

Lesión úlcero-vegetante y queratodermia punctata

Vegetating ulcer lesion and punctate keratoderma

Noelia Rodríguez,¹ Ana Paula Sánchez Stieb,² Liliana Olivares³ y Esteban Maronna⁴

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 58 años, oriundo de Colonia El Curundú (Chaco) donde vivió hasta los 20 años de edad, actualmente reside en el gran Buenos Aires. Enfermedad actual: lesión en palma derecha de 4 años de evolución, asintomática.

Examen físico: lesión úlcero-vegetante, de 4 cm de diámetro mayor, de bordes irregulares, base indurada y fondo sanioso, que provoca retracción e incapacidad para la extensión de los dedos (foto 1). Además observamos en dorso antebrazo izquierdo y en región aquileana derecha, lesiones eritematosas, de superficie escamocostrosa, de bordes irregulares, asintomáticas; en dorso superior, máculas redondeadas hipopigmentadas, que asientan sobre un fondo hiperpigmentado y queratodermia punteada en palmas y plantas (foto 2).

Exámenes complementarios: anemia normocítica, normocrómica. Dosaje de arsénico en orina de 24 hs: normal. RMN de mano derecha: proceso expansivo que compromete plano cutáneo-subcutáneo extendiéndose hacia el plano de los músculos flexores. PAN-TAC, sangre oculta en materia fecal y endoscopias digestivas: normales.

Estudio histopatológico: Lesión de dorso, antebrazo y región aquileana: hiperplasia epitelial con elongación de crestas interpapilares y desorganización epitelial, con macrocariosis que compromete todo el espesor del epitelio. Lesión de mano: en dermis nidos y cordones de células escamosas con focos de queratinización (foto 3) (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(6): 435-438).

Fecha de recepción: 11/05/2013 | **Fecha de aprobación:** 02/09/2013

¹ Médica de 1º año de la carrera de Médico Especialista en Dermatología, UBA

² Jefa de Residentes

³ Jefa de Unidad

⁴ Médico Dermatopatólogo, Servicio de Anatomía Patológica

Unidad de Dermatología, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz.

Correspondencia: Noelia Rodríguez: noe_rodriguezristol@hotmail.com.



Foto 1. Lesión úlcero-vegetante de base indurada.



Foto 2. Queratodermia punctata.

