

Aquellos pacientes con formas cutáneas de PAN con un aumento marcado de RFA se asocian más frecuentemente a placas inflamatorias y edema de piernas. Considerando esta asociación como una forma más grave de la enfermedad, se ha propuesto un abordaje terapéutico inicial más intenso para evitar la progresión hacia formas sistémicas⁴.

Aunque el uso de anti-TNF en las formas sistémicas no es excepcional, encontramos en la literatura muy pocos casos que requieran dicho tratamiento para controlar las formas cutáneas (tabla 1).

En conclusión, presentamos un caso de PAN cutánea con un patrón de respuesta inflamatoria sistémica, refractaria a tratamientos convencionales. Es fundamental sospechar esta enfermedad en pacientes con placas de extensión centrífuga, con nódulos en su interior, aunque inicialmente la histología no apoye el diagnóstico, sobre todo si asocian una reacción inflamatoria tan intensa que pueda enmascarar la vasculitis. Aquellas PAN cutáneas con RFA muy elevados a menudo van a requerir un manejo similar que las formas sistémicas, siendo el tratamiento con anti-TNF alfa una opción.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Morgan AJ, Schwartz RA. Cutaneous polyarteritis nodosa: A comprehensive review. *Int J Dermatol.* 2010;49:750–6.
- Diaz-Perez JL, Winkelmann RK. Cutaneous periarteritis nodosa. *Arch Dermatol.* 1974;110:407–14.
- Chen KR, Carlson JA. Clinical approach to cutaneous vasculitis. *Am J Clin Dermatol.* 2008;9:71–92.
- Kawakami T, Okudaira A, Okano T, Takeuchi S, Kimura S, Soma Y, et al. Treatment for cutaneous arteritis patients with mononeuritis multiplex and elevated C-reactive protein. *J Dermatol.* 2013;40:955–61.
- García-Porrúa C, González-Gay MA. Successful response to infliximab in a patient with undifferentiated spondyloarthropathy coexisting with polyarteritis nodosa-like cutaneous vasculitis. *Clin Exp Rheumatol.* 2003;21 6 Suppl 32:S138.
- Vega Gutiérrez J, Rodríguez Prieto MA, García Ruiz JM. Successful treatment of childhood cutaneous polyarteritis nodosa with infliximab. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:570–1.
- Bansal NK, Houghton KM. Cutaneous polyarteritis nodosa in childhood: A case report and review of the literature. *Arthritis.* 2010;2010:687547.
- Zoshima T, Matsumura M, Suzuki Y, Kakuchi Y, Mizushima I, Fujii H, et al. A case of refractory cutaneous polyarteritis nodosa in a patient with hepatitis B carrier status successfully treated with tumor necrosis factor alpha blockade. *Mod Rheumatol.* 2013;23:1029–33.
- Campanilho-Marques R, Ramos F, Canhão H, Fonseca JE. Remission induced by infliximab in a childhood polyarteritis nodosa refractory to conventional immunosuppression and rituximab. *Joint Bone Spine.* 2014;81:277–8.
- Valor L, Monteagudo I, de la Torre I, Fernández CG, Montoro M, Longo JL, et al. Young male patient diagnosed with cutaneous polyarteritis nodosa successfully treated with etanercept. *Mod Rheumatol.* 2014;24:688–9.

F. Tous-Romero^{a,*}, E. Rodríguez-Almaraz^b,
J.L. Rodríguez-Peralto^c y C. Postigo-Llorente^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fatimatousro@gmail.com
(F. Tous-Romero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.01.021>
0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Liquen plano palmoplantar: espectro de manifestaciones clínicas en un paciente



Palmoplantar Lichen Planus: The Spectrum of Clinical Manifestations in a Single Patient

Sra. Directora:

Una mujer de 43 años de edad, con antecedentes de obesidad y diabetes gestacional, fue remitida para valoración de unas lesiones pruriginosas en las piernas de 7 años de evolución, con curso fluctuante, y prurito persistente en las palmas. No tomaba fármacos de forma habitual. La exploración física mostró, en la cara anterior de las piernas, 2 placas eritematomarrónáceas hiperqueratósicas de aspecto esponjiforme, de 2-5 cm de diámetro, bien

definidas y rodeadas de un halo violáceo (fig. 1). Además, la paciente presentaba numerosas pápulas hiperqueratósicas puntiformes deprimidas confinadas a las líneas palmares (fig. 2). El examen de la mucosa oral reveló un reticulado blanquecino yugal y un empedrado conformado por pápulas blanquecinas en el dorso lingual. No se hallaron lesiones en la mucosa genital, las uñas o el cuero cabelludo. El estudio histológico de una placa hiperqueratósica de la pierna confirmó la sospecha clínica de liquen plano (LP) hipertrófico, y el de una lesión puntiforme palmar mostró, asimismo, rasgos histológicos típicos de LP. El análisis de sangre, que incluyó hemograma, bioquímica y serologías para VHB, VHC, lúes y VIH, fue normal o negativo.

