

## Bibliografía

1. Pacifico A, Ardigò M, Frascione P, Damiani G, Morrone A. Phototherapeutic approach to dermatological patients during the 2019 coronavirus pandemic: Real-life data from the Italian Red Zone. *Br J Dermatol*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.19145>.
2. Lim HW, Feldman SR, van Voorhees AS, Gelfand JM. Recommendations for phototherapy during the COVID-19 pandemic. *J Am Acad Dermatol*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.091>.
3. Narla S, Lyons AB, Kohli I, Torres AE, Parks-Miller A, Ozog DM, et al. The importance of the minimum dosage necessary for UVC decontamination of N95 respirators during the COVID-19 pandemic. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/phpp.12562>.
4. Hamzavi IH, Lyons AB, Kohli I, Parks-Miller A, Gelfand J, Lim HW, et al. Ultraviolet germicidal irradiation: Possible method for respirator disinfection to facilitate reuse during COVID-19 pandemic. *J Am Acad Dermatol*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.03.085>.

P. Aguilera<sup>a,\*</sup>, Y. Gilaberte<sup>b</sup>, A. Pérez-Ferriols<sup>c</sup>, D. de Argila<sup>d</sup>, J. Aguilera<sup>e</sup>, M.V. de Galvez<sup>e</sup>, M.T. Granados<sup>f</sup>, J. Gardezabal<sup>g</sup> y J.M. Carrascosa<sup>h</sup> del Grupo Español de Fotobiología

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

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

<sup>d</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

<sup>e</sup> Unidad de Fotobiología Dermatológica y Oncología Cutánea, Departamento de Dermatología y Medicina, Universidad de Málaga, Málaga, España

<sup>f</sup> Facultad de Medicina, Complejo Hospital Universitario, Santiago de Compostela, La Coruña, España

<sup>g</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

<sup>h</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aguilisha@hotmail.com](mailto:aguilisha@hotmail.com) (P. Aguilera).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.07.001>

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/>).

## Lepra tuberculoide borderline en paciente con reacción lepromatosa tipo eritema nudoso simulando un síndrome de Sweet



### Borderline Tuberculoid Leprosy in Erythema Nodosum Leprosum Reaction Mimicking Sweet's Syndrome

Sr. Director:

Se describe el caso de un niño indio de 11 años que presenta, desde hace aproximadamente 10 días, placas eritematosas y edematosas localizadas a nivel de la cara y de las extremidades superiores e inferiores. Además, el niño tenía fiebre elevada, artralgias y edema de las manos y de los pies (fig. 1A,B). No refería antecedentes personales o familiares de relevancia. Al examen clínico se evidenció fiebre (39°C) y engrosamiento e hipersensibilidad de ambos nervios cubitales; sin embargo, la sensibilidad a nivel de las lesiones cutáneas se encontraba conservada. No se observaron otros hallazgos patológicos en el examen físico. En la analítica sanguínea se evidenciaba leucocitosis con neutrofilia y una elevación de la VSG. El resto de los resultados de la analítica solicitada se encontraban dentro de la normalidad. La biopsia cutánea reveló la presencia de un infiltrado de neutrófilos y linfocitos a nivel de la unión dermoepidérmica. En la profundidad de la dermis y en el tejido subcutáneo se observaban granulomas epitelioides asociados a necrosis fibrinoide y un infiltrado inflamatorio con predominio de neutrófilos, linfocitos y macrófagos. Estos

hallazgos sugirieron el diagnóstico de una lepra tuberculoide borderline (BT) asociada a una reacción lepromatosa tipo 2 (*type 2 lepra reaction* [T2LR]) (fig. 2). El frotis cutáneo para bacilos ácido-rápidos de las lesiones fue negativo. Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se indicó una terapia multifármacos-paucibacilar (TMF-PB) (consistente en rifampicina 450 mg una vez al mes asociado a dapsona 50 mg/día). Además, se asociaron corticoides orales a una dosis de 1 mg/kg/día en pauta descendente. Con dicho tratamiento, tanto las lesiones cutáneas como los síntomas sistémicos del paciente mejoraron de manera significativa (fig. 3A,B).

