a mejorar su situación asistencial².

Bibliografía

- Hernández-Martín A, García-Doval I, Aranegui B, de Unamuno P, Rodríguez-Pazos L, González-Enseñat MA, et al. Prevalence of autosomal recessive congenital ichthyosis: A population-based study using the capture-recapture method in Spain. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:240-4.
 - Hernández-Martín A, de Lucas R, Vicente A, Baselga E, Morcillo-Makow E, Arroyo-Manzanal MI. Reference centers for epidermolysis bullosa and ichthyosis: An urgent need in Spain. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:363-6.
- A. Hernández-Martín^{a,*}, P. Dávila-Seijo^b, J.M. Soria de Francisco^c, M.I. Arroyo-Manzanal^d e I. García-Doval^e
- ^a Servicio de Dermatología, Hospital Infantil del Niño Jesús, Madrid, España
^b Departamento de Dermatología y Venereología. Umeå University Hospital. Umeå, Suecia, España
^c Miembro Directivo de la Asociación Española de Ictiosis (ASIC)
^d Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con Enfermedades Raras y sus familias, Burgos, España
^e Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: ahernandez_hnj@yahoo.es (A. Hernández-Martín).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.10.016>

Erupción cutánea como única manifestación de enfermedad descompresiva leve



Skin Rash as the Only Manifestation of Mild Decompression Sickness

La enfermedad descompresiva (ED) es un cuadro clínico caracterizado por la aparición de burbujas de gas inerte, en distintas localizaciones del organismo, ocasionadas por las modificaciones en la solubilidad de estos gases ante los cambios en la presión que se registran durante la inmersión¹.

Varón de 55 años de edad sin antecedentes personales o familiares de interés. Acude a la consulta con una erupción levemente pruriginosa que apareció horas después de haber practicado submarinismo de forma recreativa. A la exploración presentaba una erupción macular de aspecto purpúrico-violáceo en el tronco, que se realizaba en decúbito supino (fig. 1). La zona no mostraba crepitación. Se realizó una ecografía cutánea de la zona afectada que no mostró hallazgos significativos en dermis ni hipodermis. Sospechando una ED, realizamos una ecocardiografía que fue diagnóstica de foramen oval permeable de 9 mm de diámetro, uno de los factores predisponentes de esta entidad. La ausencia de cualquier otra sintomatología, la anamnesis detallada y los hallazgos de la ecocardiografía fueron decisivos para hacer el diagnóstico de ED leve. Por la ausencia total de cualquier otra sintomatología, la negativa del paciente para adoptar ninguna otra medida y la mejoría

clínica progresiva, se decidió seguir una actitud expectante y tratamiento sintomático sin realizar una biopsia cutánea. En la actualidad, el paciente está asintomático tras 2 semanas de evolución.



Figura 1 Erupción macular de aspecto purpúrico-violáceo reticular en abdomen. Imagen realizada 24 h tras la inmersión.

La ED se explica porque durante la inmersión aumenta la presión ambiente y se incrementa la presión parcial de los gases respirados (Ley de Dalton), con lo que se establece un gradiente de presión cuyo resultado es la acumulación de gases que permanecerían disueltos en el organismo, especialmente el nitrógeno¹. Al retornar a superficie, se invierte el sentido del gradiente produciéndose una sobresaturación de gas en el organismo. Esta, cuando supera cierto grado, propicia la formación de burbujas en diferentes localizaciones. Estas burbujas desencadenan una serie de respuestas que van a dificultar aun más la eliminación del gas, al favorecer la agregación plaquetaria, aumentar la permeabilidad y la vasoconstricción capilar. Existen una serie de factores predisponentes como son el ejercicio físico intenso antes, durante y después de la inmersión; el buceo en aguas frías (por la vasoconstricción que produce); hallazgos malformativos asociados, especialmente el foramen oval permeable² que puede estar presente hasta en el 40% de la población de manera asintomática (como en nuestro caso); comunicaciones arteriovenosas o cualquier otra alteración cardiocirculatoria; inmersiones sucesivas entre los 10 min a 12 h posteriores al primer episodio; obesidad por la mayor solubilidad del nitrógeno en el tejido adiposo; las exposiciones hipobáricas tras la inmersión, el sexo femenino y practicar inmersiones con escasa cadencia.

