

de la epidermis del lecho ungueal en la formación de una parte de la lámina ungueal, mientras que las pequeñas líneas longitudinales se explican por la afectación de la matriz ungueal<sup>4</sup>.

A diferencia de la histopatología habitual de los NMC, en la que predomina un componente dérmico, los NMC subungueales y periungueales se caracterizan por ser proliferaciones melanocíticas fundamentalmente junturales. En nuestro caso existían además melanocitos aislados intraepidérmicos.

El diagnóstico diferencial debe considerar entidades de orígenes variados tales como lesiones melanocíticas (lentigo ungueal, nevus de matriz ungueal, nevus azul subungueal, melanoma acral ungueal), pigmentación étnica, pigmentación por fármacos, trastornos endocrinológicos, traumatismos y hemorragias<sup>5</sup>. El estudio histológico de la lámina ungueal permite establecer de forma fácil y no traumática el origen melánico o hemático de los depósitos pigmentarios ungueales. En los NMC subungueales la presencia inicial de pigmento periungueal proximal puede confundirse con el signo de Hutchinson o pseudo-Hutchinson propios de los melanomas acrales y nevus de la matriz ungueal respectivamente<sup>6</sup>. No obstante, la ausencia de una melanoniquia estriada abigarrada y la presencia de glóbulos pigmentados son hallazgos que van más a favor del diagnóstico de NMC.

A menudo el estudio histológico de las lesiones melanocíticas acrales y subungueales, sobre todo en los casos pediátricos, no permite excluir el diagnóstico de melanoma, tanto por la toma de biopsias parciales como por las características particulares de los nevus melanocíticos acrales infantiles, que pueden presentar atipia nuclear aislada e incluso distribución pagetoide de algunos melanocitos<sup>7</sup>. Por ello, ante una melanoniquia con características sugestivas de malignidad (banda de pigmento ancha, signo de Hutchinson, características dermatoscópicas irregulares, paciente de piel oscura) la lesión debe ser totalmente extirpada<sup>5,7,8</sup>.

Así pues, el manejo de las lesiones pigmentadas ungueales está condicionado por la sospecha del poco frecuente, aunque muy grave, melanoma lentiginoso acral infantil<sup>9,10</sup>. El seguimiento dermatoscópico y clínico debería reservarse para lesiones con signos de bajo riesgo (bandas estrechas, características dermatoscópicas regulares, ausencia de modificaciones en el tiempo). En estos casos el seguimiento periódico exhaustivo (mediante estudio dermatoscópico y almacenaje de imágenes) parece la opción más adecuada, ya que evita las potenciales secuelas estéticas y funcionales de una exéresis/biopsia<sup>5,7,8</sup>.

En conclusión, presentamos el tercer caso de NMC subungueal y periungueal descrito en la literatura. El conocimiento de esta entidad puede contribuir a evitar tratamientos agresivos (exéresis amplia, amputación) derivados del sobrediagnóstico de melanoma acrolentiginoso infantil.

## Agradecimientos

Al Dr. Antonio Torrelo, del Hospital Niño Jesús de Madrid.

## Bibliografía

1. Coskey RJ, Magnell TD, Bernacki Jr EG. Congenital subungual nevus. *J Am Acad Dermatol.* 1983;9:747-51.
  2. Libow LF, Casey TJ, Varela CD. Congenital subungual nevus in a black infant. *Cutis.* 1995;56:154-6.
  3. Changchien L, Dusza SW, Agero AL, Korzenko AJ, Braun RP, Sachs D, et al. Age- and site-specific variation in the dermoscopic patterns of congenital melanocytic nevi: an aid to accurate classification and assessment of melanocytic nevi. *Arch Dermatol.* 2007;143:1007-14.
  4. Johnson M, Shuster S. Continuous formation of nail along the bed. *Br J Dermatol.* 1993;128:277-80.
  5. Braun RP, Baran R, Le Gal FA, Dalle S, Ronger S, Pandolfi R, et al. Diagnosis and management of nail pigmentations. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:835-47.
  6. Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viallard AM, Barrut D, et al. Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol.* 2002;138:1327-33.
  7. Iorizzo M, Tosti A, Di Chiacchio N, Hirata SH, Misciali C, Michalany N, et al. Nail melanoma in children: differential diagnosis and management. *Dermatol Surg.* 2008;34:974-8.
  8. Gershtenson PC, Krunic A, Chen H, Konanahalli M, Worobec S. Subungual and periungual congenital blue naevus. *Australas J Dermatol.* 2009;50:144-7.
  9. Hernandez A, Torrelo A. Recent data on the risk of malignancy in congenital melanocytic nevi: the continuing debate on treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:185-9.
  10. Clemente-Ruiz de Almirón A, Almazan-Fernandez FM, Serrano-Ortega S. On the age when malignant transformation of congenital melanocytic nevi occurs. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:84-5.
- A. Agusti-Mejias<sup>a</sup>, F. Messeguer<sup>b,\*</sup>, I. Febrer<sup>a</sup> y V. Alegre<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francescmb@comv.com (F. Messeguer).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.04.021>