La T2LR es una complicación mediada por inmunocomplejos que se observa con mayor frecuencia en la lepra lepromatosa (LL) y en algunas oportunidades también en la lepra lepromatosa borderline (BL). En la mayoría de los casos se presentará durante el primer año del inicio de la TMF<sup>1</sup>. Esta se caracterizará por la aparición súbita de nódulos blandos o placas eritematosas, que en algunas ocasiones pueden evolucionar hacia vesículas, pústulas, ampollas o incluso necrosis<sup>1</sup>. La inflamación sistémica en la T2LR puede afectar a los nervios, ojos, articulaciones, testículos y ganglios linfáticos. El eritema nudoso lepromatoso (ENL) es la manifestación más frecuente de la T2LR. Los principales factores de riesgo para desarrollarla serán tener una LL y la presencia de un índice bacilar mayor a 4+. Sin embargo, las infecciones, la vacunación, el embarazo, la lactancia, así como la pubertad, también se han relacionado con el desarrollo de una T2LR<sup>1</sup>.

En este paciente las lesiones se asemejaban a las observadas en el síndrome de Sweet. La presencia de fiebre, neutrofilia y el aumento de la VSG (criterios menores para diagnosticar el síndrome de Sweet)<sup>2</sup> dificultaron la reali-



**Figura 1** Placas eritematosas y edematosas localizadas a nivel facial, con cierta vesiculación en alguna de ellas.



**Figura 2** Resolución completa de las lesiones a las 4 semanas de haber recibido el tratamiento con TMF y corticoides orales.

zación del diagnóstico diferencial. Debido a que tras las reacciones leptomatosas habrá un incremento de las células inflamatorias, no es infrecuente que ocurra fiebre, leucocitosis, neutrofilia, elevación de la VSG y de la PCR. En cuanto a los hallazgos histopatológicos, se observarán neutrófilos abundantes a nivel de la dermis, una característica histológica que también se puede objetivar en el síndrome de Sweet. Por otro lado, el tratamiento con corticoides suele ser muy efectivo en ambas entidades, por lo que una mejoría clínica del paciente podría dificultar aún más el diagnóstico diferencial. La pérdida de la sensibilidad sobre las lesiones cutáneas, así como el engrosamiento de los nervios periféricos, sugerirán que se trata de una lepra. La presencia de BAAR en el frotis cutáneo, además de los hallazgos histopatológicos específicos, ayudará a confirmar el diagnóstico. En nuestro paciente el engrosamiento de los nervios, así como los hallazgos histopatológicos típicos, confirmaron el diagnóstico de ENL. Curiosamente, en este paciente las lesiones debidas a la reacción leptomatosa fueron la forma de presentación del cuadro clínico, ya que el paciente no tenía un diagnóstico previo de lepra. Por el contrario, en la mayo-

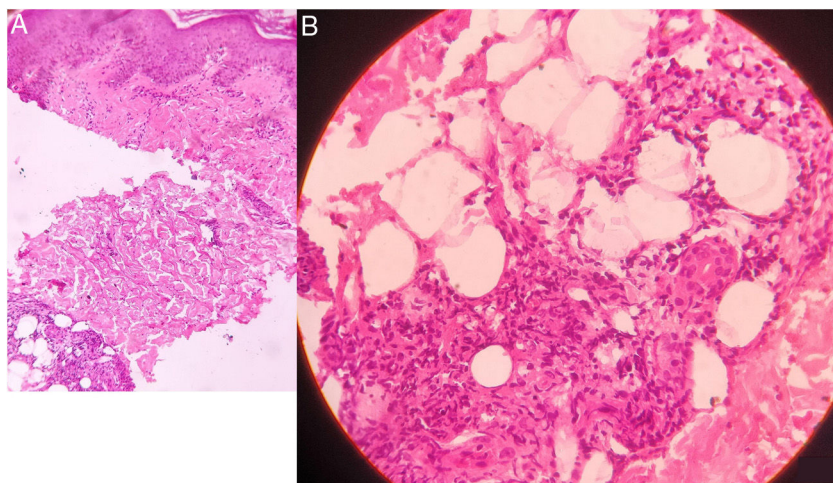
ría de los casos reportados que simulan el síndrome de Sweet, los pacientes tenían un diagnóstico previo de BL o LL<sup>1,3-5</sup>.