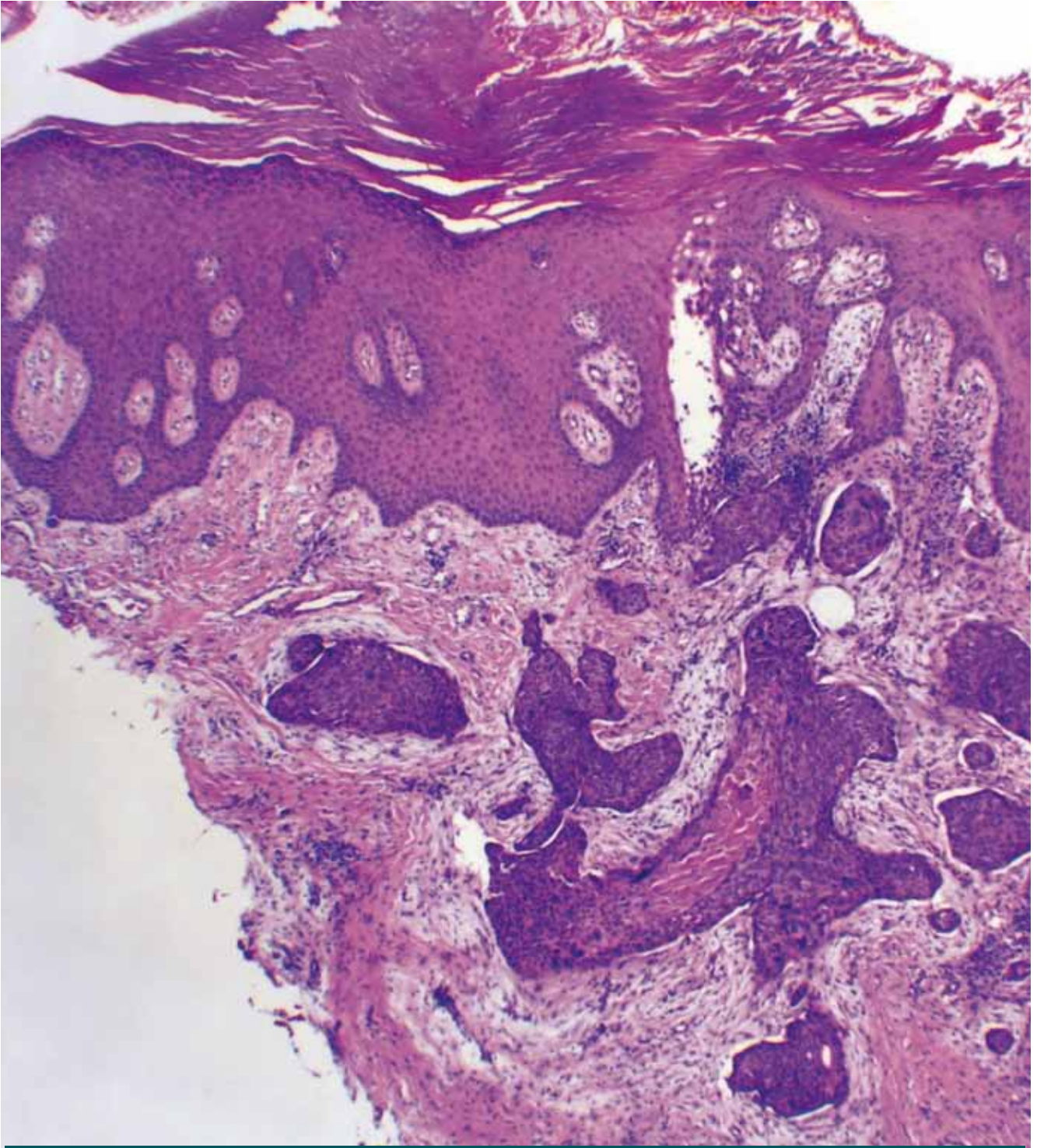


Foto 3. En dermis nidos y cordones de células escamosas con focos de queratinización.

Diagnóstico

Hidroarsenicismo crónico regional endémico (HACRE).

El mal de Bell Ville o hidroarsenicismo crónico regional endémico fue descrito por primera vez en la Argentina en 1913 por el Dr. Mario Goyenechea en habitantes de la ciudad de Bell Ville, provincia de Córdoba.^{1,2} Se desarrolla progresivamente, comprometiendo diversos órganos y sistemas, principalmente la piel. Se produce habitualmente de 1 a 15 años después de la ingesta de agua proveniente de napas con altos niveles de arsénico.³ No todos los individuos de una misma región expuesta al arsénico adquieren la enfermedad; se cree que debe existir una predisposición individual, determinada por una variabilidad genética en conjunto con una situación socioeconómica y nutricional deficitaria.⁴

El diagnóstico de HACRE se basa en los criterios diagnósticos de exposición crónica al arsénico (As): 1- Al menos 6 meses continuos de exposición a concentraciones de arsénico mayores a 50 ppb en agua de bebida, o exposición a altos niveles de arsénico por contaminación del aire o alimentos. 2- Manifestaciones cutáneas características de HACRE. 3- Manifestaciones no cancerígenas: debilidad, enfermedad respiratoria crónica, fibrosis portal no cirrótica del hígado con hipertensión portal o sin ella, neuropatía periférica, enfermedad vascular periférica, edemas de manos/pies. 4- Cáncer de piel: enfermedad de Bowen; carcinoma espinocelular; carcinoma basocelular (múltiples y en zonas no expuestas al sol) 5- As en pelo > 1 mg/kg y As en uñas 1,08 mg/kg, y/o As en orina >29.6 ug/g creatinina (considerando que no se hayan consumido mariscos).^{4,5} La determinación de arsénico en orina refleja la exposición reciente al mismo,

