

Peróxido de benzoilo asociado con eritromicina en el manejo de la hipomelanosis macular progresiva del tronco

Benzoyl peroxide associated with erythromycin in the management of progressive macular hypomelanosis of the trunk.

Lucy García¹, Liliana Muñoz², Joaquín Benavides³.

1. Dermatóloga, docente de Dermatología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Dermatopatóloga, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Residente de Dermatología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Resumen

Se presenta una paciente de sexo femenino, mestiza, de 23 años de edad, con historia de 10 años de aparición de máculas hipopigmentadas en el dorso del tronco, asintomática, que había recibido múltiples tratamientos sin mejoría. Los hallazgos en el examen físico, sumados a los estudios de hongos e histopatológico, permitieron hacer el diagnóstico de hipomelanosis macular progresiva del tronco. Recibió tratamiento tópico con una combinación de peróxido de benzoilo y eritromicina, y presentó resolución de las lesiones. Se presenta el caso como ejemplo de una alternativa terapéutica en el manejo de esta entidad.

PALABRAS CLAVE: hipopigmentación, *Propionibacterium acnes*, eritromicina, peróxido de benzoilo.

Summary

A 23 year old female patient, racially mixed, with a 10 year history of hypopigmented asymptomatic spots in the lower back, who had received multiple treatments without any improvement. The clinical, mycological and histopathological findings made the diagnosis of progressive macular hypomelanosis of the trunk. She received a topical combination of benzoyl peroxide and erythromycin with resolution of the lesions. This case is an example of an alternative treatment.

KEY WORDS: Hypopigmentation, *Propionibacterium acnes*, erythromycin, benzoyl peroxide.

Correspondencia:

Lucy García.

Email: lucyga47@hotmail.com

Recibido: 20 de julio de 2009.

Aceptado: 10 de diciembre de 2009.

No se reportan conflictos de interés.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 23 años de edad, procedente de Palmira (Valle), con antecedentes personales y familiares negativos, con un cuadro clínico de 10 años de evolución de máculas hipopigmentadas asintomáticas en la espalda (**FIGURA 1**). Había recibido múltiples tratamientos, entre ellos: minociclina, ácido salicílico, fluconazol, ketoconazol y kelina, sin mejoría.

En el examen físico, se observaron múltiples máculas

ovaladas hipopigmentadas ubicadas en el dorso del tronco, que confluían en la región medial, sin alteración en la sensibilidad. Bajo la luz de Wood, se observaron áreas foliculares fluorescentes en el centro de las zonas hipopigmentadas. Se consideraron dos posibles diagnósticos: hipomelanosis macular progresiva del tronco o hipopigmentación posinflamatoria, posiblemente, secundaria a pitiriasis versicolor. Se decidió realizar estudio micológico e histopatológico de las lesiones.

El examen micológico fue negativo para microorganismos patógenos. En la histopatología se observó