Los corticosteroides son el tratamiento de elección de la T2LR, mientras que la talidomida es el fármaco de elección en el ENL grave. La TMF se debe de iniciar inmediatamente o se debe continuar si un paciente ya la está tomando. Los corticosteroides suprimirán la respuesta inmune inflamatoria a los antígenos del *Mycobacterium leprae* y también reducirán el edema intraneural y cutáneo<sup>1,3-5</sup>.

Saber que la T2LR puede simular clínicamente un síndrome de Sweet, así como realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos, será esencial para prevenir las posibles secuelas, sobre todo en aquellos casos que aún son tributarios de tratamiento.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



**Figura 3** En la histopatología se muestra una infiltración de neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas a nivel de la unión dermoepidérmica. En la profundidad de la dermis se observa además la presencia de granulomas de células epitelioides y necrosis fibrinoide, asociado a un infiltrado inflamatorio de neutrófilos, linfocitos, macrófagos y células plasmáticas (A: aumento original  $\times 100$ ; B: aumento original  $\times 400$ ; tinción con hematoxilina/eosina).

## Bibliografía

- Vijendran P, Verma R, Vasudevan B, Mitra D, Badad A, Neema S. Rare atypical presentations in type 2 lepra reaction: A case series. *Int J Dermatol.* 2014;53:323–6.
- Cohen PR. Sweet's syndrome — a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:34, <http://dx.doi.org/10.1186/1750-1172-2-34>.
- Gunawan H, Yogya Y, Hafinah R, Marsella R, Ermawaty D, Suwarsa O. Reactive perforating leprosy, erythema multiforme-like reactions, sweet's syndrome-like reactions as atypical clinical manifestations of type 2 leprosy reaction. *Int J Mycobacteriol.* 2018;7:97–100.
- Chiaratti FC, Daxbacher EL, Neumann AB, Jeunon T. Type 2 leprosy reaction with Sweet's syndrome-like presentation. *Am Bras Dermatol.* 2016;91:345–9.
- Heng YK, Chiam YT, Giam YC, Chong WS. Lepromatous leprosy in erythema nodosum leprosum reaction mimicking Sweet's syndrome. *Int J Dermatol.* 2011;50:1124–5.

M. Pawar\*, V. Zawar y S. Kumavat

*Servicio de Dermatología, Facultad de Medicina, Hospital y Centro de Investigación Dr. V.P., Nashik, India*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [manojpawar624@yahoo.com](mailto:manojpawar624@yahoo.com) (M. Pawar).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.08.001>

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

## Lupus eritematoso discoide en una paciente con alopecia totalis



### Discoid Lupus Erythematosus in a Patient With Alopecia Totalis

Sr. Director:

A continuación, describimos un raro caso de lupus eritematoso discoide (LED) en una paciente con alopecia *totalis*. Una mujer de 42 años había desarrollado en el cuero cabelludo una alopecia, que empeoró y afectó a toda la zona a lo largo de 10 años. Durante cinco años recibió varios tratamientos: corticosteroides tópicos, cloruro de capronio tópico, prednisona oral, acetónido de triamcinolona intralesional y crioterapia, sin obtener ningún resultado, interrumpiendo el tratamiento pocos años antes. Acudió a la clínica dermatoló-

gica del Hospital Hanawa Kousei por presentar eritema facial asintomático de un año de evolución. El examen físico reveló lesiones eritemato-descamativas infiltradas en la mejilla, nariz, labios y zona superior de la espalda (figs. 1A y B). También se observó una alopecia total del cuero cabelludo (fig. 1A), ausencia de cejas pero las pestañas permanecían intactas. Los estudios de laboratorio mostraron anticuerpos antinucleares positivos (ANA) (1:1.280, moteado), estando en rango en rango de normalidad las demás pruebas realizadas (hemograma, función hepática y renal, niveles de complemento sérico, anticuerpos anti-ADN bicatenario, anticuerpos anti-Sm, anticuerpos anti-SS-A, anticuerpos anti-SS-B y anticuerpos antifosfolípido). La biopsia cutánea de la mejilla mostró queratinización de células aisladas, licuefacción de la membrana basal e infiltración focal de células mononucleares en la dermis (fig. 1C). El examen por inmunofluorescencia directa mostró depósitos lineales de IgG, IgM y C3. Se diagnosticó un LED. Tras seis meses de tratamiento con hidroxicloroquina oral (Plaquenil®, Sanofi,