

(línea base) a 20,5 (W24) con una reducción adicional a 10 (W52) (figs. 1 y 2). En pacientes afectados por AP, la mejoría de DAS44-ESR disminuyó de  $4,4 \pm 0,6$  (basal) a una media de  $1,9 \pm 0,5$  semana 24 a  $0,7 \pm 0,5$  (semana 52). El DLQI mejoró de una media de 26 (línea de base) a una media de 8 (semana 24) a una media de 5 (semana 52). El SpA-HAQ se redujo de la media de 1,65 (basal) a una media de 0,75 (semana 24) a una media de 0,35 en la semana 52. Observamos, incluso no siendo un objetivo de nuestro estudio, una caída en la puntuación PASI media de  $5,1 \pm 5,7$  (basal) a  $0,8 \pm 1,2$  (semana 24) manteniendo los mismos valores en la semana 52. El inicio de la respuesta en la psoriasis ungueal fue evidente después 4 dosis (semana 8). La mejoría de las uñas continuó hasta la semana 24 en los pacientes inscritos, prolongándose hasta el primer año (semana 52) de tratamiento.

Todos estos resultados, tomados en conjunto, muestran cómo el CZP mejora a lo largo de un año las manifestaciones clínicas de la psoriasis, constituyendo una alternativa terapéutica segura y bien tolerada para el tratamiento de la psoriasis ungueal recalcitrante. La eficacia y la seguridad del CZP en la AP y la psoriasis ungueal ha sido analizada en el estudio RAPID-PsA. Se trata de un estudio fase 3, multicéntrico, randomizado cada 2 y cada 4 semanas (200 mg [Q2W] y 400 mg [Q4W], respectivamente), doble ciego y controlado con placebo que evalúa los efectos del CZP sobre los signos y los síntomas de la AP a lo largo de 24 semanas. Los resultados a las 24 semanas en pacientes con una enfermedad ungueal de inicio del 73,3% fueron los siguientes: reducción en el mNAPSI en el grupo Q2W de  $-1,6$  y de  $-2,0$  en el grupo Q4W frente a  $-1,1$  grupo placebo ( $p = 0,003$  y  $p < 0,001$ , respectivamente)<sup>3</sup>. Nuestro resultado es coherente con otros datos publicados que muestran la notable y

rápida efectividad de CZP en el tratamiento de la enfermedad de uñas psoriásicas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Jiaravuthisan M, Sasseville D, Vender R, Murphy F, Muhn C. Psoriasis of the nail: Anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:1–27.
2. Rich P, Scher R. Nail psoriasis severity index: A useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:206–12.
3. Mease P, Fleischmann R, Deodhar A, Wollenhaupt J, Khraishi M, Kielar D, et al. Effect of certolizumab pegol on signs and symptoms in patients with psoriatic arthritis: 24-week results of a Phase 3 double-blind randomised placebo-controlled study (RAPID-PsA). *ARD.* 2013;73:48–55.

M. Mazzeo\*, A. Dattola, M.V. Cannizzaro y L. Bianchi

*Departamento de Dermatología, Universidad de Roma «Tor Vergata», Roma, Italia*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mauromazzeo@hotmail.it](mailto:mauromazzeo@hotmail.it) (M. Mazzeo).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.010>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Leishmaniasis cutánea de presentación inusual. Papel de la ecografía cutánea



### An Unusual Presentation of Cutaneous Leishmaniasis: The Role of Skin Ultrasound

Sr. Director:

