

5. Rood JP. An unusual presentation of erythema migrans. *J Dent.* 1974;2:207-8.
6. Lucas VS, Challacombe SJ, Morgan PR. Erythema migrans: an unusual presentation. *Br Dent J.* 1993;175:258-9.
7. Flaitz CM. Ectopic erythema migrans in an adolescent with a skin disorder. *Ped Dent.* 2000;22:63-4.

E. Piqué-Duran^{a,*}, S. Palacios-Llopis^b y
J.A. Pérez-Cejudo^a

doi:10.1016/j.ad.2009.10.008

^aSección de Dermatología, Hospital Dr. José Molina
Orosa-Arrecife, Las Palmas, España

^bServicio de Patología, Hospital Dr. José Molina
Orosa-Arrecife, Las Palmas, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: epiqued@medynet.com
(E. Piqué-Duran).

Urticaria y mastocitosis: ¿tan frecuente como pensamos?

Urticaria and Mastocytosis: As Common as we Think?

Sr. Director:

En la práctica diaria, así como en los libros de texto dermatológicos clásicos, siempre se da por hecho que las urticarias son una manifestación frecuente de las mastocitosis y, de igual manera, las mastocitosis se consideran una causa de urticaria tanto aguda como crónica¹⁻⁵, pero es cierto que revisando la literatura no existen datos que avalen tal asociación.

En una revisión exhaustiva realizada mediante los buscadores Pubmed e IME (la búsqueda se ha realizado combinando las siguientes palabras clave: mastocitosis, telangiectasia macular eruptiva *perstans*, urticaria, Darier, dermatografismo) no existen datos en relación con el riesgo relativo de presentar urticaria en pacientes con mastocitosis cutánea, y hay pocos datos de pacientes con urticarias agudas o crónicas que se deban a una mastocitosis de base.

El único caso en que se hace mención directa a la asociación entre ambas entidades es el de Martín-Muñoz⁶, que describe a un niño de 5 años que presentaba un cuadro de urticaria crónica

de un año de evolución, que al realizar una biopsia cutánea se diagnosticó de mastocitosis tipo urticaria pigmentosa, siendo el resto del estudio (triptasa e histamina) normal, excepto una positividad en la prueba de punción cutánea para el olivo.

Se considera que el hecho de provocar el signo de Darier en pacientes con mastocitosis podría desencadenar un cuadro urticariforme, llegando a poder provocar un shock anafiláctico. A pesar de ello, en un estudio retrospectivo de causas de anafilaxia, de 601 pacientes, ninguno de ellos presentaba como antecedente una mastocitosis de base⁷.

El signo de Darier se considera una forma de dermatografismo típica de las mastocitosis, con una etiopatogenia común basada en la activación mecánica de la cascada inflamatoria, desencadenando la aparición de habones⁸, lo cual podría dejar de manifiesto la relación entre urticaria y mastocitosis.

Presentamos el caso de un paciente varón de 47 años que consultaba por la aparición de lesiones habonosas en zonas expuestas (en la cara y las manos sobre todo) cuando salía a la calle con frío, cuando tocaba recipientes fríos o agua tanto fría como caliente. Además, refería sensación de prurito faríngeo cada vez que bebía bebidas frías (tanto agua como otro tipo de refrescos). A la exploración física se detectaron unas lesiones telangiectásicas en la parte alta del tórax y la espalda, además de en los hombros (fig. 1). Se realizaron pruebas de provocación con cubito de hielo (fig. 2) y agua (fig. 3) tanto fría como caliente, siendo positiva la prueba con hielo y con agua fría con formación de habones, mientras que las realizadas con agua caliente, con



Figura 1 Telangiectasias en el escote, sobre la piel sana.



Figura 2 Placa habonosa en el brazo derecho tras aplicar un cubito de hielo.



