

4. Flynn V, Chisholm C, Grimwood R. Topical nitroglycerin: A promising treatment option for chondrodermatitis nodularis helicis. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:531–6.
 5. Yélamos O, Dalmau J, Puig L. Condrodermatitis nodularis helicis tratada con éxito con nitroglicerina al 2% en gel. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:531–2.
 6. Sanz-Motilva V, Martorell-Calatayud A, Gutiérrez García-Rodrigo C, Hueso-Gabriel L, García-Melgares ML, Pelufo-Enguix C, et al. La utilidad de la nitroglicerina tópica al 0,2% en la condrodermatitis nodular del hélix. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:555–61.
 7. Kechichian E, Jabbour S, Haber R, Abdelmassih Y, Tomb R. Management of chondrodermatitis nodularis helicis: A systematic review and treatment algorithm. *Dermatol Surg.* 2016;42:1125–34.
 8. Bruns NM, Hessam S, Valavanis K, Scholl L, Bechara FG. Surgical treatment of chondrodermatitis nodularis helicis via a retroauricular incision. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015;13:1049–52.
 9. De Ru JA, Lohuis PJ, Saleh HA, Vuyk HD. Treatment of chondrodermatitis nodularis with removal of the underlying cartilage alone: Retrospective analysis of experience in 37 lesions. *J Laryngol Otol.* 2002;116:677–81.
 10. Puche JJ, García-Coret MJ, Villalba FL, Ali-Mahmoud I, Roig JV. Local treatment of a chronic anal fissure with diltiazem vs nitroglycerin. A comparative study. *Cir Esp.* 2010;87:224–30.
- A. de Quintana-Sancho^{a,*}, L. Carnero-González^b, R. González-Pérez^b y M. Drake-Monfort^a
- ^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Araba, Vitoria, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: adriandeq@gmail.com
 (A. de Quintana-Sancho).
- <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.10.019>
 0001-7310/
 © 2018 AEDV.
 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Coexistencia de lupus eritematoso túbido y lupus eritematoso discoide



Coexistence of Tumid Lupus Erythematosus and Discoid Lupus Erythematosus

Sr. Director:

El término lupus eritematoso túbido (LET) fue acuñado en 1909 por Hoffmann¹, siendo en 1930 cuando Gougerot y

Burnier² describieron los casos de 5 pacientes con un cuadro clínico similar consistente en lesiones faciales eritematosas, induradas, sin cambios en la superficie y no cicatriciales. Se trata de una entidad infraestimada en la literatura previa, que ha sido recientemente caracterizada como un subtipo de lupus eritematoso cutáneo (LEC) con unas características clínicas, fotobiológicas, histológicas y pronósticas particulares.

Una mujer de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial y tiroiditis de Hashimoto, consulta por la aparición hace 5 meses, en la época estival, de lesiones cutáneas asintomáticas a nivel facial, sin clínica sistémica asociada. Así