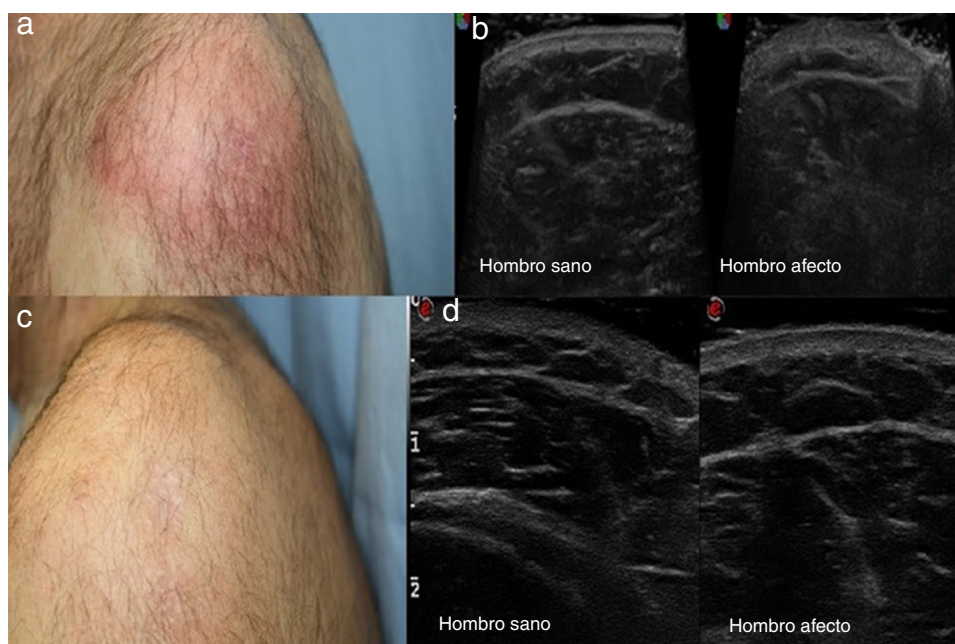
La leishmaniasis cutánea (LC) se manifiesta como una pápula o nódulo en la zona de la picadura del mosquito portador de la parasitosis. Estas lesiones tienden a crecer y formar una placa bien delimitada, con un borde violáceo sobrelevado que puede ulcerarse, con aparición posterior de una costra. Sin embargo, existen formas de presentación atípicas, cada vez más frecuentes, que suponen un reto diagnóstico.

El diagnóstico se basa en los hallazgos histopatológicos y/o microbiológicos (un resultado positivo para la PCR en tejido/sangre). Sin embargo, la ecografía cutánea puede ser útil como técnica complementaria para el diagnóstico, pero sobre todo, como herramienta para monitorizar la respuesta al tratamiento en pacientes con LC.

Presentamos los casos de 2 pacientes con LC de presentación inusual de tipo erisipeloides y destacamos los hallazgos ecográficos encontrados.

### Caso clínico 1

Varón de 62 años, con antecedentes personales de porfiria hepatocutánea tarda que consultó por presentar una lesión extensa, que ocupaba gran parte de cara externa de hombro y región proximal del brazo izquierdo, supurativa en ocasiones, de 2 meses de evolución. Ante el diagnóstico de sospecha de celulitis había realizado tratamiento con múltiples antibióticos orales, sin mejoría. A la exploración se apreciaba en las localizaciones previamente descritas una placa eritematosa de bordes mal definidos, indurada, caliente al tacto, de aproximadamente  $9 \times 7$  cm (fig. 1a). El estudio histopatológico reveló una dermatitis granulomatosa no necrosante con leishmaniasis en el citoplasma de los histiocitos. Para ayudar a delimitar la lesión se realizó una ecografía cutánea (marca SonoScape®, sonda lineal de 15 MHz) que mostró un engrosamiento difuso en la dermis de la zona afectada (fig. 1b). Debido al tamaño de la lesión se decidió tratamiento con anfotericina B iv, a dosis



**Figura 1** a) Placa eritematosa mal delimitada; b) Estudio ecográfico con engrosamiento de la dermis. Comparación con el hombro no afecto; c) Resolución de la lesión tras el tratamiento, y d) Estudio ecográfico tras el tratamiento, comparando con el hombro no afecto.

de 5 mg/kg/día, durante 3 días (dosis total 15 mg/kg), con resolución de la misma (fig. 1c), que pudimos comprobar también tras el estudio ecográfico posterior (fig. 1d).

## Caso clínico 2

Varón de 66 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, derivado desde otorrinolaringología por lesión asintomática en el pabellón auricular derecho de 5 meses de evolución. El paciente negaba traumatismo previo o picadura de insecto en dicha localización. Con el diagnóstico de erisipela, había recibido tratamiento con varios antibióticos tanto orales como tópicos, sin mejoría. En la exploración física se observó un eritema difuso en pabellón auricular derecho, más acentuado en el lóbulo auricular y antitrago, acompañado en estas localizaciones de un marcado engrosamiento y abollonamiento (fig. 2a). El estudio histopatológico mostró hallazgos similares a los del paciente anteriormente descrito. Además se realizó estudio de amplificación de ADN de *Leishmania* (PCR), con resultado positivo. En la ecografía (marca SonoScape® sonda lineal de 15MHz) se objetivó en la dermis superficial una imagen hipoeoica mal delimitada, más lineal en superficie y peor definida en profundidad, no encapsulada, con aumento del flujo con doppler con características de baja resistencia (fig. 2b). Se decidió tratamiento con infiltraciones de antimonio de meglumina intralesional (una infiltración semanal durante 4 semanas, inyectándola a nivel dérmico hasta conseguir un habón), con desaparición de las lesiones (figs. 2c y d).

