

# Hiperpigmentación reticular en muslos

## Reticular thigh hyperpigmentation

Marta Gabriela Delpero<sup>1</sup>, Marta María De la Torre<sup>2</sup>, Roxana Amante<sup>3</sup>, Silvia Salazar de Talamazzi<sup>4</sup>, Marcela Ortiz Mayor<sup>5</sup>

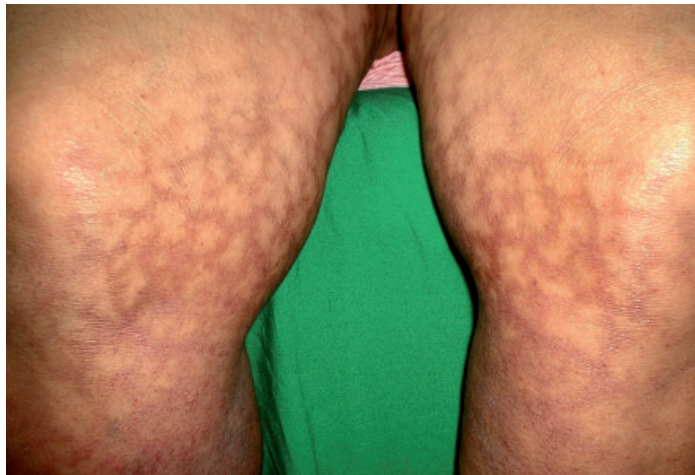
### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 52 años. Consulta a nuestro Servicio por presentar erisipela de miembro inferior derecho.

**Examen clínico:** se constata además la presencia a nivel de cara interna de ambos muslos y piernas de parches hiperpigmentados de configuración reticular, color tostado, asintomáticos, con una evolución de más de 20 años. La paciente refiere que las lesiones al comienzo eran evanescentes, tornándose permanentes sin presentar modificaciones hasta la actualidad. Antecedentes de exposición reiterada a fuente de calor, con brasero usado para cocinar (**Foto 1**).

**Histopatología (H-E):** fragmento de piel que exhibe leve hiperqueratosis, área de atrofia epidérmica leve, dermis papilar y reticular con aumento del número de capilares con dilatación de los mismos e hiperplasia del endotelio. Dermis con edema y leve aumento de la celularidad (**Foto 2**).

Dermatol Argent 2009;15(2):152-154.



**Foto 1.** Lesiones de configuración reticular en cara interna de muslos y piernas.

**Fecha de recepción:** 28/7/08 | **Fecha de aprobación:** 28/8/08

1. Concurrente de 3º año de Dermatología.
2. Concurrente de 2º año de Dermatología.
3. Jefa de concurrentes de Dermatología.
4. Jefa del Servicio de Dermatología del Hospital "Ángel C. Padilla".
5. Jefa del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital "Ángel C. Padilla".

### Correspondencia

Marta Delpero: San Juan 2497 - (4000) San Miguel de Tucumán - Provincia de Tucumán - Rep. Argentina | E-mail: dragdelpero@hotmail.com