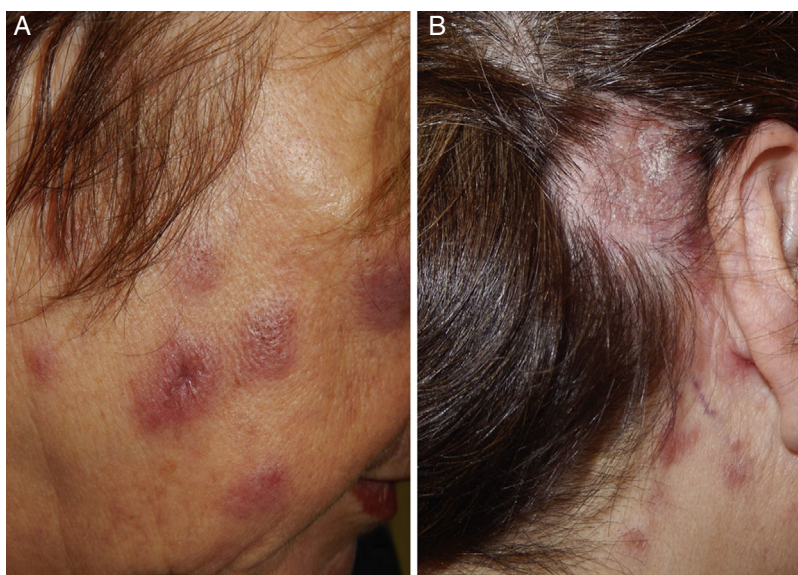


Figura 1 A) Placas eritemato-violáceas de aspecto suculento sin cambios en la superficie, localizadas a nivel facial. B) Placa eritemato-marrónácea, descamativa, alopécica a nivel del cuero cabelludo retroauricular.

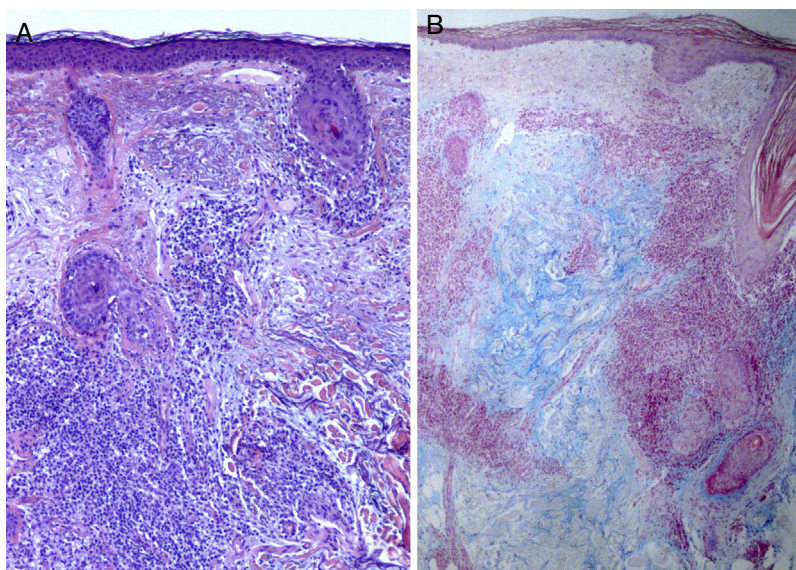


Figura 2 Biopsia de piel facial en la que se observa discreta atrofia epidérmica con moderado infiltrado linfocitario perivascular y perianexial y abundante depósito dérmico de mucina. A) Hematoxilina-eosina $\times 10$. B) Azul alcian $\times 4$.

mismo cuenta lesiones en cuero cabelludo, de mayor tiempo de evolución, que han empeorado coincidiendo con las lesiones faciales, y han asociado pérdida de cabello.

A la exploración se aprecian placas eritematosas, edematosas, de aspecto infiltrado, no descamativas, a nivel facial, cervical y tórax superior (fig. 1A). En cuero cabelludo se observan placas eritematosas, descamativas, alopecias, a nivel parietal y retroauricular derecho (fig. 1B).

La paciente había sido previamente valorada en otro centro, del cual aporta una analítica con anticuerpos anti-nucleares (ANA) de 1/320 y anticuerpos anti-Ro y anti-La negativos, con el resto de parámetros dentro de la normalidad, y una biopsia con resultado de linfocitoma cutis. Ante la sospecha de un proceso linfoproliferativo frente a un LEC, se realizan nuevas biopsias y analítica de control. En la nueva analítica se aprecia un descenso en el nivel de ANA a 1/80. El informe anatomopatológico de la lesión facial describe discreta atrofia epidérmica y un infiltrado linfocitario perivascular y perianexial, sin signos de dermatitis de interfase, con abundante depósito de mucina a nivel de la dermis (fig. 2) y la biopsia de cuero cabelludo se informa como compatible con lupus eritematoso discoide (LED) (fig. 3).

Con estos datos se realizó el diagnóstico de LEC, con coexistencia de lesiones de LET y discoide, y se inició tratamiento con fotoprotección, propionato de clobetasol al 0,05% e hidroxycloquina a dosis inicial de 400 mg/24 h y posterior mantenimiento con 200 mg/24 h, con mejoría clínica progresiva.

