

- concurrente human papillomavirus-35-positive verruca with bowenoid dysplasia of the periungueal area. *Arch Dermatol.* 1989;125:655-9.
4. Papadopoulos AJ, Schwartz RA, Lefkowitz A, Tinkle LL, Jänniger CK, Lambert WC. Extragenital bowenoid papulosis associated with atypical human papillomavirus genotypes. *J Cutan Med Surg.* 2002;6:1117-9.
 5. Bart R. Bowenoid papulosis of the chin. *J Dermatol Sug Oncol.* 1984;10:821-3.
 6. Grussendorf-Conen EI. HPV-16 induzierte pigmentierte bowenoid papulosis am hals. *Akt Dermatol.* 1988;14:317-9.
 7. Grob JJ, Zarour H, Jacquemier J, Hassoun J, Bonerandi JJ. Extra-anogenital HPV16-related bowenoid papulosis. *Genitourin Med.* 1991;67:18-20.
 8. Oh SH, Lee JH, Lee KY, Lee KH. Isolated extragenital bowenoid papulosis of the toe-webs. *Acta Dermatol Venereol.* 2009;89:212-3.
 9. Baron JM, Rübber A, Grussendorf-Conen EI. HPV-18 induced pigmented papulosis of the neck. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40:633-4.
 10. Purnel D, Illchysyn A, Jenkins D, Salim A, Seth R, Snead D. Isolated human papillomavirus 18-positive extragenital bowenoid papulosis and idiopathic CD4+ lymphocytopenia. *Br J Dermatol.* 2001;144:619-21.
- M. Gómez Vázquez* y R. Navarra Amayuelas
- Servicio de Dermatología, Hospital Municipal de Badalona, Badalona Serveis Assistencials, Barcelona, España*
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: mergova@terra.es (M. Gómez Vázquez).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.11.013>

Tratamiento con láser de dióxido de carbono de una papulosis bowenoide vulvar extensa en paciente con sida

Extensive Bowenoid Papulosis of the Vulva Treated by Carbon Dioxide Laser in a Patient With AIDS

Sr. Director:

La papulosis bowenoide genital en los pacientes inmunocomprometidos supone, por un lado, un incremento del riesgo de recurrencia y de transformación a carcinoma espinoelular infiltrativo, y por otro una peor respuesta al tratamiento^{1,2}.

Nuestra paciente es una mujer de 50 años, fumadora, con VIH diagnosticado en 1989, cáncer invasivo de cérvix (diagnosticado en 2000) y hepatitis C crónica complicada con cirrosis. Había presentado papulosis bowenoide confirmada histopatológicamente desde 2004 y había sido tratada con electrocoagulación, crioterapia, resina de podofilino así como imiquimod con una mala tolerancia y respuesta pobre.

En la primera visita a nuestro centro, en marzo de 2005, presentaba una placa pardusca de bordes bien definidos y superficie verrucosa que cubría casi toda el área correspondiente a los genitales externos, así como el área perianal (fig. 1 A). Una nueva biopsia confirmó el diagnóstico de papulosis bowenoide. En diciembre de 2005 decidimos realizar tratamiento con láser de CO₂ usando una fluencia de 7,5 W en modo continuo para tratar el área afecta, así como las lesiones acetoblancas positivas junto con un margen lateral de 4-5 mm de seguridad, por posible presencia subclínica del virus del papiloma humano (VPH). El procedimiento se realizó bajo anestesia epidural. Tras el tratamiento se realizaron curas locales con limpieza y ungüento antibiótico. Además se instauró profilaxis herpética con valaciclovir 500 mg cada 8 horas hasta la completa reepitelización. En la revisión, un mes después, se observó una resolución clínica completa de las lesiones. Posteriormente se ha seguido a la paciente cada 3-6 meses y se han realizado 4 nuevas

sesiones de tratamiento con la misma anestesia, fluencia y cuidados postoperatorios en octubre de 2006, diciembre de 2007, abril de 2009 y, por último, en junio de 2009. Tras cada sesión de láser de CO₂ se consiguió de nuevo una resolución clínica completa (figs. 1 B-G). Los niveles de linfocitos CD4 de la paciente durante el seguimiento pueden verse en la figura 2. Además, se realizaron diversas biopsias de control, todas ellas mostrando hallazgos típicos de papulosis bowenoide sin objetivarse focos de carcinoma epidermoide infiltrativo. Durante el seguimiento la paciente ha sido diagnosticada de un carcinoma hepatocelular tratado con quimioembolización en 2008 y una neoplasia anal de alto grado tratada con cirugía y consolidada con radioterapia en 2009.

