



ACADEMIA ESPAÑOLA  
DE DERMATOLOGÍA  
Y VENEREOLOGÍA

# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### Motivos de consulta dermatológica entre los pacientes trasplantados renales

#### Kidney transplant recipients' reasons for consulting dermatologists

Sr. Director,

El trasplante renal constituye el tratamiento de elección para la enfermedad renal terminal<sup>1</sup>. Con los años el número de trasplantes se ha ido incrementando y alcanzó los 3.423 procedimientos en España en 2019<sup>2</sup>. Debido al aumento en la esperanza de vida, los pacientes son expuestos durante más años a una inmunosupresión crónica, lo que influye en el desarrollo de diferentes enfermedades, como el cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), que aparece de 15 a 20 años antes que en la población general<sup>3</sup>. A pesar de que el cáncer cutáneo en esta población de pacientes se ha estudiado de forma extensa, se conoce menos acerca del resto de las enfermedades cutáneas que desarrollan estos pacientes. Algunas de las dermatosis que más se han descrito en este grupo de pacientes incluyen las infecciones oportunistas o las derivadas de los efectos secundarios a los fármacos inmunosupresores, como pueden ser las estrías, las reacciones acneiformes o la hipertricosis<sup>4</sup>.

El objetivo principal de este estudio fue describir las lesiones cutáneas desarrolladas por los pacientes trasplantados renales y que habían motivado una consulta. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de las lesiones cutáneas desarrolladas hasta agosto de 2019 en todos los pacientes vivos trasplantados renales antes del 31 de diciembre de 2017 en un hospital de tercer nivel de las Islas Canarias. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas de Dermatología. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Tenerife, España).

Se incluyó a 338 pacientes trasplantados entre 1983 y 2017, con un periodo de seguimiento de hasta 36 años. Un total de 254 pacientes (75,1%) desarrollaron algún tipo de lesión cutánea. Las lesiones más frecuentes fueron las tumorales benignas (37,6%). Cuando se analizaron las lesiones de forma individual, la más frecuente de forma global fue la queratosis actínica (28,7%) (fig. 1).

Durante los primeros 5 años las lesiones predominantes fueron las infecciones agudas y las inflamatorias y, tras

más de 20 años, las lesiones tumorales benignas y malignas (fig. 2).

El porcentaje de pacientes trasplantados que presentaron un cáncer cutáneo fue del 30,2%. El 28,7% desarrolló CCNM, dentro de los cuales se contabilizaron carcinoma basocelular (CBC) y carcinoma epidermoide (CEC) e intraepidérmico. El cáncer cutáneo más frecuente en nuestros pacientes trasplantados renales fue el CBC (21,9%) (tabla 1). El tiempo medio de aparición de cualquier cáncer cutáneo fue de 7,6 años (rango: 1-23 años). La ratio CEC/CBC para el total de los pacientes fue de 0,69:1.

Con relación a otras poblaciones descritas en la literatura, en una cohorte india las lesiones más frecuentes fueron las de interés estético (62,3%), todas relacionadas con el tratamiento farmacológico, e infecciosas (27,3%), de las que las lesiones causadas por hongos (58,7%) y virus (29,3%) eran la mayoría. Las neoplasias fueron infrecuentes (2,1%) y todas fueron benignas, aunque se ha de tener en cuenta que el periodo de seguimiento abarcó solo hasta los primeros 6 meses tras el trasplante<sup>4</sup>. En otra serie italiana también las infecciones más frecuentes fueron por hongos, seguidas de las de virus y bacterias. Todas las lesiones precancerosas aparecieron tarde, la mayoría de las cuales fueron queratosis actínicas, 2 de ellas se convirtieron en CEC y 2 pacientes fallecieron por sarcoma de Kaposi y melanoma<sup>5</sup>. En cuanto al cáncer cutáneo, en una cohorte de pacientes irlandeses se vio que un cuarto de ellos desarrollaron lesiones cutáneas malignas<sup>6</sup>. El CEC es el CCNM más frecuente en pacientes trasplantados renales, seguido del CBC, con una relación de 3:1, mientras que en la población general esa ratio está invertida<sup>7</sup>. En nuestra serie fue el CBC el cáncer cutáneo más frecuente, con una relación de 0,69:1. De la misma manera, en otra cohorte española, se describió una relación CEC/CBC de 1:3,1 en los primeros 3 años, mientras que al final del estudio fue de 1:1,4<sup>8,9</sup>. Es posible que diferentes factores, como la genética, los hábitos de exposición solar y el fototipo puedan influir en el desarrollo de diferentes tipos de cáncer cutáneo. No hay que olvidar que la mayoría de los datos descritos sobre cáncer cutáneo en pacientes trasplantados provienen de poblaciones del norte de Europa y Australia, donde los pacientes tienen fenotipos más bajos y diferentes hábitos de exposición solar. Por otro lado, el hecho de que muchos CBC no queden registrados podría explicar también las diferencias<sup>9</sup>.

