

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Dermatopatía tiroidea de localización inusual



Thyroid Dermopathy in an Unusual Location

Sr. Director:

El mixedema localizado es una manifestación tardía de la dermatopatía tiroidea, secundaria principalmente a la enfermedad de Graves. Si bien la localización más frecuente es la región pretibial, puede afectar a los miembros superiores, el cuello y la cara. Suele ser autolimitado y puede tener implicación cosmética o, en algunos casos, generar alteraciones funcionales. Describimos una paciente con dermatopatía tiroidea localizada en la mano con una respuesta buena al tratamiento tópico con corticoides.

Caso clínico

Una mujer de 64 años, diagnosticada de enfermedad de Graves, consultó por una lesión pruriginosa localizada en el dorso de la mano izquierda, de 2 meses de evolución. La paciente tenía antecedentes de artritis reumatoidea en tratamiento con sulfasalacina y leflunamida. Seis años previos a la consulta había recibido yodo radiactivo por su patología tiroidea y se encontraba en tratamiento con levotiroxina por hipotiroidismo iatrogénico. Además, estaba en seguimiento por un mixedema pretibial desde hacía 3 años.

Al examen físico se observó una placa indurada ligeramente eritemato-edematosa, de límites difusos, afectando el área de la tabaquera anatómica y la región metacarpiana del 2.º y el 3.º dedo del dorso de la mano izquierda, de 8 x 3,5 cm (fig. 1). Se evidenciaba exoftalmos. En la analítica presentaba como único hallazgo reseñable unos niveles séricos de TSH levemente aumentados.

Se realizó una biopsia cutánea cuyo estudio histológico mostró una epidermis con una ortoqueratosis en cesta, en algunas zonas compacta, y una acantopapilomatosis (fig. 2). Mediante la tinción de azul alcian, se observaron depósitos de mucina entre los haces de colágeno de la dermis y un infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular escaso, compatible con un mixedema (fig. 3).

La lesión se trató con crema de clobetasol en oclusión y, al mes, presentó una mejoría clínica de la lesión, con disminución del edema y del prurito acompañante.



Figura 1 Placa indurada ligeramente eritematoedematosa, de límites difusos, sobre tabaquera anatómica y región metacarpiana de 2.º y 3.º dedo de dorso de mano izquierda.

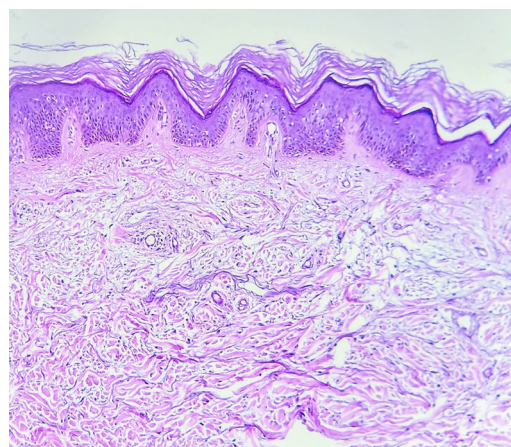


Figura 2 Hiperqueratosis y discreta acantopapilomatosis. Depósitos de mucina entre haces de colágeno a nivel de la dermis. (H&E 100x).

Discusión

Ord describió por primera vez en 1877 el término «myxoedema» (*myxo*: moco), ya que creía que las manifestaciones cutáneas en las enfermedades tiroideas se debían a la formación excesiva de moco en el tejido subcutáneo¹.

La dermatopatía tiroidea se encuentra dentro de las mucinosis cutáneas dérmicas². Si bien se utiliza usualmente el término mixedema pretibial, resulta más acertado emplear

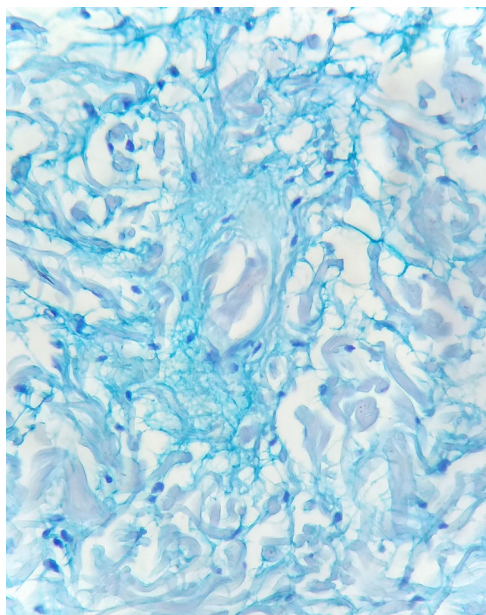


Figura 3 Tinción de mucina con técnica de azul alcian 400x.

la expresión dermatopatía tiroidea, ya que puede involucrar otras regiones.

Es una manifestación tardía de la enfermedad de Graves y ocurre en menos del 5% de los casos³. Se ha descrito en pacientes con otros trastornos tiroideos como el hipotiroidismo secundario al tratamiento de la mencionada enfermedad de Graves, así como de la tiroiditis de Hashimoto y, menos frecuentemente, en pacientes con una función tiroidea normal^{4,5}.