Se distinguen 2 variantes clínicas de ED. La tipo I, como la de nuestro caso, menos grave y caracterizada por la afectación cutánea en forma de erupción maculo-papulosa de aspecto purpúrico (en cuyo diagnóstico diferencial hay que contemplar las erupciones cutáneas de causa alérgica), artralgias o edemas. La tipo II más grave, con afectación neurológica, respiratoria y/o cardiocirculatoria que va a requerir un rápido diagnóstico y tratamiento del paciente pues, en este caso, una rápida actuación puede suponer una reducción importante de la morbimortalidad^{1,3-6}.

El tratamiento de soporte básico, en los casos de mayor gravedad, es el traslado a una cámara hiperbárica con O₂ al 100%, medida que no debe retrasar la realización de pruebas complementarias (hemograma, bioquímica completa, gasometría, electrocardiograma [ECG] o radiografía de tórax)^{1,6,7}. Puede ser necesario administrar fluidoterapia con suero fisiológico para tratar los estados de hipovolemia, así como antiagregantes para contrarrestar los fenómenos de agregación plaquetaria que propicia. Además, se deberán tratar otras complicaciones que puedan desarrollarse¹. En los casos leves, como el que presentamos, el tratamiento es sintomático siempre y cuando se haya descartado la

implicación de otros órganos, tras haber realizado las pruebas complementarias oportunas.

Concluimos que las manifestaciones cutáneas de la ED pueden ser el primer síntoma de una serie de acontecimientos asociados a una elevada morbimortalidad, especialmente si retrasamos la adopción de una serie de medidas diagnóstico-terapéuticas. Por tanto, la escasez de referencias en la literatura a esta manifestación cutánea de la ED no debe menospreciar la importancia que puede llegar a tener.

Agradecimientos

A Rosa Taberner por su asesoramiento.

Bibliografía

1. Moon RE. Hyperbaric oxygen treatment for decompression sickness. *Undersea Hyperb Med.* 2014;41:151-7.
2. Koch AE, Wegner-Bröse H, Warninghoff V, Deuschl G. Viewpoint: The type A- and the type B-variants of Decompression Sickness. *Undersea Hyperb Med.* 2008;35:91-7.
3. Koch AE, Kirsch H, Reuter M, Warninghoff V, Rieckert H, Deuschl G. Prevalence of patent foramen ovale (PFO) and MRI-lesions in mild neurological decompression sickness (type B-DCS/AGE). *Undersea Hyperb Med.* 2008;35:197-205.
4. Tasios K, Sidiras GG, Kalentzos V, Pyrasopoulou. A cutaneous decompression sickness. *Diving Hyperb Med.* 2014;44:45-7.
5. Oode Y, Yanagawa Y, Inoue T, Oomori K, Osaka H, Okamoto K. Cutaneous manifestation of decompression sickness: Cutis marmorata. *Intern Med.* 2013;52:2479.
6. Tlougan BE, Podjasek JO, Adams BB. Aquatic sports dermatoses. Part 2 - in the water: Saltwater dermatoses. *Int J Dermatol.* 2010;49:994-1002.
7. Kalentzos VN. Images in clinical medicine. Cutis marmorata in decompression sickness. *N Engl J Med.* 2010;10:e67.

I. Pérez-López*, G. Blasco-Morente, R. Ruiz-Villaverde 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.2014.11.010>

Mucormicosis cutánea primaria por *Saksenaeva vasiformis* en paciente inmunocompetente



Primary Cutaneous Mucormycosis Due to *Saksenaeva vasiformis* in an Immunocompetent Patient

Un varón de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y accidente vascular cerebral consultó por

una lesión necrótica en el antebrazo izquierdo con intensa inflamación de los tejidos blandos de alrededor, atribuida a una picadura cuyo agente causal se desconocía, sucedida en el campo durante una jornada de caza en el mes de julio. La úlcera progresaba a pesar de recibir tratamientos con doxiciclina oral y amoxicilina-clavulánico intravenoso, por lo que se administró antibioterapia intravenosa empírica de amplio espectro con imipenem y anfotericina B (fig. 1). En la biopsia de la lesión se observaron hifas ramificadas con tinción de hematoxilina-eosina en el tejido celular subcutáneo, necrosis e intenso infiltrado inflamatorio. En cuanto al estudio