

of patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2018. Epub ahead. doi:10.1111/jdv.15163.

9. Davis SA, Lin H, Balkrishnan R, Feldman SR. Hidradenitis suppurativa management in the United States: An analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey and MarketScan Medicaid Databases. *Ski Appendage Disord*. 2015;1:65-73, 10.1159/000431037.
10. Ruan QZ, Chen AD, Singhal D, Lee BT, Fukudome EY. Surgical management of hidradenitis suppurativa: Procedural trends and risk factors. *J Surg Res*. 2018;229:200-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2018.04.007>.

B. Duarte\*, N. Cunha, A. Lencastre y J. Cabete

*Servico de Dermatología, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalario de Lisboa Central, Lisboa, Portugal*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [brunoduarte@campus.ul.pt](mailto:brunoduarte@campus.ul.pt) (B. Duarte).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.01.030>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Terapia fotodinámica con luz de día en el tratamiento de la queilitis actínica



### Actinic Cheilitis Treated With Daylight Photodynamic Therapy

Sr. Director:

La queilitis actínica (QA) es una patología crónica premaligna que afecta generalmente al labio inferior y que se considera el equivalente de las queratosis actínicas en la piel<sup>1-3</sup>. Se han postulado múltiples tratamientos para la QA, no siendo ninguno de ellos definitivo. La terapia fotodinámica (TFD) con luz de día es una terapia ampliamente empleada en el tratamiento de las queratosis actínicas que ha demostrado unas tasas de efectividad similares a la TFD convencional, ocasionando un dolor nulo o mínimo<sup>4,5</sup>. El objetivo de nuestro estudio fue describir nuestra experiencia en cuanto a la eficacia y la seguridad del tratamiento con TFD con luz de día de la QA. Entre mayo y octubre de 2018 se trataron seis pacientes. Tras un curetaje suave se les colocó un rollo de algodón en la mucosa labial interna para exponer el labio inferior y se les aplicó una cantidad suficiente de crema de aminolevulinato de metilo y, sin oclusión, se recomendó exposición a la luz del día ambiental durante dos horas. El resto de la piel se protegió con un protector solar FPS 50+. Tras las dos horas de exposición, se lavó la zona tratada y se aplicó FPS 50+ en el labio. Se realizó otra sesión a las dos semanas y se revisó a los pacientes a los dos meses (figs. 1 y 2). Se evaluó a los pacientes mediante una escala clínica (superficie afecta y respuesta completa/parcial/no respuesta) y una escala EVA para el dolor. Las características de los pacientes tratados y los resultados del tratamiento están recogidos en la tabla 1. Cuatro de los pacientes (67%) mostraron una respuesta completa y dos una respuesta parcial con una reducción media de la superficie afecta de un 58,3%. El resultado medio en la escala de dolor fue de 0,5 sobre 10.

La QA es una entidad premaligna con una razón de transformación en carcinoma espinocelular (CE) de un 16,9% y un riesgo relativo de un 2,5 en la aparición de éste<sup>1,2</sup>. Además, estos CEs tienen una tendencia cuatro veces mayor a desarrollar metástasis ganglionares que los que se desarrollan en piel<sup>6,7</sup>. La exposición crónica a la radiación ultravioleta