Por tanto, a lo largo de 6 años, hemos realizado 5 sesiones de tratamiento con láser de CO₂, la última en abril de 2009, sin observar efectos secundarios. La paciente se mantuvo sin lesiones en la región vulvar desde septiembre de 2009 hasta su fallecimiento en diciembre de 2010, por progresión de su hepatocarcinoma, requiriendo únicamente crioterapia de alguna lesión aislada en la región vulvar durante este período.

El tratamiento con láser de CO₂ produce una tasa de dolor posquirúrgico mínimo³ y es cosméticamente mejor que otros métodos, en especial en su uso en los genitales externos⁴. Ha sido usado para la papulosis bowenoide desde 1988 en lesiones de gran tamaño que pueden ser complicadas de abordar con otros tratamientos⁵. Como principales complicaciones se han descrito fistulas vesículo-vaginales⁶ o vulvodinia, en especial cuando se trata la comisura posterior o el área vestibular⁷. En cuanto a sus resultados, el tratamiento con láser de CO₂ en el área genital produce una respuesta completa con tasa de recurrencia de entre el 12,5 y el 21%⁸. En los pacientes VIH positivos parece haber una tasa de curación menor, que únicamente alcanza el 34,5% de los casos sin lograr la desaparición completa del VPH⁹. Dicha diferencia es menos importante cuando tratamos condilomas con láser de CO₂¹⁰. En nuestro caso, dada la ligera fluctuación de los niveles de linfocitos CD4 durante el seguimiento, se puede excluir razonablemente una mejoría del cuadro secundaria a una recuperación inmu-

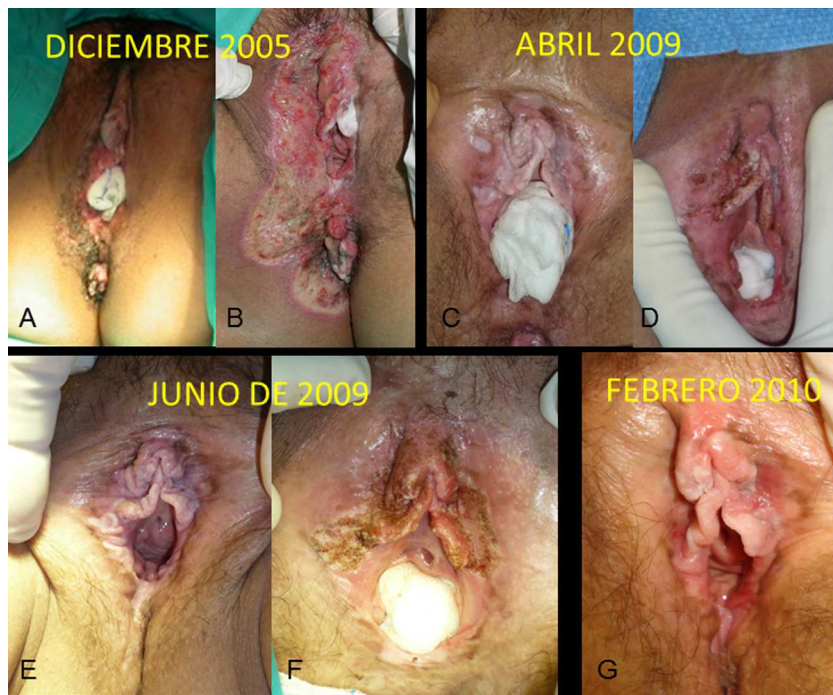


Figura 1 A. Múltiples lesiones pardas aplanadas en la vulva. B. Herida con tejido de granulación 10 días tras el tratamiento con láser. C. En abril de 2009 nuevas placas blanquecinas con superficie aterciopelada diagnósticas de papulosis bowenoide. D. Resultado posquirúrgico tras el segundo tratamiento con láser de CO₂. E-G. Posteriores recurrencias, controladas con tratamiento.

nológica de la paciente. Para el tratamiento de la papulosis bowenoide en inmunosuprimidos se han empleado diversos tratamientos como: electrocoagulación, crioterapia, 5-fluoruracilo, interferón gamma intralesional, imiquimod, resina de podofilino, láser de CO₂ y láser Nd:YAG; si

bien los pocos casos publicados hacen difícil evaluar su eficacia.