En la revisión, a los 6 meses de ambos pacientes, no se objetivaron datos de recidiva/reactivación de las lesiones.

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades producidas por la infección de más de 20 especies de protozoos del

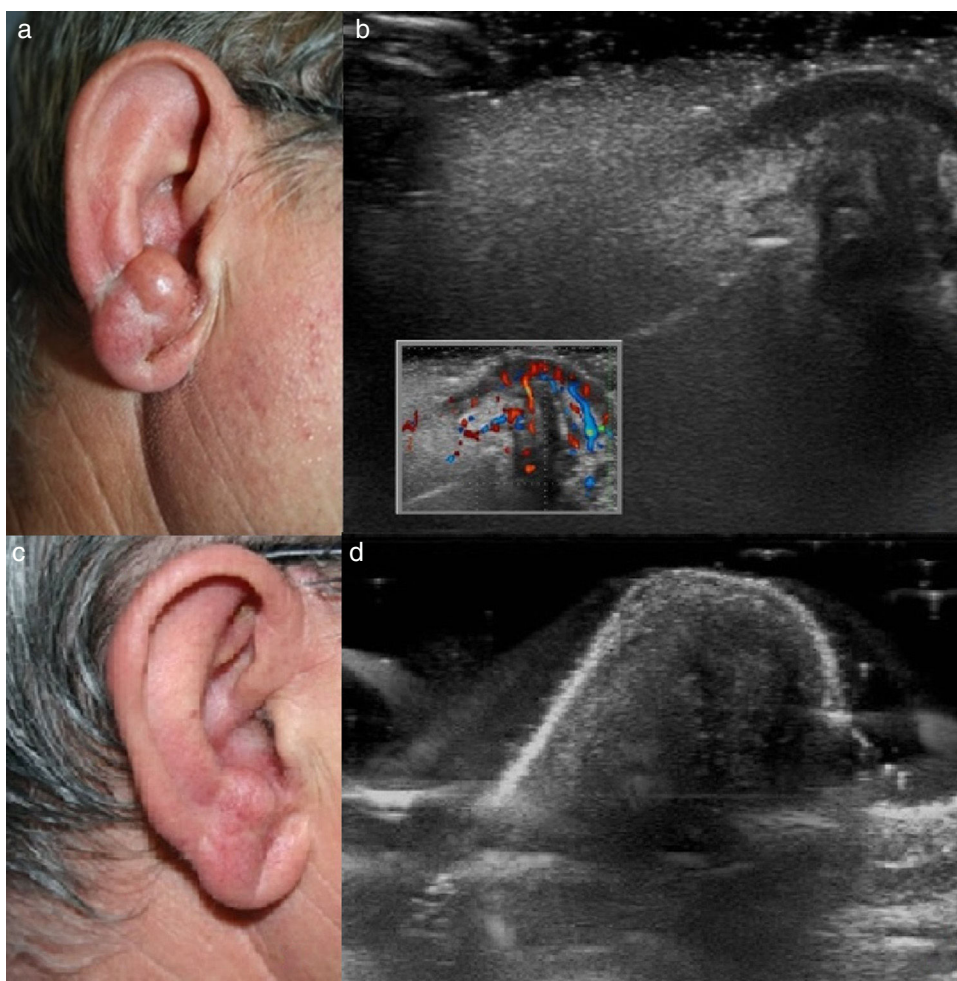
género *Leishmania*, transmitidos por la picadura de insectos del género *Phlebotomus*, en el Viejo Mundo, y de *Lutzomyia*, en el Nuevo Mundo. El reservorio habitual son los mamíferos domésticos como el perro, el gato, la rata, la liebre y el conejo, entre otros<sup>1-3</sup>.

La LC puede manifestarse de múltiples formas, con un aumento en los últimos años de las formas atípicas. La presentación clínica de la leishmaniasis va a depender, entre otros factores, de la especie involucrada y de la respuesta inmune del huésped<sup>1,2,4</sup>.