es el principal factor de riesgo implicado en la aparición de la QA junto con el tabaco y el alcoholismo<sup>3</sup>. Se ha utilizado múltiples tratamientos para la QA, como son los métodos ablativos: crioterapia, tratamiento con láser CO<sub>2</sub>, la extirpación quirúrgica parcial o la bermellectomía y los tratamientos tópicos como el imiquimod o el 5-fluoracilo<sup>3,8</sup>. Por otro lado, las queratosis actínicas son el equivalente a nivel cutáneo de la QA<sup>3</sup> y en ellas también se han empleado múltiples tratamientos similares a los anteriores añadiendo como alternativa la TFD con luz de día. Esta técnica consiste en la aplicación de una sustancia fotosensibilizante (MAL/5-ALA) que es activada mediante la exposición a la luz de día ambiental (luz visible) sin necesidad de oclusión previa ni exposición a luz roja procedente de lámpara como ocurría en la TFD convencional<sup>4</sup>. La TFD con luz de día se ha asociado a tasas de efectividad similares a la TFD convencional (tasa de aclaramiento de un 70-93% a los tres meses tras una sola sesión<sup>4,5</sup>) siendo mucho mejor tolerada al no conllevar dolor o ser éste mínimo<sup>4</sup>. En la QA también se ha empleado la TFD convencional (15 estudios previos)<sup>3</sup> arrojando una respuesta clínica media del 60,25% y un 47,4% de aclaramiento histológico<sup>3</sup>. El dolor intenso durante el tratamiento fue el principal efecto secundario, que requirió la administración de analgesia oral o de anestesia local<sup>3</sup>. La TFD con luz de día en QA se ha empleado en número menor de ocasiones, encontrando en la literatura solo dos estudios<sup>8,9</sup> y una descripción de dos casos<sup>10</sup>. Fai D et al.<sup>8</sup> trataron a 10 pacientes con QA con TFD con luz de día con aminolevulinato en crema obteniendo una remisión total del área afecta en el 70% de los pacientes a los tres meses y que se mantuvo en el 50% de ellos a los 6-12 meses de seguimiento final. Todos los pacientes mostraron remisión parcial mantenida hasta el final del seguimiento. En otro estudio trataron 11 pacientes obteniendo una tasa de curación del 91%<sup>9</sup> y los dos casos aislados descritos se curaron por completo tras el tratamiento<sup>10</sup>. En ningún caso se comunicaron efectos adversos. Nuestros resultados son muy similares a los descritos anteriormente en la literatura. Todos los pacientes experimentaron una mejoría del área afecta inicial, apreciándose una resolución completa en el 67% de los pacientes. Estos resultados superan a los obtenidos con otros tratamientos médicos como 5-FU (aclaramientos clínicos en el 30-40% de los pacientes)<sup>3</sup> y son similares a los de imiquimod 5% crema<sup>3</sup> (40-100%). Tampoco se detectaron efectos secundarios más allá de molestias leves, siendo los resultados obtenidos para la escala EVA para el dolor (0-10)



**Figura 1** Paciente 3. A) Situación inicial de la paciente antes del tratamiento con afectación del 75% de la superficie del labio inferior (región central y laterales adyacentes a ésta). B) Imagen de la paciente con la crema de aminolevulinato de metilo aplicada y gasa en cara posterior del labio inferior. C) Imagen de la paciente a las 8 semanas del tratamiento. Resolución completa de las lesiones.



**Figura 2** Paciente 4. A) Situación inicial del paciente antes del tratamiento con afectación del 75% de la superficie del labio inferior (lateral derecho y región central). B) Imagen del paciente con la crema de aminolevulinato de metilo aplicada y gasa en cara posterior del labio inferior. C) Imagen del paciente a las 8 semanas del tratamiento. Resolución completa de las lesiones.

**Tabla 1** Características de los pacientes y resultados del tratamiento

Paciente	Edad	Sexo	% Afecto inicial	% Afecto tras TFD	Resolución	EVA
1	72	H	100	50	Parcial	0
2	88	H	50	0	Completa	0
3	61	M	75	0	Completa	1
4	66	H	75	0	Completa	0
5	79	H	75	25	Parcial	1
6	81	H	50	0	Completa	1

0 o 1. A pesar del limitado número de pacientes, dados los resultados obtenidos y los presentados en anteriores estudios, consideramos el tratamiento con TFD con luz de día es una buena alternativa para el tratamiento de la QA. Esta técnica obtiene unas tasas de respuesta similares a las de la TFD convencional, sin dolor asociado y sin la necesidad de contar con una lámpara de TFD, por lo que puede ser realizada en cualquier centro.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

## Bibliografía

- Jadotte YT, Schwartz RA. Solar cheilosis: an ominous precursor: part I. Diagnostic insights. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:173–86.
- Baker SR. Risk factors in multiple carcinomas of the lip. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1979;88:248–51.
- Abyaneh MAY, Falto-Aizpurua L, Griffith RD, Nouri K. Photodynamic therapy for actinic cheilitis: a systematic review. *Dermatol Surg.* 2015;41:189–98.
- Morton CA, Braathen LR. Daylight photodynamic therapy for actinic keratoses. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19:647–56.
- Rubel DM, Spelman L, Murrell DF, See JA, Hewitt D, Foley P, et al. Daylight PDT with methyl aminolevulinic acid cream as a convenient, similarly effective, nearly painless alternative to conventional PDT in actinic keratosis treatment: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2014;171:1164–71.
- Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Dis.* 2004;10:212–6.
- Nicolau SG. Chronic actinic cheilitis of the lower lip and the possibilities of its evolution toward precancerous and cancerous states. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 1968;72:9–14.
- Fai D, Romanello E, Brumana MB, Fai C, Vena GA, Cassano N, et al. Daylight photodynamic therapy with methylaminolevulinic acid for the treatment of actinic cheilitis. *Dermatol Ther.* 2015;28:355–68.
- Levi A, Hodak E, Enk CD, Snast I, Slodownik D, Lapidot M. Daylight photodynamic therapy for the treatment of actinic cheilitis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.*

2019;35, <http://dx.doi.org/10.1111/phpp.12415>. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30066408>.