## Varicela complicada con rabdomiólisis

### Varicella Complicated by Rhabdomyolysis

Sr. Director:

La infección primaria por el virus varicela-zoster suele presentarse en la infancia, siendo en la mayoría de los casos

autolimitada. Sin embargo, en lactantes, en la edad adulta y en inmunodeprimidos puede originar un cuadro potencialmente grave al asociarse a determinadas complicaciones.

Describimos el caso de un paciente adulto inmunocompetente con varicela que desarrolló como complicación una rabdomiólisis.

Nuestro paciente es un varón de 29 años, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por la aparición

de lesiones cutáneas pruriginosas. Veinticuatro horas antes refería la aparición de lesiones, inicialmente no ampollas, que se fueron presentando en brotes sucesivos con intenso prurito, acompañadas de fiebre de 39° C, astenia y anorexia. Desde hacía una semana presentaba malestar general, febrícula y mialgias. En la exploración se observaba un exantema de predominio en el tronco, constituido por vesículas de contenido seroso sobre base eritematosa, en diferentes estadios evolutivos, sin afectación mucosa ni palmoplantar. La analítica de sangre mostró una elevación en los siguientes parámetros: creatinfosfocinasa (11.480 U/l), GOT (165 U/l), GPT (63 U/l), LDH (820 U/l) y mioglobina (200,1 ng/ml), siendo el resto normal, incluyendo pH (7,38), bicarbonato (24 mEq/l), creatinina (0,98 mg/dl), urea (29 mg/dl), sodio (139 mmol/l), potasio (4,1 mmol/l) y cloro (100 mmol/l). En la radiografía de tórax no se encontraron hallazgos patológicos. Se realizó un test de Tzanck, observándose la presencia de células gigantes multinucleares y queratinocitos acantolíticos. Con el diagnóstico de varicela complicada con rhabdomiólisis se ingresó al paciente para tratamiento con aciclovir e hidratación intravenosa con suero salino, sin ser necesarias otras medidas como manitol, furosemida o bicarbonato. Durante su estancia hospitalaria se descartó la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y no se presentó durante la evolución deterioro de la función renal. Las lesiones cutáneas fueron mejorando progresivamente, así como los parámetros analíticos, recibiendo el alta médica a la semana del ingreso, sin que hubiera desarrollado ninguna otra complicación.

Las complicaciones más frecuentes de la varicela son: la infección bacteriana de las lesiones, la laringitis y la neumonía. En el sistema nervioso puede producir encefalitis y cerebelitis, siendo excepcionales la polineuritis, la mielitis, la radiculitis o la neuritis óptica. Otras incluyen la hepatitis y la miocarditis. La rhabdomiólisis es una rara complicación de la infección primaria por el virus varicela-zoster descrita escasamente en la literatura<sup>1-8</sup>. Las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la varicela llegan a ser 10-20 veces mayores en adultos que en niños sanos<sup>2</sup>.