La paciente consultó posteriormente la aparición de placas blanquecinas hiperqueratósicas maceradas y fisuradas en los pliegues interdigitales de los pies (fig. 3a). A pesar de que los cultivos fúngicos fueron repetidamente negativos, se inició terbinafina oral por alta sospecha clínica



Figura 1 Placa espongiforme pretibial con halo violáceo.



Figura 2 Queratosis punctata confinada a las líneas palmares.

de dermatofitosis. Dada la ausencia de mejoría al mes de tratamiento se realizó estudio histológico que demostró hallazgos característicos de LP. Finalmente se sumó al cuadro un endurecimiento progresivo palmoplantar con dolor intenso que dificultaba las actividades de la vida diaria y la deambulación; en la exploración se objetivaba una queratodermia palmoplantar difusa, más evidente en las áreas de presión

(fig. 3b), con presencia de pápulas rosadas confluentes en el borde de la queratodermia, confirmando de nuevo el estudio histológico la afectación por LP.

Según la literatura, la afectación palmoplantar predominante o exclusiva en el LP es infrecuente¹ y su presentación clínica difiere de la clásica. El mayor espesor de la capa córnea explica la ausencia de las características estrías de Wickham, al no permitir visualizar su correlato histopatológico, la hipergranulosis en cuña; además, no se observan las típicas pápulas violáceas poligonales, que solo se objetivan en ocasiones en el borde de las palmas y las plantas². Por el contrario, se ha descrito un amplio espectro de manifestaciones clínicas que incluye: queratodermia difusa, queratosis punctata, placas eritematodescamativas, lesiones pseudovesiculosas, petequiales, pápulas umbilicadas, lesiones ulceradas y máculas hiperpigmentadas³⁻⁶, siendo lo más frecuente el patrón eritematodescamativo o hiperqueratósico. No hemos encontrado previamente descrito el patrón tipo queratosis punctata confinado a las líneas palmares que presenta nuestro caso. Tal y como este ejemplariza, varios patrones pueden presentarse en un mismo paciente. Esta extensa variedad morfológica con ausencia de las clásicas pápulas de LP supone que, especialmente si la afectación palmoplantar es exclusiva, el diagnóstico clínico sea muy complejo. Según la serie más extensa publicada, la presencia de placas eritematodescamativas o hiperqueratósicas, de bordes bien definidos, localizadas en el arco plantar interno, sin afectación de pulpejos, muy pruriginosas y autolimitadas, constituye el rasgo más característico². La histología, que sí muestra a nivel palmoplantar los hallazgos clásicos de LP, es, por tanto, fundamental para el diagnóstico.

Aunque según Sánchez-Pérez et al.² la mayoría de las lesiones son autolimitadas, se han descrito casos recalcitrantes con respuesta variable al tratamiento con corticoides, retinoides, baños-PUVA, metotrexato, ciclosporina, dapsona o enoxaparina, entre otros^{7,8}. Nuestro caso apoya el carácter recalcitrante del LP palmoplantar, tras administrarse, con escasa respuesta, múltiples ciclos de corticoterapia tópica y sistémica, tazaroteno tópico, ciclosporina a dosis de 3 mg/kg/d (cuya eficacia no puede ser adecuadamente valorada por suspensión del tratamiento al mes debido a incumplimiento de seguimiento) y metotrexato a una dosis máxima de 20 mg/sem, con el que se encuentra actualmente. Llamativamente, pese a considerarse el

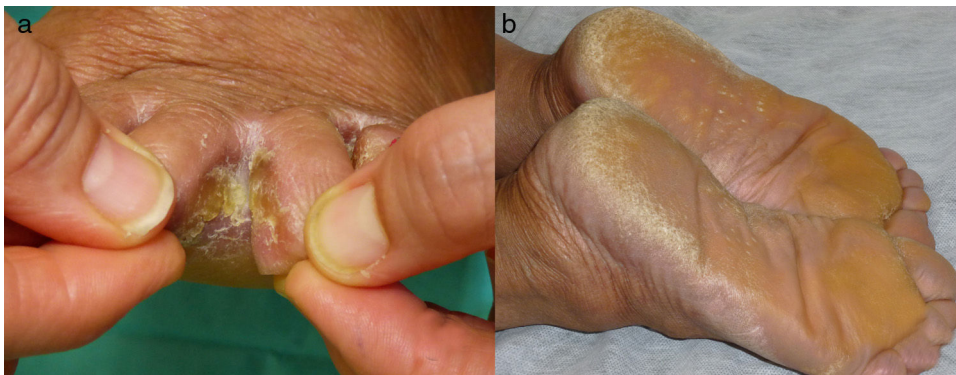


Figura 3 (a) Placa hiperqueratósica interdigital. (b) Queratodermia difusa plantar.