Figura 3 Placa habonosa en el brazo contralateral tras aplicar agua.

calor y con luz, la prueba de esfuerzo, el dermografismo y el signo de Darier fueron negativos. Se realizó una biopsia de las lesiones del tronco en las que se objetivó una piel con ligeras dilataciones vasculares superficiales, acompañadas de mastocitos aislados, que forman pequeños grupos de 7 u 8 alrededor de los vasos, compatible con telangiectasia macular eruptiva *perstans*. Se hizo un estudio para descartar afectación sistémica (triptasa sérica, densitometría ósea, biopsia de médula ósea) siendo todas las pruebas normales. Por tanto, nos encontramos con un paciente con una mastocitosis cutánea tipo telangiectasia macular eruptiva *perstans*, que además presentaba una urticaria *a frigore*. Actualmente nuestro paciente está en tratamiento con ciproheptadina 4mg/8h, con control parcial de los brotes, ya que siguen apareciendo habones

al exponerse al frío, pero siendo estos de menor duración e intensidad.

La asociación de este tipo de mastocitosis con urticarias físicas no ha sido descrita con anterioridad, siendo un ejemplo de mastocitosis que se complica con urticaria *a frigore*, pudiendo ser esta asociación puramente fortuita.

Bibliografía

1. Mestre-Deharo C, Sayag J. Urticaria and angioedema caused by mastocytosis. *Allerg Immunol.* 1993;25:344-5.
2. Horan RF, Schneider LC, Sheffer AL. Allergic skin disorders and mastocytosis. *JAMA.* 1992;268:2858-68.
3. Mchet L, Wattier H, Vaillant L. Urticaria and systemic diseases. *Ann Dermatol Venereol.* 2001;128:1156-60.
4. Stafford CT. Urticaria as a sign of systemic disease. *Ann Allergy.* 1990;64:264-70.
5. Marquardt DL, Wasserman SI. Mast cells in allergic diseases and mastocytosis. *West J Med.* 1982;137:195-212.
6. Martín-Muñoz F, Vilchez MA, García PG, Sepulveda CM, Esteban MM. Urticaria developing into mastocytosis. *Allergy.* 2000;55:583-4.
7. Webb LM, Lieberman P. Anaphylaxis: a review of 601 cases. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2006;97:39-43.
8. Kiopelidou D, Gaitanis G, Bassukas ID. Darier's sign: a model for studying dermographism. *Indian J Dermatol Venerol Leprol.* 2008;74:271-2.

V. Monsálvez*, I. García-Cano, L. Fuente, J. Ortiz de Frutos y F. Vanaclocha

Servicio de Dermatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monsalvezhonrubia@hotmail.com (V. Monsálvez).

doi:10.1016/j.ad.2009.11.009

Metaplasia mucinosa de pene asociada a balanitis de Zoon

Mucinous Metaplasia of the Penis Associated With Zoon's Balanitis

Sr. Director:

La metaplasia mucinosa (MM) del área genital es una hallazgo escasamente descrito en la literatura¹⁻⁵. Se caracteriza por la presencia de células que contienen mucina en el epitelio escamoso del área genital, tanto en zonas de piel como de la mucosa. Se ha descrito asociada a diferentes patologías del área genital. Presentamos un paciente con una MM asociada a balanitis de Zoon.

Se trata de un varón de 37 años, no circuncidado, ingresado en el Servicio de Hematología de nuestro hospital por una pancitopenia con hipoplasia medular asociada a

hepatitis, probablemente secundaria a infección por el parvovirus B19. No presentaba otros antecedentes de interés. Durante el ingreso consultó con nuestro Servicio por la presencia, desde hacía varios meses, de una placa eritematosa, de superficie lisa y brillante, de bordes irregulares pero bien definidos, extensa, que alcanzaba la parte más proximal del glande y la cara interna del prepucio rodeando prácticamente toda la circunferencia del pene. En algunas zonas, especialmente alrededor del frenillo, se podían observar áreas erosivas (figs. 1 y 2). La lesión era asintomática, aunque refería que en algunas ocasiones había sangrado. No evidenciamos exudado uretral. En una biopsia del glande se podía observar una mucosa con erosión focal y un denso infiltrado inflamatorio en el corion superficial con abundantes células plasmáticas. En las áreas más superficiales del epitelio escamoso conservado se identificaban células caliciformes aisladas o constituyendo pequeños agregados (fig. 3 A). Se verificó el componente mucinoso con la positividad para PAS y azul alcian a pH 2,5 (fig. 3 B). Con el diagnóstico de balanitis plasmocelular de Zoon asociada a metaplasia mucinosa se inició el