

M.M. Escudero-Góngora^{a,*}, L.J. del Pozo-Hernando^a,
O. Corral-Magaña^a y E. Antón^b

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

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmarescudero88@gmail.com
(M.M. Escudero-Góngora).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.08.015>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

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

Alopecia areata y pustulosis palmoplantar: informe de 4 casos



Alopecia Areata and Palmoplantar Pustulosis: Report of 4 Cases

Sra. Directora:

Hasta la fecha, los casos de alopecia en pacientes con pustulosis palmoplantar (PPP) son raros. A continuación, describimos 4 casos de alopecia en pacientes con PPP.

Durante estos 10 años, hemos diagnosticado a 128 pacientes con PPP (V:M=1:2) en nuestra unidad. De estos, 4 pacientes presentaban PPP y alopecia (3,1%). Todas eran mujeres con rangos de edades comprendidos entre los 39 y los 56 años (tabla 1). Tres pacientes habían desarrollado alopecia, previo al comienzo de la PPP, y la restante paciente había desarrollado alopecia 10 años antes del inicio de la PPP. Dos pacientes presentaban artro-osteítis pustulosa. Dos pacientes eran fumadoras y la otra, fumadora pasiva. En todos los casos se realizaron pruebas epicutáneas de sensibilización a metales. Tres pacientes no tuvieron reacción alguna, si bien una paciente tuvo una reacción positiva (+) al cinc, de conformidad con los criterios dispuestos por el Grupo Internacional de Investigación de Dermatitis de Contacto. Todas las pacientes presentaban alopecia areata en placas múltiples. No se observaron tipos graves de alopecia en sitios distintos del cuero cabelludo como pestañas y cejas. Las figuras representativas pueden consultarse en la figura 1. Los análisis de laboratorio realizados no revelaron anticuerpos antinucleares positivos ni anomalías tiroideas. Se llevó a cabo un análisis de infección focal en todos los casos, observándose caries dental en un caso e hipertrofia amigdalal en otro. Todos los casos recibieron tratamiento conservador para la alopecia. Se administró inmunoterapia tópica con dibutil éster del ácido escuárico (DBEAE) en un

caso (caso 1), y los demás casos recibieron tratamiento con corticosteroides tópicos o loción de cloruro de carpronio. De las 4 pacientes, el caso 1 fue resistente, si bien en las demás hubo una respuesta relativa a los tratamientos tópicos de la alopecia.

La tiroiditis, la diabetes mellitus, la hiperlipidemia y los trastornos psiquiátricos vienen, en ocasiones, acompañados de PPP. En cambio, existe un limitado número de informes sobre trastornos autoinmunes de la piel tales como vitiligo y alopecia. Anteriormente, Nakamura et al. describieron el caso de un paciente con PPP, alopecia total y tiroiditis de Hashimoto¹. En su caso, la alopecia era de carácter grave con compromiso de cuero cabelludo, cejas y pestañas, sugestivo de algún tipo de interacción inmunológica entre la PPP, la alopecia y los trastornos tiroideos. En cambio, nuestras 4 pacientes mostraron un tipo frecuente de alopecia areata en placas múltiples. Tanto la alopecia como la PPP están asociadas, a veces, a la tiroiditis autoinmune; no obstante, no se detectó tiroiditis autoinmune en ninguna de nuestras pacientes.

Parecido a lo que ocurre con la psoriasis, se ha sugerido, recientemente, que la ruta inflamatoria inducida por IL-23/IL-17 juega un papel importante en la PPP. Las interleucinas IL-17 y IL-22 se detectan cerca o en el *acrosyringium* de lesiones cutáneas con PPP y en niveles altos en suero de ambas citoquinas². La etiología de la alopecia areata es complicada, y recientes estudios sugieren predominio de Th1 y Th2, y compromiso de Th17^{3,4}. Se sabe que la psoriasis y la alopecia ejercen, mutuamente, efectos locales exclusivos como, por ejemplo, el efecto protector de las lesiones psoriásicas contra la pérdida de cabello⁵. Se plantea la posibilidad de que este fenómeno Renbök se deba al equilibrio local de diferentes subgrupos Th1/Th2/Th17, que amplificaría las citoquinas autosuficientes y suprimiría las rutas alternativas. Lo más probable es que el equilibrio inmunológico dependa de las diferentes fases de la enfermedad como, por ejemplo, las fases inicial y progresiva, o de enfermedades asociadas tales como dermatitis atópica, enfermedades