LP hipertrófico una de las variantes más refractarias, en nuestra paciente las lesiones de piernas respondieron excelentemente al tratamiento corticoideo.

En conclusión, se trata de una paciente con una variante inusual de LP que ejemplariza el amplio espectro clínico con que esta enfermedad puede presentarse a nivel palmoplantar. Así, presentó lesiones tipo queratosis punctata restringida a las líneas palmares, expresión clínica no descrita previamente, placas hiperqueratósicas interdigitales simulando una infección fúngica superficial, y queratodermia difusa palmoplantar con importante afectación de la calidad de vida. A pesar de considerarse generalmente autolimitado, nuestro caso mostró un curso recalcitrante, con lesiones plantares incluso más refractarias al tratamiento que las de LP hipertrófico. A nivel palmoplantar, la amplia variedad morfológica con ausencia de las clásicas pápulas de LP dificulta el diagnóstico, que debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las dermatosis hiperqueratósicas palmoplantares. La histología, que sí revela las características típicas del LP, es fundamental para el diagnóstico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece a la paciente cuyas imágenes se muestran en el trabajo su aceptación por escrito a que se publiquen dichas imágenes.

Bibliografía

1. Singh OP, Kanwar AJ. Lichen planus in India: An appraisal of 441 cases. *Int J Dermatol*. 1976;15:752–6.

2. Sánchez-Pérez J, Rios Buceta L, Fraga J, García-Díez A. Lichen planus with lesions on the palms and/or soles: Prevalence and clinicopathological study of 36 patients. *Br J Dermatol*. 2000;142:310–4.
3. Gutte R, Khopkar U. Predominant palmoplantar lichen planus: A diagnostic challenge. *Indian J Dermatol*. 2014;59:343–7.
4. Jiménez-Sánchez MD, Ferrándiz L, Moreno-Ramírez D, Vallejo-Benítez A, Camacho-Martínez F. Erosive palmoplantar lichen planus. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:448–50.
5. Kim MJ, Choi M, Na SY, Lee JH, Cho S. Two cases of palmoplantar lichen planus with various clinical features. *J Dermatol*. 2010;37:985–9.
6. Madke B, Doshi B, Wankhede P, Nayak C. Palmar lichen planus mimicking tinea nigra. *Indian J Dermatol*. 2013;58:407.
7. Yasar S, Serdar ZA, Goktay F, Doner N, Tanzer C, Akkaya D, et al. The successful treatment of palmoplantar hyperkeratotic lichen planus with enoxaparin. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011;77:64–6.
8. Rieder E, Hale CS, Meehan SA, Leger M. Palmoplantar lichen planus. *Dermatol Online J*. 2014;16:20.

S. Burillo-Martínez^{a,*}, F. Tous-Romero^a,
J.L. Rodríguez-Peralta^b y C. Postigo-Llorente^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sburillo@hotmail.com
(S. Burillo-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.01.019>
0001-7310/
© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Ecografía del síndrome linfoproliferativo primario cutáneo T CD4+ de célula pequeña/mediana



Ultrasound Appearance of Primary Cutaneous CD4+ Small/Medium-Sized T-Cell Lymphoproliferative Disorder

Sra. Directora:

Los linfomas primariamente cutáneos son neoplasias de baja incidencia en la población general. Al ser su presentación clínica tan variable, muchas veces suponen un diagnóstico inesperado para el dermatólogo. Si bien el diagnóstico de certeza de estas lesiones siempre va a requerir su estudio histopatológico, la ecografía cutánea se presenta como una herramienta más que puede ayudarnos a orientar el diagnóstico inicial de malignidad. Presentamos un caso de síndrome

linfoproliferativo primariamente cutáneo T CD4+ de célula pequeña/mediana (SLPTCPM) y sus hallazgos ecográficos.

Una mujer de 55 años con antecedentes personales de hipotiroidismo y dislipidemia acudió a urgencias por presentar una lesión escapular derecha pruriginosa que había experimentado rápido crecimiento en los últimos 2 meses. No había presentado fiebre, astenia, ni pérdida de peso. Negaba la presencia de lesiones previas o traumatismos.

A la exploración física presentaba en la región escapular derecha un nódulo eritematovioláceo, no adherido a planos profundos, de 2 × 1,5 cm de tamaño, de consistencia sólida y doloroso a la palpación (fig. 1). La maniobra de drenaje-aspiración realizada por cirugía de urgencias había descartado la presencia de colecciones líquidas. No presentaba adenopatías palpables ni hepatoesplenomegalia.

En la consulta de dermatología se realizó una ecografía cutánea de la lesión. Mediante una exploración en modo B (sonda 18 MHz Esaote MyLab™25Gold®) se objetivó la presencia de un nódulo dérmico de 20 × 15 × 11 mm, con extensión al tejido celular subcutáneo en profundidad. Este presentaba un contenido heterogéneo y no encapsulado, con