ya que la vida media es de alrededor de 4 días. En concentraciones más altas y hasta 100 días después de la exposición lo podemos detectar en pelos y uñas.⁵ Sin embargo debido a que el HACRE una enfermedad que continúa su proceso aún no estando expuesto el paciente; la detección As en el organismo puede ser negativa al momento del diagnóstico.⁶ En el caso del paciente presentado es de destacar que la exposición fue a edad temprana en Colonia El Curundú provincia del Chaco. Veinte años más tarde residiendo en el gran Buenos Aires surgen las manifestaciones clínicas de la enfermedad, con resultados negativos en la detección del arsénico. Se arribó al diagnóstico por el antecedente epidemiológico y la clínica. Desde el punto de vista dermatológico el tratamiento está dirigido a tratar los carcinomas y las queratodermias que pudieran existir. La mejor profilaxis es la provisión de agua potable a toda la población expuesta.

Bibliografía

1. Vallejo N. Arsénico. En: Astolfi, E. *Toxicología de Pregrado*. 2ª Ed. Buenos Aires: López; 1985:218-224.
2. Pégola F. Historia de las endemias en la Argentina: revisión en el bicentenario de mayo. 1ª Ed. Buenos Aires: Salud investiga; 2011:47-54.
3. Enrique E. Tello. Las manifestaciones cutáneas del hidroarsenicismo crónico regional endémico Argentino. *Arch. Argent. Dermat.* 1981. 31: 27-40.
4. Marini MA, Marini MG. *Carcinoma basocelular*. Ed, Alfaomega. Buenos Aires. 2009: 23-28.
5. García S. I. Hidroarsenicismo crónico regional endémico. Módulo de capacitación para atención primaria. *Programa de prevención y control de las intoxicaciones*. Ministerio de Salud de la Nación. 2011:1-68.
6. Nonna S. Epidemiología del hidroarsenicismo crónico regional endémico en la República Argentina. Estudio colaborativo multicéntrico. Unidad de Investigación y Desarrollo Ambiental. Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación. 2006: 1-200.



PERLAS DERMATOLÓGICAS

Lesión papilar inusual de la cara ventral de la lengua. Comunicación de un caso de angioqueratoma solitario de la cavidad oral.

Shah SS., Kurago Z. B. Unusual papillary lesion of the ventral tongue: Case report of solitary angiokeratoma of the oral cavity. *N Y State Dent J.* 2013, 79: 46-49.

Los angioqueratomas orales solitarios son lesiones vasculares poco frecuentes que se presentan como formaciones papilomatosas. En la mucosa oral hay que distinguirlos de los carcinomas espinocelulares y de lesiones por HPV. En el caso descrito aquí la lesión fue hallada en la zona ventral de lengua y

tratada quirúrgicamente, sin recidivas. Se pone en relevancia la búsqueda de alteraciones metabólicas subyacentes en estos pacientes, teniendo en cuenta a la enfermedad de Fabry y la fucosidosis.

Metotrexato como ahorrador de corticoides en pénfigo vulgar

Baum S., Greenberg S., Samuelov L., Salomon M., et al. - Methotrexate is an effective and safe adjuvant therapy for pemphigus vulgaris. *Eur J Dermatol* 2012, 22: 83-87.

El metotrexato en dosis de 15 mg semanales, añadido a corticoides vía oral, produjo mejoría en 6 meses de tratamiento y disminución de dosis, comparado con corticoides como única medicación.

Julieta Ruíz Beguerie

Alberto Woscoff