En una serie de 718 pacientes publicada por Bari y Rahman, hasta el 5,7% de los casos descritos presentaban formas de LC consideradas inusuales. Entre ellas, hay descripciones de LC lupoide, esporotricoides, paroniquia, erisipeloide, palpebral, psoriasiforme, micetoma, chancriforme, cicatricial, zosteriforme, palmo-plantar, verrugas y eccema, entre otras<sup>1,4</sup>. Existe una forma de LC que afecta al pabellón auricular, infrecuente en el Viejo Mundo, ocasionada por *L. mexicana* y transmitida por *Lutzomyia olmeca*, en el Nuevo Mundo, que en más del 50% de los casos produce una lesión ulcerada en el pabellón auricular, denominada úlcera del chiclero, que afecta a los recolectores del caucho<sup>1,2,5,6</sup>.

En ocasiones estas formas atípicas pueden simular otras dermatosis infecciosas/inflamatorias. En la variante descrita como erisipeloide, de la que existen pocos casos descritos en la literatura, las lesiones se presentan en forma de placas eritematosas, mal definidas, simulando una erisipela/celulitis<sup>2,7,8</sup>. En nuestros pacientes que presentaban una placa eritematosa e indurada en hombro y pabellón auricular, respectivamente, el diagnóstico de sospecha inicial fue de celulitis/erisipela, con mala evolución posterior pese al tratamiento antibiótico.

Aunque habitualmente el diagnóstico de sospecha inicial de la LC es clínico, este ha de confirmarse mediante



**Figura 2** a) Engrosamiento y eritema de antitrago y de lóbulo auricular; b) Estudio ecográfico en el que se observa en la dermis superficial una imagen hipoeoica mal delimitada, más lineal en superficie y peor definida en profundidad, no encapsulada, con aumento del flujo con Doppler, y con características de baja resistencia; c) Resolución de lesión tras el tratamiento, y d) Estudio ecográfico tras el tratamiento.

técnicas microbiológicas (cultivo de *Leishmania* en medios especiales, examen directo, PCR en tejido y/o sangre) y/o histológicas<sup>9,10</sup>.

La ecografía cutánea es una técnica rápida, segura y eficaz, cada vez más utilizada en nuestra especialidad. No hemos encontrado descripciones previas de ecografía en la LC.

En nuestros 2 pacientes los hallazgos ecográficos encontrados fueron un engrosamiento difuso de la dermis en el primer caso, junto con una imagen mal delimitada y vascularizada en dermis superficial que se acompañaba de un aumento del grosor de la dermis en el segundo caso. Estas alteraciones se normalizaron tras el tratamiento.

Aunque los hallazgos ecográficos encontrados son inespecíficos, la ecografía ayuda como herramienta diagnóstica complementaria a identificar la alteración de la dermis y el aumento de flujo doppler, y más importante aún en la monitorización del tratamiento en ambos casos, al identificarse la restitución estructural de los tejidos subepidérmicos, algo que nos es imposible observar con el examen visual.

Presentamos 2 casos de LC de presentación erisipeloides. Ante pacientes con lesiones sugestivas de erisipela/celulitis

que no responden a antibioterapia convencional, hemos de valorar la LC en el diagnóstico diferencial inicial.

Además, nos gustaría destacar el papel de la ecografía en estos casos, no solo como técnica adicional para el diagnóstico sino, sobre todo, como herramienta para monitorizar la respuesta al tratamiento.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Handler MZ, Patel PA, Kapila R, Al-Qubati Y, Schwartz RA. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: Clinical perspectives. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73:897-908.
2. Solomon M, Greenberger S, Baum S, Pavlotsky F, Barzilay A, Schwartz E. Unusual forms of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania major*. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30:1171-5.

3. Aguado M, Espinosa P, Romero-Maté A, Tardío JC, Córdoba S, Borbujo J. Outbreak of cutaneous leishmaniasis in Fuenlabrada, Madrid. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:334-42.
4. Bari AU, Rahman SB. Many faces of cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74:23-7.
5. Robati RM, Qeisari M, Saeedi M, Karimi M. Auricular enlargement: An atypical presentation of old world cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol*. 2011;56:428-9.
6. Blasco Morente G, Rodríguez-Granger J, Tercedor Sánchez J, Latorre Fuentes JM. Infección del lóbulo auricular por *Leishmania* en el Viejo Mundo: una localización excepcional. *Actas Dermo-Sifiliogr*. 2014;105:628-30.
7. Calvopina M, Gomez EA, Uezato H, Kato H, Nonaka S, Higuchi Y. Atypical clinical variants in New World cutaneous leishmaniasis: Disseminated erysipeloid, and recidiva cutis due to *Leishmania* (V.) *panamensis*. *Am J Trop Med Hyg*. 2005;73:281-4.
8. Ceyhan AM, Yildirim M, Basak PY, Akkaya VB, Erturan I. A case of erysipeloid cutaneous leishmaniasis: Atypical and unusual clinical variant. *Am J Trop Med Hyg*. 2008;78:406-8.
9. Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, Pearson R, Lopez-Velez R, Weina P, et al. Diagnosis and Treatment of Leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). *Am J Trop Med Hyg*. 2017;96:24-45.
10. Handler MZ, Patel PA, Kapila R, Al-Qubati Y, Schwartz RA. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis Differential diagnosis, diagnosis, histopathology, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:911-26.

