



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Medusa, ¿picadura o tatuaje?

Jellyfish Sting or Tattoo?

Sr. Director:

Las medusas son animales invertebrados marinos. Se dividen en 4 grupos: hydrozoa (carabela portuguesa), scyphozoa (medusa verdadera), cubozoa (*Chironex fleckeri* o avispa de mar, considerada la más tóxica) y anthozoa (anémonas marinas y corales)¹. Las medusas son las responsables más frecuentes de los envenenamientos adquiridos en los baños en el mar. Las medusas poseen tentáculos formados por células urticantes, o nematocistos, que usan para capturar presas y como forma de defensa. Estas células contienen una cápsula con un filamento tóxico. Al contacto con una presa los filamentos inyectan el veneno. La toxicidad de la picadura de la medusa varía según la especie. La mayoría de las medusas que encuentran los bañistas provocan picaduras dolorosas y con una sensación de ardor, que suelen ser pasajeras. Sin embargo, se aconseja a los bañistas inmediatamente salir del agua, porque existe la posibilidad de padecer un shock anafiláctico y ahogarse.

Presentamos el caso de una mujer de 46 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consultó por presentar una lesión cutánea en pierna derecha de 24 h de evolución que le había apercido tras un baño en el mar. La paciente explicaba que el cuadro empezó en forma de un dolor urente y brusco y en unos minutos empezaron a aparecer los signos propios de la inflamación. Debido a que las molestias no remitían sino que progresaban acudió a la consulta.

En la exploración física presentaba pápulas eritematosas confluyentes dibujando la forma de una medusa y una ligera inflamación del tejido perilesional y subyacente (fig. 1). El resto de la exploración física resultó normal. Con el diagnóstico inicial de picadura de medusa no complicada se pautó una crema de corticoide de potencia media y anti-histamínicos orales. Sin embargo, la inflamación continuó progresando hasta provocar una celulitis secundaria que abarcó prácticamente toda la pierna y que obligó a pautar antibióticos y antiinflamatorios sistémicos. A los 15 días la inflamación había remitido dejando una leve hiperpigmentación residual que se resolvió espontáneamente en los meses siguientes.

Las reacciones que aparecen tras el envenenamiento por medusas se dividen en 3 grupos: reacciones alérgicas inmediatas, reacciones tóxicas inmediatas y alérgicas retardadas². La muerte por picadura aparece por un mecanismo de hipersensibilidad o por efecto de varias toxinas sobre el sistema cardiovascular, respiratorio o hepático³.

Las reacciones locales inmediatas sobre la piel afecta por picadura de medusas se caracterizan por quemazón y prurito. La intensidad de estos síntomas difiere según las distintas especies. La afectación del tejido blando perilesional es común. Es frecuente el patrón de presentación en forma de pápulas eritematosas y pápulo-vesículas en «latigazo».

También han sido referidas reacciones vasculares (en forma de isquemia por vasoespasmo y tromboflebitis de los vasos subyacentes) y linfáticas regionales (en forma de inflamación de los ganglios locorreionales).

Otras reacciones menos comunes comunicadas son el angioedema, las reacciones recurrentes, las dermatitis de contacto y la urticaria papular.

Las reacciones retardadas y las persistentes, aunque son poco conocidas, no son infrecuentes^{4,5}.

El tratamiento médico depende del tipo de reacción. En las reacciones cutáneas no complicadas se realiza tratamiento sintomático con corticoides tópicos y anti-histamínicos orales con buena respuesta en pocos días.



Figura 1 Placa inflamatoria en la pierna en la que se dibuja la forma de la medusa.

En cuanto a los consejos a pie de playa lo más importante es tener en cuenta las medidas encaminadas a evitar la liberación de las sustancias urticantes: evitar frotar la zona, evitar limpiar la zona con agua dulce (sí con agua salada), evitar el contacto directo con hielo (sí es útil aplicar hielo usando una bolsa de plástico), evitar aplicar sobre la zona orina o bebidas alcohólicas (ya que pueden cambiar el pH y activar los nematocistos). La aplicación de vinagre, solución concentrada 1:1 de bicarbonato sódico o solución saturada de sulfato magnésico en una solución de cloruro sódico es útil dependiendo de la especie de medusa que ha originado la picadura.

Las reacciones por picadura de medusas son muy frecuentes en época estival en nuestro litoral. Por este motivo, y aunque éstas suelen ser locales y pasajeras, consideramos que es importante saber manejarlas y conocer la existencia de otras reacciones menos comunes para poder diagnosticarlas de forma correcta y tratarlas precozmente.

Bibliografía

1. Cheng D, Dattaro JA, Yakobi R: Jellyfish stings. *emedicine*. [consultado 29/4/2010]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/derm/topic199.htm>.
2. Sintuu C, Richard AJ: Coelenterate and jellyfish envenomations. *emedicine*. [consultado 29/4/2010]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/emerg/topic199.htm>.
3. Burnett JW, Calton GJ, Burnett HW. Jellyfish envenomation syndromes. *J Am Acad Dermatol*. 1986;14:100-6.
4. Reed KM, Bronstein BR, Baden HP. Delayed and persistent cutaneous reactions to coelenterates. *J Am Acad Dermatol*. 1984;10:462-6.
5. Veraldi S, Carrera C. Delayed cutaneous reaction to jellyfish. *In J Dermatol*. 2000;39:28-9.

C. Abellana*, R. Navarra, M.T. Martín-Urda y M. Gómez
Servicio de Dermatología, Hospital Municipal de Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: cabellana@comb.cat (C. Abellana).

doi:10.1016/j.ad.2011.02.020

Síndrome multiorgánico autoinmune paraneoplásico asociado a linfoma folicular

Follicular Lymphoma With Paraneoplastic Autoimmune Multiorgan Syndrome

Sr. Director:

Introducción

El pénfigo paraneoplásico (PP) es una entidad poco frecuente descrita por primera vez por Anhalt et al en 1990¹. Es una enfermedad autoinmune de la piel y mucosas asociada a una neoplasia, generalmente de origen linfoide. Dado que presenta compromiso de varios órganos además del cutáneo y que los mecanismos fisiopatogénicos que intervienen en las lesiones mucosas, cutáneas y de órganos internos no se limitan a la presencia de autoanticuerpos específicos contra las moléculas de adhesión, Nguyen et al propusieron en el año 2001 el término síndrome multiorgánico autoinmune paraneoplásico (SMAP)².

Se presenta un paciente con SMAP asociado a un linfoma no Hodgkin.

Caso clínico

Varón de 69 años con antecedentes personales de accidente vascular cerebral y diabetes mellitus tipo 2 que consultó por erosiones y úlceras orales de 6 meses de evolución.

Al examen físico destacaba una glositis erosiva, queilitis, conjuntivitis pseudomembranosa así como una queratitis erosiva. El paciente presentaba además lesiones eritematodescamativas en la cabeza, maculopápulas y placas eritematovioláceas en tronco y piernas, hiperqueratosis con fisuras palmoplantares y lesiones erosivas en glande y escroto (figs. 1 y 2), todas ellas aparecidas dos meses antes de la consulta.



Figura 1 Lesiones maculopapulosas eritematovioláceas, confluentes en placas localizadas en espalda.