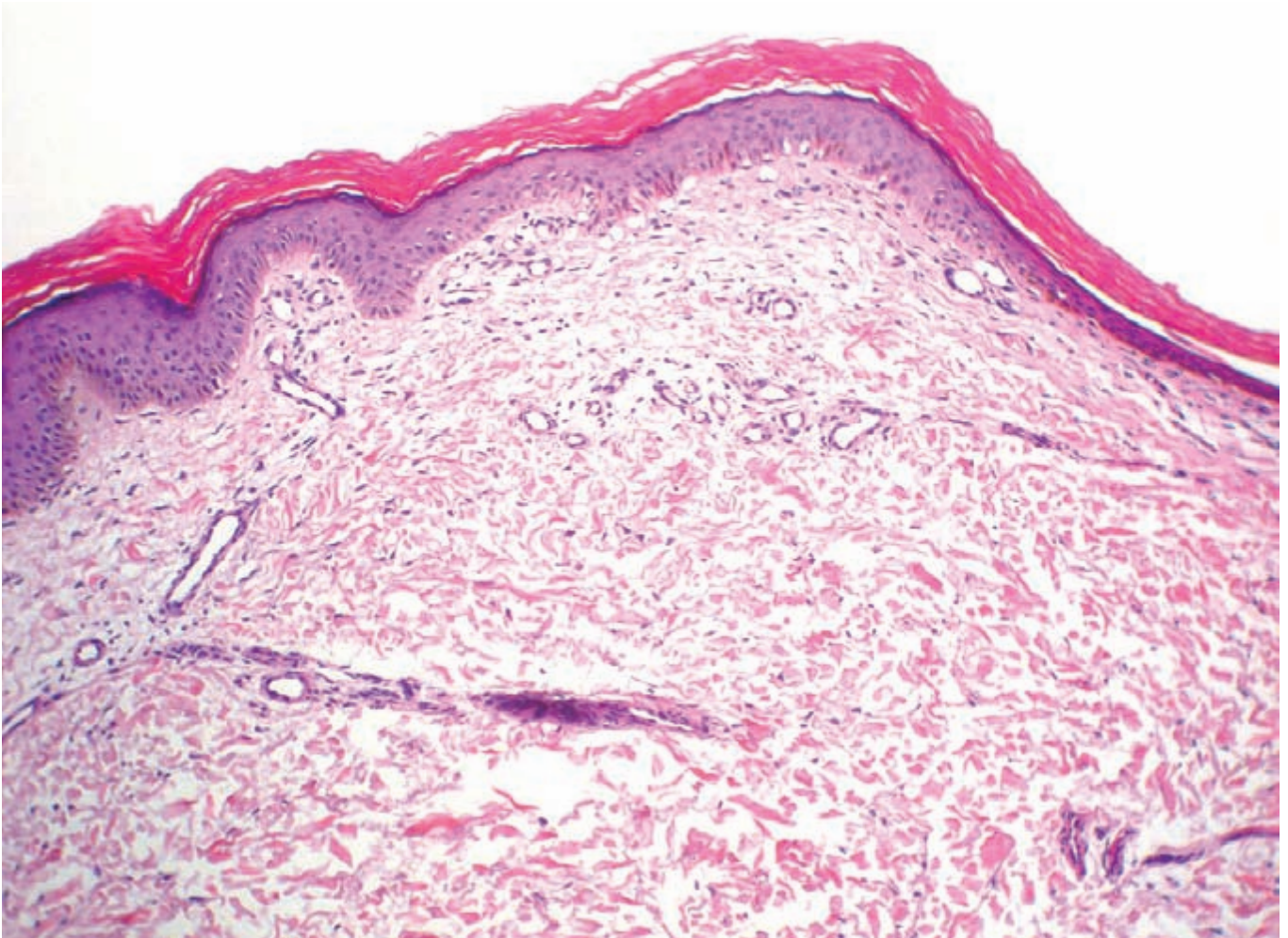


Foto 2. Histopatología.



### Metotrexato-betametasona en pulso oral semanal en la psoriasis

El metotrexato en la psoriasis ayuda a limpiar las lesiones, pero el problema es que la remisión es de corta duración. Para producir remisiones prolongadas, el metotrexato (MTX) ha sido combinado con betametasona. Un grupo de pacientes recibió semanalmente 15 mg de MTX y 3 mg de betametasona por vía oral, y otro grupo recibió 15 mg de MTX solamente, hasta que los scores se redujeron a un 95-100% de los del inicio. El seguimiento fue llevado a cabo hasta que hubo una recaída de las lesiones. Las conclusiones indican que el metotrexato, combinado con betametasona, aclaró las lesiones más rápido y con una remisión más prolongada que con el MTX solo.

Gupta R, et al.  
*J Dermatolog Treat* 2007;18:291-294.

⌋



### Opioides tópicos para úlceras dolorosas en la esclerodermia sistémica

Se trataba de un paciente de 75 años con esclerodermia sistémica y úlceras de los dedos y de la pierna, en el cual el tratamiento con opioides produjo una severa constipación e íleo.

El tratamiento de la úlcera de la pierna con diversas medicaciones fracasó. Se trató entonces con el gel de morfina al 0,5% cuatro veces por día. Con este tratamiento el score para el dolor disminuyó de 80 a menos de 40% en tres días, y no hubo necesidad de morfina subcutánea.

van Ingen IL, et al.  
*Ann Rheum Dis* 2008;67:427.

⌋

**Diagnóstico:** eritema *ab igne***Comentario**

El eritema *ab igne* era una patología común de observar en el pasado; actualmente es raro y se presentan pocos relatos en la literatura.<sup>1,2</sup> El eritema *ab igne* es producto de la exposición crónica a niveles moderados de calor. Las lesiones pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo.<sup>3,4</sup>

La radiación infrarroja puede ser producida a partir de diversas fuentes de calor, y la distribución de las lesiones dependerá de la radiación, el contacto con la piel y la interposición de la ropa.<sup>5</sup>

En el pasado era común observar lesiones de eritema *ab igne* en piernas de mujeres que se sentaban frente al fuego o calentadores.<sup>3,4</sup> También se describen exposición ocupacional a fuentes de calor, como en cara y manos de cocineros<sup>5,6</sup> y plateros. A nivel de piernas de barredores de chimeneas, con el uso de mantas térmicas o bolsas de agua caliente. Actualmente se han descrito lesiones de eritema *ab igne* por uso de computadoras portátiles<sup>7</sup> y recipientes de palomitas de maíz calentadas en microondas<sup>8</sup> como causantes de eritema por calor.