Nuestra paciente ilustra la mayor tendencia de los pacientes inmunosuprimidos a presentar distintas neoplasias relacionadas con el VPH. Presentamos este caso porque se consiguió una buena respuesta y una gran satisfacción cosmética por parte de la paciente, tras solo 5 ciclos de tratamiento y sin ningún efecto adverso. Por tanto, el tratamiento con láser de CO₂ puede considerarse adecuado en pacientes inmunocomprometidos con lesiones extensas y recurrentes.

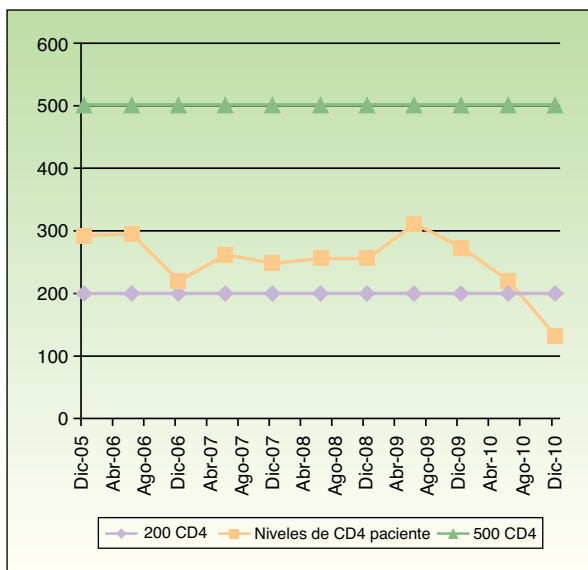


Figura 2 La línea roja marca los niveles de CD4 de nuestra paciente a lo largo del seguimiento. En el eje de ordenadas se encuentran los niveles de CD4/ μ l y en el de abscisas el mes y el año de la toma de muestra.

Bibliografía

1. Lebbe C, Rybojad M, Ochonisky S, Miclea JM, Verola O, Cordoliani F, et al. Extensive human papillomavirus-related disease (bowenoid papulosis, Bowen’s disease, and squamous cell carcinoma) in a patient with hairy cell leukemia: clinical and immunologic evaluation after an interferon alfa trial. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:644–6.
2. Gormley RH, Kovarik CL. Human papillomavirus-related genital disease in the immunocompromised host: Part I. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:867.e1–14, quiz 81-2.
3. Bailin PL, Kantor GR, Wheeland RG. Carbon dioxide laser vaporization of lymphangioma circumscriptum. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14:257–62.
4. Landthaler M, Haina D, Brunner R, Waidelich W, Braun-Falco O. Laser therapy of bowenoid papulosis and Bowen’s disease. *J Dermatol Surg Oncol.* 1986;12:1253–7.
5. Knoll LD, Segura JW, Benson Jr RC, Goellner JR. Bowenoid papulosis of the penis: successful management with neodymium:YAG laser. *J Urol.* 1988;139:1307–9.

6. Colombel M, Pedron P, Missirlu A, Abbou C, Chopin D. Vesico-vaginal fistula after laser vaporization of vaginal condyloma. *J Urol*. 1995;154:1860.
7. Tschanz C, Salomon D, Skaria A, Masouye I, Vecchiotti GL, Harms M. Vulvodinia after CO₂ laser treatment of the female genital mucosa. *Dermatology*. 2001;202:371-2.
8. Savoca S, Nardo LG, Rosano TF, D'Agosta S, Nardo F. CO(2) laser vaporization as primary therapy for human papillomavirus lesions. A prospective observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:1121-4.
9. Lassus J, Happonen HP, Niemi KM, Ranki A. Carbon dioxide (CO₂)-laser therapy cures macroscopic lesions, but viral genome is not eradicated in men with therapy-resistant HPV infection. *Sex Transm Dis*. 1994;21:297-302.
10. Aynaud O, Buffet M, Roman P, Plantier F, Dupin N. Study of persistence and recurrence rates in 106 patients with condyloma and intraepithelial neoplasia after CO₂ laser treatment. *Eur J Dermatol*. 2008;18:153-8.