10. Levi A, Wulf HC, Enk CD. Two cases of actinic cheilitis responsive to daylight-activated photodynamic therapy (DA-PDT). *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2013;29:268–71.

P. Martín-Carrasco\*, M. Sendín-Martín, J.J. Domínguez-Cruz y J. Bernabeu-Wittel  
Servicio de dermatología. Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Pablomarcarra@gmail.com](mailto:Pablomarcarra@gmail.com) (P. Martín-Carrasco).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.01.026>

0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Eritromelalgia secundaria: informe de caso



### Secondary Erythromelalgia – Case Report

Sr. Director:

Una mujer caucásica de 56 años acudió a nuestro Departamento de Dermatología con episodios de discromía eritematoviolácea a lo largo del lado externo del pie izquierdo. La dermatosis había comenzado un año antes y la paciente había tenido de dos a tres episodios por mes, cada uno con una duración de una hora hasta un máximo de dos días, con un intervalo variable entre crisis. La enfermedad se acompañaba de incomodidad local inespecífica, aunque la paciente negó sentir dolor. Cada episodio evolucionaba hacia una resolución total, sin dejar secuelas. En este punto, el impacto funcional ocasionado por la dermatosis era insignificante. El historial médico previo estaba dentro de los límites normales y no había administración de nuevos fármacos. La paciente había detectado que las molestias se veían favorecidas por la posición pendiente de la extremidad inferior izquierda y el contacto con agua caliente y que estas se aliviaban con ibuprofeno y al elevar la extremidad. El examen físico reveló únicamente dos placas eritematovioláceas en el lado exterior del pie izquierdo, con bordes relativamente bien definidos (fig. 1). Una biopsia incisional de la piel de una de las lesiones mostró hallazgos inespecíficos: una proliferación capilar en la dermis, con algunos vasos ectásicos, y un infiltrado inflamatorio linfocítico diferenciado. En los meses siguientes, en un análisis

rutinario se detectó trombocitosis ( $800 \times 10^9/L$ ) y una eritrocitosis límite (15,4 g/dL). La paciente fue referida a la consulta de hematología. Al mismo tiempo hubo un empeoramiento de la dermatosis, con un aumento de la frecuencia y gravedad de los episodios, ahora también nocturnos, y que producían dolor, calor y ardor local. Las dimensiones de la placa del pie izquierdo aumentaron y la dermatosis progresó, afectando a ambas manos (fig. 2) y pies, limitando de manera acusada la capacidad funcional de la paciente. En este punto la paciente fue sometida a estudios de laboratorio en busca de autoinmunidad, los cuales resultaron negativos. Al mismo tiempo, en el contexto de la investigación realizada en hematología, se obtuvieron hallazgos de médula ósea compatibles con una neoplasia mieloproliferativa, lo que permitió el diagnóstico de policitemia vera con mutación JAK-2 positiva. Al conjugar los datos clínicos e histopatológicos disponibles con la policitemia vera, se estableció el diagnóstico de eritromelalgia secundaria a un proceso mieloproliferativo. En colaboración con hematología, la paciente inició un tratamiento con 500 mg/día de hidroxiurea y 100 mg/día de ácido acetilsalicílico y se le advirtió que evitara los factores desencadenantes y que hiciera periodos de descanso con los miembros inferiores en alto. Este abordaje llevó a una mejoría sintomática evidente: después de seis meses la paciente no presentó más episodios de placas eritematovioláceas, aunque informó de calor y malestar en el pie izquierdo de manera ocasional. El recuento plaquetario y de hemoglobina se normalizó.

La eritromelalgia es un síndrome clínico poco frecuente caracterizado por episodios de eritema, aumento de la temperatura y dolor ardiente, que involucra principalmente a las extremidades<sup>1,2</sup>, siendo los miembros inferiores los más



**Figura 1** Placas eritematovioláceas bien definidas en el lado exterior del pie izquierdo.



**Figura 2** Eritema en la superficie palmar de los dedos.