La rhabdomiólisis se caracteriza por una destrucción tisular masiva que produce el paso de metabolitos tóxicos intracelulares al sistema circulatorio. Las posibles consecuencias de esta incluyen la insuficiencia renal aguda, la hiperpotasemia, la acidosis metabólica y la coagulación intravascular diseminada. Entre las causas que pueden provocar una rhabdomiólisis encontramos las crisis epilépticas, los fármacos como las estatinas, la ingesta de alcohol, los traumatismos, el ejercicio físico intenso o más raramente las infecciones. Nuestro paciente no presentaba ninguno de los hechos mencionados, a excepción de la infección por el virus varicela-zoster. Respecto a las causas víricas, las más frecuentes son: la gripe, el VIH y los enterovirus<sup>9</sup>. El virus de la gripe parece ser el más frecuentemente asociado a insuficiencia renal en los casos de rhabdomiólisis<sup>10</sup>. La probabilidad de aparición de insuficiencia renal en los casos asociados a rhabdomiólisis por varicela no parece relacionarse con los niveles de creatinfosfocinasa<sup>5</sup>.

Pese a que la infección primaria por virus varicela-zoster representa una extraña causa de rhabdomiólisis, podría deberse a un infradiagnóstico de esta complicación. Dado que las concentraciones de creatinfosfocinasa no son

realizadas rutinariamente ante los diagnósticos de varicela, los casos leves-moderados podrían pasar desapercibidos<sup>5</sup>, al no presentar cambios en la coloración de la orina, debilidad ni mialgias intensas que sugieran el diagnóstico, al igual que ocurría con nuestro paciente.

En conclusión, se debe tener en cuenta la posible aparición de rhabdomiólisis en pacientes con infección primaria por el virus varicela-zoster con el fin de pautar precozmente tratamiento adecuado y prevenir potenciales complicaciones graves.

## Bibliografía

1. Pirounaki M, Liatsos G, Elefsiniotis I, Skounakis M, Moulakakis A. Unusual onset of varicella zoster reactivation with meningoencephalitis, followed by rhabdomyolysis and renal failure in a young, immunocompetent patient. *Scand J Infect Dis*. 2007;39:90-3.
2. Lee S, Ito N, Inagaki T, Okajima T, Muramatsu A, Ito Y, et al. Fulminant varicella infection complicated with acute respiratory distress syndrome, and disseminated intravascular coagulation in an immunocompetent young adult. *Intern Med*. 2004;43:1205-9.
3. Bhargava P, Bhutani C, Feng Q, Alavi A, Zhuang H. Varicella zoster infection associated rhabdomyolysis demonstrated by Tc-99m MDP imaging. *Clin Nucl Med*. 2003;28:594-5.
4. Al-Langawi M, al-Marri MR, al Soub H. Rhabdomyolysis associated with varicella infection. *Int J Clin Pract*. 2001;55:484-5.
5. Rodríguez Ferrán L, Vernet Bori A, Poo Argüelles P, Fernández Alvarez E, García Calatayud J. Varicella induced rhabdomyolysis. *An Esp Pediatr*. 2001;55:374-7.
6. Hollenstein U, Thalhammer F, Burgmann H. Disseminated intravascular coagulation (DIC) and rhabdomyolysis in fulminant varicella infection case report and review of the literature. *Infection*. 1998;26:306-8.
7. Pratt RD, Bradley JS, Loubert C, LaRocco Jr A, McNeal RM, Newbury RO, et al. Rhabdomyolysis associated with acute varicella infection. *Clin Infect Dis*. 1995;20:450-3.
8. Roberts DE. Varicella zoster infection, massive rhabdomyolysis, myoglobinuria, and renal failure. *J Am Board Fam Pract*. 1995;8:52-4.
9. Singh U, Scheld WM. Infectious etiologies of rhabdomyolysis: three case reports and review. *Clin Infect Dis*. 1996;22:642-9.
10. Tanaka T, Takada T, Takagi D, Takeyama N, Kitazawa Y. Acute renal failure due to rhabdomyolysis associated with echovirus 9 infection: a case report and review of literature. *Jpn J Med*. 1989;28:237-42.

M.L. Martínez-Martínez<sup>a,\*</sup>, J.G. Córdoba-Soriano<sup>b</sup>, J. Calbo-Mayo<sup>c</sup> y M. Melero Bascones<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

<sup>b</sup> Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mlmartinezm@sescam.jccm.es](mailto:mlmartinezm@sescam.jccm.es) (M.L. Martínez-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.06.015>