Tabla 1 Características de 4 pacientes con PPP y alopecia areata

Caso/edad/sexo	Tabaquismo	Tipo de alopecia	Precedente	Alergia a metales	Infección focal
1/54/M	+	Areata en placas múltiples	Alopecia	—	Caries dental
2/39/M	+	Areata en placas múltiples	Alopecia	—	—
3/56/M	—	Areata en placas múltiples	Alopecia	Cinc	Hipertrofia amigdalal
4/44/M	Fumadora pasiva	Areata en placas múltiples	PPP	—	—

M: mujer; PPP: pustulosis palmoplantar.



Figura 1 Se muestran figuras representativas. El caso 2 comenzó con lesión plantar de PPP (A) y alopecia areata (B).

autoinmunes y trastornos del tejido conectivo. En conclusión, la alopecia asociada a la PPP puede pasarse por alto, por lo que debe prestársele más atención a la alopecia en el examen clínico de un cuadro de PPP.

Bibliografía

1. Nakamura E, Yamamoto T, Satoh T, Nishioka K. Local recurrence of adult Spitz nevus. *J Dermatol.* 2004;31:353-5.
2. Murakami M, Hagforsen E, Morhenn V, Ishida-Yamamoto A, Iizuka H. Patients with palmoplantar pustulosis have increased IL-17 and IL-22 levels both in the lesion and serum. *Exp Dermatol.* 2011;20:845-7.
3. Giordano CN, Sinha AA. Cytokine pathways and interactions in alopecia areata. *Eur J Dermatol.* 2013;23:308-18.
4. Suárez-Fariñas M, Ungar B, Noda S, Shroff A, Mansouri Y, Fuentes-Duculan J, et al. Alopecia areata profiling shows T_H1 , T_H2 , and

IL-23 cytokine activation without parallel T_H17/T_H22 skewing. *J Allergy Clin Immunol.* 2015;136:1277-87.

5. Happle R, van der Steen P, Perret C. The Renbök phenomenon: An inverse Köbner reaction observed in alopecia areata. *Eur J Dermatol.* 1991;1:228-30.

T. Hiraiwa y T. Yamamoto*

Unidad de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Fukushima, Fukushima, Japón

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: toyamade@fmu.ac.jp (T. Yamamoto).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.022>
0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

Regresión completa espontánea del tumor primario en el carcinoma de células de Merkel



Complete Spontaneous Regression of the Primary Tumor in Merkel Cell Carcinoma

Sra. Directora:

El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor particularmente agresivo cuya incidencia ha aumentado significativamente en las últimas décadas¹⁻³. En 2008, se descubrió el poliomavirus de células de Merkel, que se

encuentra presente en el 80% de tumores⁴. A pesar de su agresividad, se han descrito aproximadamente 40 casos de regresión completa espontánea del CCM^{5,6}. A continuación exponen 2 pacientes que tras la biopsia del CCM presentaron regresión completa.

Un varón de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Cuatro meses antes de acudir a nuestra consulta inició una lesión nodular polilobulada de crecimiento rápido en la región parietal, de 3 cm de diámetro. También presentaba 2 pápulas de 4-5 mm situadas a 3-4 cm del tumor principal a nivel parietal derecho, indicativas de satelitosis (fig. 1a). La biopsia mostró una proliferación de células basófilas con tinción positiva para sinaptosina y negativa para citoqueratina 20. Mediante