E. Rojas Mora\*, A. Garrido Ríos, B. Echeverría García y J. Borbujo

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [esromo16@gmail.com](mailto:esromo16@gmail.com) (E. Rojas Mora).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.025>

0001-7310/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV.

## Hipoqueratosis circunscrita palmar: tratamiento mediante crioterapia



### Circumscribed Palmar Hypokeratosis: Treatment with Cryotherapy

Sr. Director:

La hipoqueratosis circunscrita palmar (HCP) es una alteración de la piel caracterizada por la aparición de una zona deprimida de coloración rojiza, bien delimitada y con un borde descamativo. Suele ser única y localizarse en eminencias tenar o hipotenar de la palma y cuyo tratamiento no está establecido. Presentamos 2 casos de HCP con lesiones localizadas en la eminencia tenar de las manos de 2 pacientes tratadas mediante crioterapia.

El primer caso es el de una mujer de 60 años sin antecedentes de interés, quien presentaba desde hacía un año una lesión eritematosa, deprimida, no infiltrada al tacto, bien delimitada y con un borde escalonado, ubicada en la eminencia tenar de la mano derecha (fig. 1a). Había realizado tratamiento con corticoides tópicos sin mejoría. El segundo caso corresponde a otra mujer de 66 años sin antecedentes de interés, quien consultaba por una placa de características similares a las de la paciente anterior, también localizada en la eminencia tenar de la mano derecha desde hacía 7 años, con un crecimiento progresivo a lo largo de este tiempo (fig. 2a). Ambas pacientes negaban posibles desencadenantes.

El estudio dermatoscópico de ambos casos reveló un área central circular eritematorrosada con puntos blancos y con descamación en escalera delimitando la lesión. En ambos se realizó estudio histológico (fig. 3) que evidenció la presencia de una depresión de la epidermis, con un límite neto en escalera, entre la piel normal y la piel afectada. La epidermis bajo la depresión mostraba hipoqueratosis e

hipogranulosis respecto a la piel circundante. Los cortes seriados no demostraron la presencia de lamela corneida. Tampoco se observaron signos de atipia. Los hallazgos fueron diagnósticos de HCP. La HCP fue descrita por primera vez en el año 2002<sup>1</sup>. Clínicamente se presenta como una lesión redondeada, eritematosa, circunscrita, deprimida y asintomática que generalmente es única y se localiza en eminencias tenar o hipotenar de las palmas, aunque

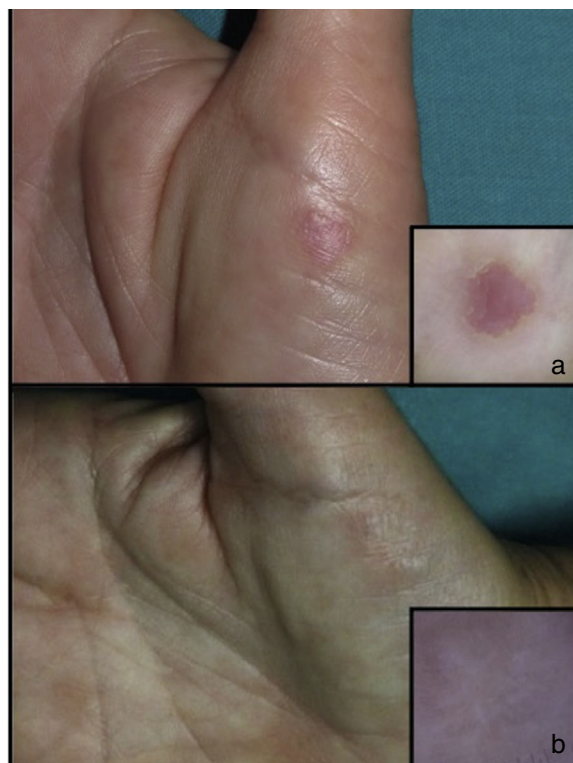


Figura 1 Primer caso: antes y después del tratamiento (a y b).