Es necesaria la exposición prolongada y repetida a temperaturas entre 45°-47° para provocar alteraciones a nivel de la piel.<sup>4,5</sup> La hipertermia cutánea alcanzada con la fuente de calor es capaz de provocar cambios en el ADN de las células escamosas *in vitro* pero es incapaz de producir quemaduras a nivel de la piel<sup>9</sup>. En un comienzo, las lesiones por calor se presentan con un patrón reticular transitorio con eritema suave y asintomático. Ante la exposición prolongada (por lo menos tres semanas) a la misma fuente de calor, el eritema se vuelve persistente con aparición de hiperqueratosis, atrofia, telangiectasias y en raras ocasiones ampollas subepidérmicas.<sup>10</sup> Algunos pacientes pueden referir sensación de dolor leve, inflamación, prurito o disestesias.

El diagnóstico de eritema *ab igne* es clínico, causa efecto, a través de las lesiones características y la asociación a exposición a una fuente de calor.

Se recomienda realizar biopsia para confirmación diagnóstica cuando la historia es poco clara o ante la sospecha de cambios degenerativos de las lesiones.

Los cambios microscópicos son similares a los observados en las queratosis actínicas con epidermis que muestra atipia,<sup>4</sup> atrofia, incontinencia de melanina y melanófagos presentes en la der-

mis superior. Se observa degeneración del colágeno y aumento relativo del tejido elástico. En dermis papilar hay telangiectasias. En algunos pacientes se demuestra hiperqueratosis, disqueratosis y queratinocitos atípicos.<sup>3,4,6</sup>

Las similitudes entre queratosis actínicas y térmicas sugieren que el calor puede inducir cambios epiteliales como resultado de mutación clonal, de la misma manera que la luz ultravioleta.<sup>11</sup>

El diagnóstico diferencial se debe plantear con livedo reticularis secundarias a enfermedades del colágeno, vasculitis livedoide y poiquilodermia atrófica vascular.

El pronóstico es bueno cuando se resuelve en forma temprana y se retira el agente causal. De no discontinuar la fuente de calor, las lesiones cutáneas evolucionan a hiperpigmentación bronceada y atrofia de la dermis permanente.

Se han informado casos raros de transformación maligna hacia carcinoma espinocelular y de células de Merkel.<sup>10</sup> Pueden aparecer aun después de 30 años.

El tratamiento es retirar la fuente de calor. Se puede realizar tratamiento tópico con 5 flurouracilo, hidroquinona, tretinoína.

**Referencias**

- Galvin S, Buchness MR. Rectangular reticulate patches on the pretibial areas. Erythema *ab igne*. Arch Dermatol 1990;126:386-387.
- Page EH, Shear NH. Temperature-dependent skin disorders. J Am Acad Dermatol 1988;18:1003-1119.
- Rosenstock L, Cullen MR. Clinical occupational medicine. Philadelphia: WB Saunders; 1982; 28-29.
- Shahrad P, Marks R. The wagers of warmth: changes in erythema *ab igne*. Br J Dermatol 1977;97:179-186.
- Kennedy CTC. Reactions to mechanical and thermal injury. In: Champion RL, Burton JL, Ebling FJG, editors. Textbook of dermatology. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1992; 777-832.
- Kligman LH, Kligman AM. Reflections on heat. Br J Dermatol 1984;110:369-375.
- Bilic M, Adams BB. Erythema *ab igne* induced by a laptop computer. J Am Acad Dermatol 2004;50:973-974.
- Donohue KG, Nahm WK, Badiavas E, Lil L, et al: Hot pop brown spot: erythema *ab igne* induced by heated popcorn. J Dermatol 2002;29:172-173.
- Flanagan N, Watson R, Sweeney E, Barnes L. Bullous erythema *ab igne* [letter]. Br J Dermatol 1996;134:1159-1160, 1163.
- Iacocca MV, Abernethy JL, Stefanato CM, Allan AE, Bhawan J. Mixed Merkel cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin. J Am Acad Dermatol 1998;39:882-887.
- Reed RJ, Leone P. Poroqueratosis: a mutant clonal keratosis of the epidermis. Arch Dermatol 1970;101:340-347.

**Presentación de trabajos**