El LET parece afectar en igual proporción a mujeres y varones, con una edad media de entre 36,4 y 38,5 años^{3,4}. Clínicamente se caracteriza por la aparición en zonas fotoexpuestas de lesiones en forma de placas eritematosas de aspecto suculento, urticariformes, no descamativas, que curan sin dejar cicatriz ni hipopigmentación. Otros rasgos característicos son la mayor frecuencia de fotosensibilidad, demostrada por fototest, y el menor porcentaje de positividad para anticuerpos anti-dsDNA, anti-Ro/SSA y anti-La/SSB respecto a otros subtipos de LEC^{3,4}. Así mismo la

asociación con enfermedad sistémica parece ser muy rara, aunque posible, en estos pacientes^{4,5}. Con respecto a la histología, se observa en la dermis un infiltrado linfocitario perivascular y perianexial, y abundante depósito de mucina intersticial. La epidermis, en cambio, se encuentra intacta o muestra alteraciones leves, en contraste con otros subtipos de LEC, apareciendo en menor medida vacuolización de la basal, hiperqueratosis, atrofia epidérmica o taponamiento folicular⁶. El tratamiento con antipalúdicos sistémicos resulta efectivo en aproximadamente el 90% de los pacientes, frente al 50% de los pacientes con LED³. El diagnóstico diferencial debe realizarse, además de con los otros subtipos de LEC, con la erupción polimorfa lumínica, la infiltración linfocitaria de Jessner, la mucinosis reticular eritematosa y el seudolinfoma³. Dichas entidades poseen unas similitudes clínicas y microscópicas que dificultan el diagnóstico de LET. El diagnóstico diferencial y otras cuestiones, como la clasificación o las características microscópicas, siguen siendo objeto de controversia a día de hoy. Algunos autores cuestionan incluso el origen

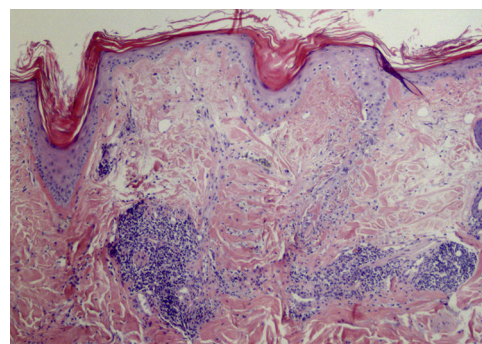


Figura 3 Biopsia de cuero cabelludo donde se observa dermatitis linfocitaria perivascular y perianexial con atrofia epidérmica con paraqueratosis y formación de tapones córneos en *ostiums* foliculares (hematoxilina-eosina $\times 20$).

del LET, dadas sus características diferenciales con otras formas de lupus, considerándolo una fotodermatosis fuera del espectro del LEC^{7,8}. Sin embargo, opinamos que actualmente existe evidencia en la literatura para considerar al LET un auténtico lupus, destacando la coexistencia de lesiones de LET y LED en algunos pacientes^{3-5,9,10}, como en el caso que nos ocupa. Nuestra paciente representa otro caso de LET asociado a LED, asociación que hemos encontrado en escaso número en la literatura, pero que pensamos ayudará a esclarecer algunas de las cuestiones todavía controvertidas del LET, lo que contribuirá a un diagnóstico más temprano de esta entidad y a un mejor manejo de estos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hoffmann E. Demonstrationen: Lupus erythematosus tumidus. *Derm Zeitschr.* 1909;16:159-60.
- Gougerot H, Burnier R. Lupus érythémateux 'tumidus'. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr.* 1930;37:1291-2.
- Kuhn A, Richter-Hintz D, Oslislo C, Ruzicka T, Megahed M, Lehmann P. Lupus erythematosus tumidus – a neglected subset of cutaneous lupus erythematosus: Report of 40 cases. *Arch Dermatol.* 2000;136:1033-41.
- Schmitt V, Meuth AM, Amler S, Kuehn E, Haust M, Messer G, et al. Lupus erythematosus tumidus is a separate subtype of cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 2010;162:64-73.