Las lesiones infecciosas e inflamatorias cobran mayor importancia durante los primeros años tras el trasplante,

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.01.024>

0001-7310/© 2023 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/>).

**Tabla 1** Lesiones cutáneas agrupadas al detalle

Tumores benignos	N	%
Queratosis seborreica	58	17,2
Verruga vírica	52	15,4
Nevus	28	8,3
Quiste	28	8,3
Fibroma blando	27	8
Hiperplasia sebácea	8	2,4
Léntigo	8	2,4
Angioma	7	2,1
Lipoma	6	1,8
Dermatofibroma	4	1,2
Leucoqueratosis	2	0,6
Queratosis liquenoide	2	0,6
Sebaceoma	2	0,6
Adenoma sebáceo	1	0,3
Angiofibromas	1	0,3
Poroma	1	0,3
Queratosis folicular invertida	1	0,3
Queratosis pilar	1	0,3
Tricoblastoma	1	0,3
Lesiones tumorales malignas	N	%
Cáncer cutáneo (todos)	102	30,2
Carcinoma basocelular + carcinoma epidermoide (incluyendo carcinoma intraepidérmico)	97	28,7
Carcinoma basocelular + carcinoma epidermoide	89	26,3
Carcinoma basocelular	74	21,9
Carcinoma epidermoide (incluyendo carcinoma intraepidérmico)	51	15,1
Carcinoma epidermoide	33	9,8
Carcinoma intraepidérmico	32	9,5
Queratoacantoma	5	1,5
Porocarcinoma	3	0,9
Angiosarcoma	1	0,3
Carcinoma triquilemal	1	0,3
Carcinoma sebáceo	1	0,3
Carcinosarcoma	1	0,3
Linfoma cutáneo	1	0,3
Melanoma	1	0,3
Papulosis bowenoide	1	0,3
Sarcoma de Kaposi	1	0,3
Tumor aneural de glándulas sudoríparas maligno	1	0,3
Carcinoma de Merkel	0	0
Carcinoma verrucoso	0	0
Infecciones agudas	N	%
Micosis	38	11,2
Herpes zóster	28	8,3
Erisipela/celulitis	11	3,3
Absceso	9	2,7
Foliculitis	9	2,7

**Tabla 1** (continuación)

Infecciones agudas	N	%
Herpes simple	6	1,8
Forunculosis	5	1,5
Escabiosis	2	0,6
Varicela	2	0,6
<i>Lingua nigra</i>	1	0,3
Molusco	1	0,3
Pediculosis	1	0,3
Lesiones tumorales de malignidad intermedia o premalignas	N	%
Queratosis actínica	97	28,7
Leucoplasia	1	0,3
Lesiones inflamatorias	N	%
Eccema	41	12,1
Acné	26	7,7
Aftas	10	3,0
Psoriasis	7	2,1
Rosácea	7	2,1
Balanitis	3	0,9
Liquen simple	3	0,9
Paniculitis	2	0,6
Condrodermatitis	1	0,3
Dermatosis erosiva	1	0,3
Hidradenitis supurativa	1	0,3
Necrosis lipóidica	1	0,3
Paroniquia	1	0,3
Urticaria	1	0,3
Úlcera mucosa	1	0,3
Vasculitis	1	0,3
Miscelánea	N	%
Xerosis	12	3,6
Alopecia	10	3,0
Prurito	7	2,1
Púrpura	7	2,1
Cicatriz	5	1,5
Melasma	4	1,2
Hiperqueratosis	3	0,9
Prúrigo	2	0,6
Lengua depapilada	1	0,3
Lengua escrotal	1	0,3
Onicodistrofia	1	0,3
Onicogriposis	1	0,3
Hiperhidrosis	1	0,3
Picaduras	1	0,3
Radiodermatitis	1	0,3
Reacción IDE o dermatofítides	1	0,3
Reacción fototóxica	1	0,3
SAHA (seborrea, acné, hirsutismo y alopecia)	1	0,3
Toxicodermia	1	0,3

## Grupos de lesiones

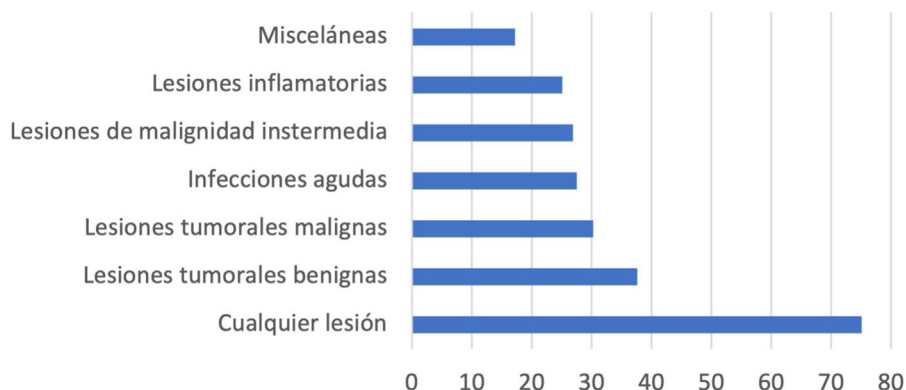


Figura 1 Grupos de lesiones cutáneas.