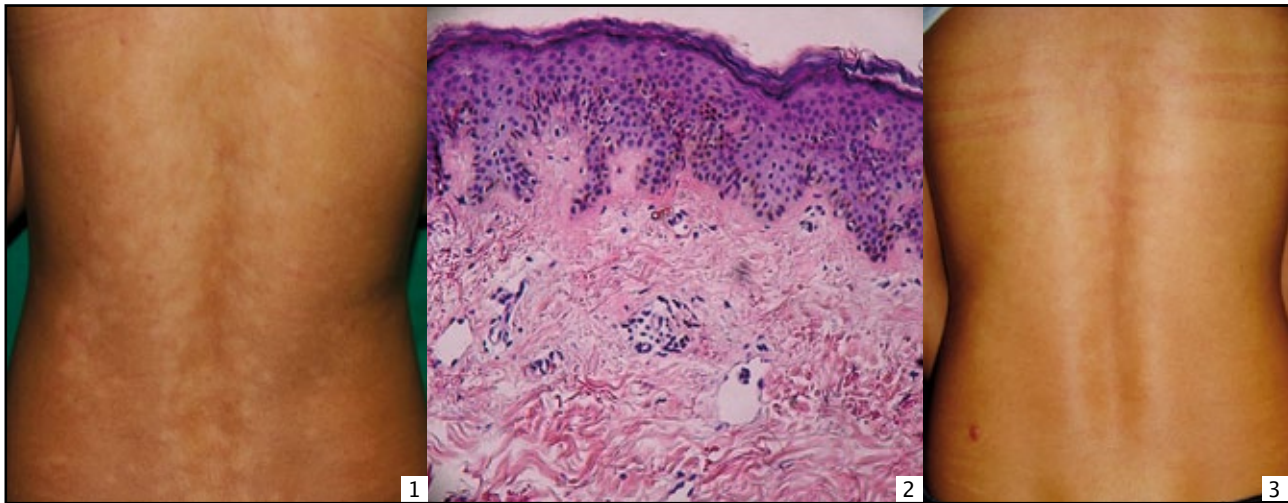


FIGURA 1. Máculas hipopigmentadas ovaladas y confluentes en el dorso.

FIGURA 3. Hiperqueratosis ortoqueratósica, sin presencia de infiltrados ni alteración de la arquitectura de la epidermis. Hematoxilina eosina, 10X.

FIGURA 3. Control a las 12 semanas de tratamiento; se observa resolución de las lesiones del dorso.

hiperqueratosis ortoqueratósica, sin alteraciones en la arquitectura de la epidermis, sin presencia de infiltrados y la coloración de PAS fue negativa (FIGURA 2).

Con lo anterior, se corroboró la impresión diagnóstica de hipomelanosis macular progresiva del tronco. Se formuló tratamiento con un preparado de peróxido de benzoilo al 4%, asociado con eritromicina al 4% en gel, para aplicación en las zonas afectadas. En el control clínico a las 12 semanas, se observó resolución de las lesiones (FIGURA 3). No ha tenido recidiva después de dos años de seguimiento.

Discusión

La denominación de “hipomelanosis macular progresiva idiopática del tronco” fue acuñada por Guillet *et al.*¹ en los años 80. Hace parte de los trastornos pigmentarios que se caracterizan por hipopigmentación. En la literatura también aparece descrita con nombres como: *cutis trunci variata*, hipomelanosis idiopática múltiple de grandes máculas, e hipomelanosis numular y confluyente del tronco^{2,3}, entre otros, los cuales en la actualidad se consideran sinónimos de la misma condición.

La prevalencia es desconocida^{2,3}, posiblemente debido a que es subdiagnosticada. Se ha descrito en diferentes zonas del mundo, afectando la población de adolescentes y adultos jóvenes, principalmente, mujeres²⁻⁴.

La etiología también se desconoce. Se ha planteado que puede estar relacionada con la mezcla étnica^{2,3} o la infección por especies del género *Malassezia*, o ser parte

de una genodermatosis⁵, pero los hallazgos más recientes difieren de estos conceptos. En 2001, Westerhof describió la presencia de *Propionibacterium acnes* en un grupo de pacientes afectados por esta condición^{2,3}. De estos hallazgos se propuso la teoría que *P. acnes* estaba implicado en el trastorno pigmentario. Los estudios de microscopía electrónica han evidenciado una alteración en la melanogénesis y los melanosomas, los cuales permanecen en estadios inmaduros^{2,6,7} y recuperan su proceso normal de maduración una vez se erradica *P. acnes*.

Clínicamente, se presentan como máculas numulares, asintomáticas, confluentes en la línea media del tronco^{2,3}. No se han descrito casos con compromiso de la cara ni de las extremidades. En las personas afectadas no se ha documentado la presencia de trastornos inflamatorios previos. El examen bajo la luz de Wood revela una fluorescencia roja folicular que, generalmente, se ubica en la región central de las áreas hipopigmentadas⁸.