M. Llamas-Velasco*, E. Vargas, Y. Delgado y A. García-Diez
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: mar.llamasvelasco@gmail.com
 (M. Llamas-Velasco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.11.009>

Paniculitis lúpica de distribución lineal y anular localizada en el cuero cabelludo

Linear and Annular Lupus Panniculitis of the Scalp

Sr. Director:

La paniculitis lúpica (PL) es una variante infrecuente de lupus eritematoso cutáneo (LEC), que afecta primariamente a la dermis profunda y al tejido adiposo¹. Aparece en el 1-3% de los pacientes con LEC¹. Los anticuerpos antinucleares (ANA) son positivos en el 70% de los casos, pero solo el 25-50% cumplen criterios de lupus eritematoso sistémico². El diagnóstico de la PL se basa en la correlación de los hallazgos clínicos, serológicos y fundamentalmente histopatológicos. La inmunofluorescencia directa puede ayudar a confirmar el diagnóstico, siendo positiva en el 70-80% de los casos². La PL de distribución lineal o anular es extremadamente rara; solo existen 14 casos descritos de PL lineal³⁻⁷ y un caso de PL con lesiones anulares⁸ (tabla 1). De estos 15 casos 9 se localizaban en el cuero cabelludo.

Presentamos el caso de un varón de 34 años que consultó por presentar una placa alopécica localizada en la región parietal derecha de 12 meses de evolución. El paciente había sido diagnosticado 3 meses antes de alopecia areata y tratado con corticoides tópicos sin mejoría, presentando extensión de la placa inicial con aparición de eritema y dolor sobre la lesión. Negaba fiebre, artralgias, aftas orales u otra sintomatología asociada. En la exploración física presentaba una placa alopécica eritematosa y edematosa de morfología anular, de unos 6 cm de diámetro, localizada en la región parietal derecha (fig. 1 A). Las biopsias cutáneas realizadas fueron compatibles con paniculitis lúpica. La inmunofluorescencia directa reveló depósitos granulares de IgM en la membrana basal. Se solicitaron hemograma y bioquímica sérica completa que resultaron normales. En el estudio inmunológico presentaba ANA positivos a título 1/320 y anti-Ro positivos.

En visitas sucesivas se observó una nueva placa alopécica localizada en la región occipital que simulaba una alopecia areata (fig. 1 B).

Ante los hallazgos clínicos, histológicos y serológicos se efectuó el diagnóstico de PL instaurándose tratamiento con

hidroxicloroquina a dosis de 400 mg/día durante 5 meses con disminución del eritema, de la induración y resolución de las áreas alopécicas. El paciente no acudió a las revisiones programadas y apareció sin cita 12 meses después, presentando múltiples nódulos eritematosos, de consistencia firme y con alopecia no cicatricial, que seguían una distribución anular y lineal y se localizaban en ambas regiones parietales y en la región occipital (fig. 1 C). Se indicó prednisona oral a dosis de 30 mg/día en pauta descendente durante 3 semanas con mejoría inicial, pero recidiva al suspender el tratamiento.

La PL lineal localizada en el cuero cabelludo fue descrita por primera vez por Nagai et al. en 2003⁴. Posteriormente se han descrito 7 casos más de PL de distribución lineal en el cuero cabelludo y un caso de distribución anular⁵⁻⁸. La mayoría de los casos descritos proceden del sudeste asiático⁶, sugiriendo una predisposición genética o étnica, afectan a ambos sexos por igual y predominan en jóvenes. Clínicamente se manifiesta con placas de alopecia, mayoritariamente no cicatricial, que siguen las líneas de Blaschko⁶, las cuales siguen, en el cuero cabelludo, una distribución en espiral que culmina en el vértex⁹ (fig. 1 D). El patrón lineal blaschkoide de las dermatosis inflamatorias parece ser consecuencia de un mosaicismo genético, en el cual un clon de células anómalas se mantiene inactivo hasta que un factor ambiental estimula su crecimiento¹⁰. La piel suprayacente puede ser normal, mostrar eritema o datos de lupus discoide. En cuanto a los hallazgos histopatológicos en la PL lineal, al igual que en otras formas de PL se observa una paniculitis linfocitaria, predominantemente lobulillar con necrosis hialina de la grasa⁷. En nuestro caso se realizaron 2 biopsias cutáneas, la primera mostraba un infiltrado linfocitario denso de predominio en la dermis profunda y el tejido adiposo con necrosis grasa (fig. 2A) y daño vacuolar de la capa basal de la epidermis (fig. 2B). La segunda biopsia mostraba agregados nodulares linfoides con presencia de células plasmáticas.

El diagnóstico diferencial de la PL lineal localizada en el cuero cabelludo debe establecerse fundamentalmente con la alopecia areata. La presencia de eritema, edema y dolor apoya el diagnóstico de PL, aunque en fases iniciales la piel suprayacente puede no mostrar alteraciones. Otros diagnósticos diferenciales a considerar son: la morfea en *coup de sabre*, la alopecia lipedematosa y el linfoma T paniculitis. Los fármacos más empleados han sido los antipalúdicos, los