- Stead J, Headley C, Ioffreda M, Kovarik C, Werth V. Coexistence of tumid lupus erythematosus with systemic lupus erythematosus and discoid lupus erythematosus: A report of two cases of tumid lupus. *J Clin Rheum.* 2008;14:338-41.
- Cozzani E, Christana K, Rongioletti F, Rebora A, Parodi A. Lupus erythematosus tumidus: Clinical, histopathological and serological aspects and therapy response of 21 patients. *Eur J Dermatol.* 2010;20:797-801.
- Callen JP. Clinically relevant information about cutaneous lupus erythematosus. *Arch Dermatol.* 2009;145:316-8.
- Rodríguez-Caruncho C, Bielsa I. Lupus erythematosus tumidus: A clinical entity still being defined. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:668-74.
- Ruiz H, Sánchez JL. Tumid lupus erythematosus. *Am J Dermatopathol.* 1999;21:356-60.
- Lehrhoff S, Tzu J, Patel R, Sanchez M, Franks AG Jr. Lupus erythematosus tumidus with discoid lupus erythematosus-induced alopecia of the scalp. *Dermatol Online J.* 2011;17:24.

I. Abadías-Granado^{a,*}, J. Sánchez-Bernal^a,
F. Felipe-Berlanga^b y M. Ara-Martín^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabel.abadiasg@gmail.com
(I. Abadías-Granado).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.023>
0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

Artritis paradójica por ixekizumab en un paciente con psoriasis en placas



Paradoxical Arthritis Due to Ixekizumab in a Patient With Plaque Psoriasis

Sr. Director:

Un varón de 46 años diagnosticado de psoriasis en placas hace 27 años, que nunca había presentado clínica articular axial ni periférica. En los últimos años el paciente había respondido mal a la fototerapia UVBBE, metotrexato, ciclosporina, etanercept, adalimumab, ustekinumab e infliximab, y en el momento de la visita presentaba numerosas placas generalizadas (PASI 10), por lo que se decidió iniciar tratamiento con ixekizumab subcutáneo a la dosis habitual. Después de la primera dosis de 160 mg, el paciente refirió artralgias generalizadas migratorias que se intensificaron tras la segunda dosis de 80 mg, llegando a ser invalidantes, por las que se consultó de urgencia al reumatólogo. A la exploración física destacaba dolor e importante limitación de la movilidad de la columna cervi-

cal sin afectación de raquis lumbar ni de sacroilíacas (test de Schober normal y maniobras sacroilíacas negativas), dolor y limitación de cinturas escapular y pelviana, dolor y leve tumefacción de carpos, y dolor sin tumefacción en tobillos, rodillas y pequeñas articulaciones de los dedos de las manos. El número de articulaciones dolorosas (NAD28) era de 10 (carpos, rodillas, hombros, y segundas y terceras metacarpofalángicas bilaterales), y el número de articulaciones tumefactas (NAT28) era de 2 (carpos). Con estos hallazgos se diagnosticó de artritis paradójica y, de acuerdo con el paciente, se suspendió ixekizumab iniciándose tratamiento con prednisona oral 20 mg/día en pauta descendente hasta suspensión en 10 días, con la práctica resolución del cuadro articular. Al finalizar la pauta de corticoides se empezó tratamiento con secukinumab 300 mg a la dosis habitual, y tras 10 meses de seguimiento conjunto por parte de dermatología y reumatología, el paciente ha mejorado mucho de su psoriasis (PASI 1) sin presentar ningún efecto adverso ni síntoma articular.

Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal IgG4 humanizado que actúa neutralizando la IL-17A. Los datos de los ensayos clínicos muestran una alta eficacia para tratar pacientes con psoriasis en placas¹ y artritis psoriásica², con un perfil de seguridad aceptable³ y sin efectos adver-