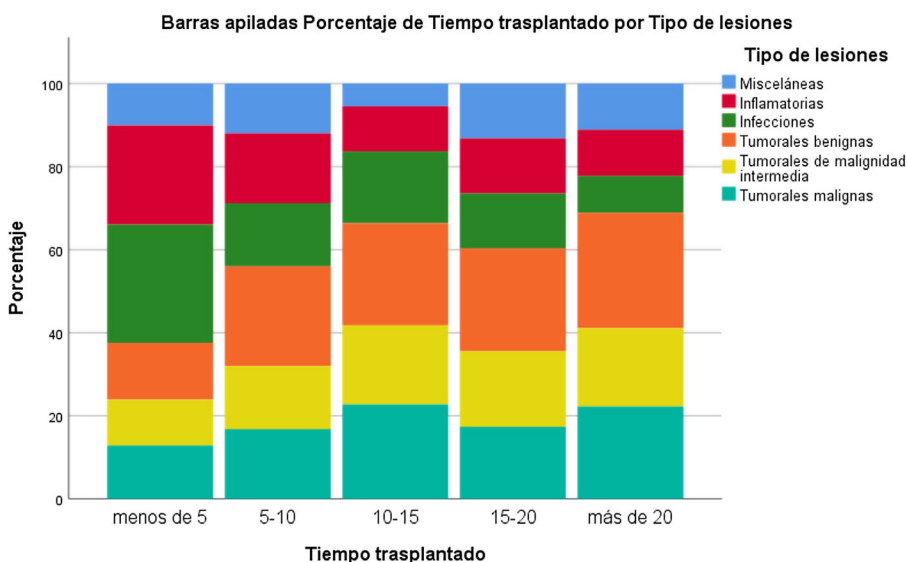


Figura 2 Lesiones cutáneas desarrolladas según el tiempo de seguimiento.

mientras que son las lesiones tumorales las predominantes con el paso del tiempo. Es destacable como el CBC parece ser la neoplasia cutánea maligna más frecuente en nuestra población de trasplantados renales, a diferencia de lo que ocurre en otras poblaciones estudiadas. Dada su indiscutible relación con la radiación ultravioleta, resulta fundamental mejorar el conocimiento y los hábitos de protección solar en ellos desde las primeras etapas del trasplante renal.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Wang JH, Hart A. Global perspective on kidney transplantation: United States. *Kidney360*. 25 de noviembre de 2021;2:1836-9.
2. Crespo M, Mazuecos A, Domínguez-Gil B. Global perspective on kidney transplantation: Spain. *Kidney360*. 25 de noviembre de 2021;2:1840-3.
3. Comeau S, Jensen L, Cockfield SM, Sapijaszko M, Gourishankar S. Non-melanoma skin cancer incidence and risk factors after kidney transplantation: A Canadian experience. *Transplantation*. 2008 27 de agosto;86:535-41.
4. George L, John G, Jacob C, Eapen P, Pulimood S, George R. Skin lesions in renal transplant recipients: A single center analysis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009;75:255.
5. Bencini P, Montagnino G, De Vecchi A, Tarantino A, Crosti C, Caputo R, et al. Cutaneous manifestations in renal transplant recipients. *Nephron*. 1983;79-83.
6. Bourke JF, Mellott GJ, Young M, Donohoe J, Carmody M, Keogh JAB. Skin cancer in an Irish renal transplant population. *IJMS*. abril de 1992;161:116-7.
7. Hayashida MZ, Fernandes VM, de Melo Fernandes DR, Ogawa MM, Tomimori J. Epidemiology and clinical evolution of non-melanoma skin cancer in renal transplant recipients: A single-center experience in São Paulo, Brazil. *Int J Dermatol*. octubre de 2015;54:e383-8.

8. Ferrándiz C, Fuente MJ, Ribera M, Bielsa I, Fernández MT, Lauzurica R, et al. Epidermal dysplasia and neoplasia in kidney transplant recipients. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:590–6.
9. Fuente MJ, Sabat M, Roca J, Lauzurica R, Fernández-Figueras MT, Ferrándiz C. A prospective study of the incidence of skin cancer and its risk factors in a Spanish Mediterranean population of kidney transplant recipients. *Br J Dermatol.* diciembre de 2003;149: 1221–6.

M. Arteaga Henríquez\* y M. García Bustínduy

*Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Tenerife, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mariaarteagah@gmail.com](mailto:mariaarteagah@gmail.com)  
(M. Arteaga Henríquez).