Es la segunda en frecuencia dentro de las manifestaciones extratiroideas (la primera es la oftalmopatía) y afecta más a mujeres en la sexta década de la vida⁶.

Si bien la fisiopatología es desconocida, se han postulado distintos mecanismos para explicar el cuadro. El mecanismo más aceptado es la presencia de anticuerpos contra los receptores de TSH que actúan sobre la activación de fibroblastos. También está descrita la participación del receptor del factor del crecimiento insulínico tipo 1 (*IGFR1*). Esto genera un aumento en la producción de glucosaminoglucanos dérmicos y, en consecuencia, su depósito en el tejido y la posterior formación de edema⁵⁻⁷.

La dermatosis consiste en unas placas y/o un edema que no deja fovea y suele ser bilateral. Puede ser de coloración variable: eritematosa, eritemato-violácea o color piel con una apariencia translúcida. Tiene un aspecto céreo y a la palpación es indurada con una acentuación de los folículos pilosos que da una apariencia clínica que recuerda la piel de una naranja. Puede estar asociada a prurito. Se presenta con mayor frecuencia en los miembros inferiores (mixedema pretibial) aunque, al igual que en nuestra paciente, puede comprometer otras regiones como los miembros superiores, la cara e incluso presentarse en cicatrices⁶⁻⁸.

En la mayoría de los casos, estas manifestaciones son asintomáticas o leves y se autolimitan resolviéndose en unos meses o años. El principal problema que ocasionan es de

tipo estético, pero en ocasiones pueden presentar un compromiso funcional y un malestar local⁷.

En la histología se puede observar la separación de las fibras de colágeno en la dermis debido al depósito de mucina, evidenciable con tinciones especiales como el azul alcian o el hierro coloidal. Asimismo, puede haber un infiltrado de linfocitos a nivel perivascular y mastocitos. En algunos casos más avanzados, se puede evidenciar papilomatosis, acantosis e hiperqueratosis.

Resulta controvertido si la normalización del eje tiroideo mejora las lesiones cutáneas, ya que no existe evidencia hasta la fecha que lo demuestre².

En caso de decidir tratarlo, bien por su implicación cosmética o cuando produce alteraciones funcionales, el tratamiento de elección son los glucocorticoides tópicos oclusivos, de mediana o alta potencia⁹.

Se han propuesto otras alternativas terapéuticas, algunas de ellas no estandarizadas, basadas en pequeñas series de casos o comunicaciones libres, entre las que se incluyen los corticoides sistémicos o intralesionales, el octreotido intralesional, la inmunoglobulina IV, la plasmáferesis, la isotretinoína o, incluso, la resección quirúrgica¹⁰.

El interés de la presentación radica en la topografía infrecuente de la dermatopatía tiroidea, con una buena evolución y respuesta favorable al tratamiento tópico instaurado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecer a la Dra G. Poppi y al Dr. C. Chiappe del Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital por la asistencia en los hallazgos histológicos y por facilitarnos las imágenes de la biopsia de piel.

Bibliografía

1. Ord WM. On myxoedema, a term proposed to be applied to an essential condition in the 'cretinoid' affection occasionally observed in middle-aged women. *Med Chir Trans.* 1878;71:57.
2. Morgado-Carrasco D, et al. Mucinosi cutáneas. *Piel.* 2019;34:282–93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2018.07.033>.
3. Rice SA, Peden NR, McGlynn S, Morton C. Atypical presentation of infiltrative thyroid dermopathy. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35:56–8, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2230.2008.03109.x>.
4. Schwartz KM, Fatourehchi V, Ahmed DD, Pond GR. Dermopathy of Graves' disease (pretibial myxedema): long-term outcome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:438–46, <http://dx.doi.org/10.1210/jcem.87.2.8220>.
5. Ai J, Leonhardt JM, Heymann WR. Autoimmune thyroid diseases: etiology, pathogenesis, and dermatologic manifestations. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:641–62, <http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2003.257>.
6. Alonso B, et al. Mixedema pretibial. *Dermatol Arg.* 2016;22:112–6.

7. Enz PA, et al. Induración de dorso de falanges y piernas en un paciente anciano. *Rev Hosp Ital B Aires*. 2011;31:68–70.
8. Missner SC, Ramsay EW, Houck HE, Kauffman CL. Graves' disease presenting as localized myxedema in a thigh donor graft site. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39 5 Pt 2:846–9, [http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622\(98\)70363-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622(98)70363-9).
9. Kriss JP. Pathogenesis and treatment of pretibial myxedema. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1987;16:409–15.
10. Kraus CN, Sodha P, Vaidyanathan P, Kirkorian AY. Thyroid dermopathy and acropachy in pediatric patients. *Pediatr Dermatol*. 2018;35:e371–4, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.13670>.

M.P. Bordón*, A. Campastri y G. Bendjuia

Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mpazbordon@gmail.com (M.P. Bordón).