El examen directo y el cultivo para hongos son negativos, y no se han detectado alteraciones en las pruebas de sensibilidad. En la histopatología se ha descrito una disminución relativa de la pigmentación de los queratinocitos cuando se compara con la piel no afectada, sin alteración en el número de melanocitos^{3,6,8}. No se ha reportado la presencia de infiltrados inflamatorios ni hallazgos indicativos de un proceso maligno.

Los diagnósticos diferenciales incluyen la hipopigmentación postinflamatoria, la pitiriasis versicolor, la pitiriasis alba, la enfermedad de Hansen y la micosis fungoide hipopigmentada^{3,8}.

Con base en la teoría infecciosa relacionada con *P. acnes*, se han descrito modalidades terapéuticas tendientes a la erradicación del germen y la estimulación de la pigmentación. Algunos autores han propuesto que los tratamientos deben combinar el uso de antibióticos tópicos o sistémicos con la exposición a luz ultravioleta A o a la luz solar^{4,9}, pero estas últimas modalidades no son completamente aceptadas⁶.

Hasta el momento no hay un consenso sobre el tratamiento; generalmente, las terapias son inefectivas y las lesiones recurren luego de suspenderlas^{2,4,9}.

Los estudios realizados en pacientes con acné vulgar han documentado que *P. acnes* es sensible al tratamiento tópico con eritromicina, clindamicina y peróxido de benzoilo. Se han utilizado solos o en combinación. La terapia combinada (peróxido de benzoilo con antibiótico) es superior a la monoterapia, porque incrementa los efectos antimicrobiano y antiinflamatorio, y disminuye la resistencia bacteriana y la irritación asociada con altas concentraciones de peróxido de benzoilo¹⁰⁻¹³.

En el caso clínico presentado, se utilizó un tratamiento tópico combinado (peróxido de benzoilo asociado con eritromicina) y se obtuvo un resultado satisfactorio y sostenido. Esta combinación se propone como una opción terapéutica en esta entidad.

Conclusiones

La hipomelanosis macular progresiva del tronco es una condición frecuente en la población joven, muchas veces confundida con sus diagnósticos diferenciales. Las lesiones son crónicas, asintomáticas y se ubican, principalmente, en el dorso. No existe un tratamiento definitivo y la recurrencia es frecuente. En el caso clínico presentado, se obtuvo una respuesta terapéutica satisfactoria y sostenida en el tiempo, al combinar peróxido de benzoilo con eritromicina. Se debe aclarar la participación de *P. acnes* en la fisiopatología de la entidad.

Referencias

1. Guillet G, Helenon R, Gauthier Y, Surleve-Bazeille JE, Plantin P, Sassolas B. Progressive macular hypo melanosis of the trunk: primary acquired hypopigmentation. *J Cutan Pathol.* 1988;15:286-9.
2. Relyveld GN, Menke HE, Westerhof W. Progressive macular hypomelanosis an overview. *Am J Clin Dermatol.* 2007;8:13-9.
3. Westerhof W, Relyveld GN, Kingswijk MM, de Man P, Menke HE. Propionibacterium acnes and the pathogenesis of progressive macular hypomelanosis. *Arch Dermatol.* 2004;140:210-4.
4. Perman M, Sheth P, Lucky AW. Progressive macular hypomelanosis in a 16-year old. *Pediatr Dermatol.* 2008;25:63-5.
5. Borelli D. Cutis trunci variata: nueva genodermatosis. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1987;15:317-9.
6. Kumarasinghe SPW, Tan SH, Thng S, Thamboo TP, Liang S, Lee YS. Progressive macular hypomelanosis in Singapore: a clinico-pathological study. *Int J Dermatol.* 2006;45:737-42.
7. Relyveld GN, Dingemans KP, Menke HE, Bos JD, Westerhof W. Ultrastructural findings in progressive macular hypomelanosis indicate decreased melanin production. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:568-74.
8. Mollet I, Ongenaes K, Naeyaert JM. Origin, clinical presentation, and diagnosis of hypomelanotic skin disorders. *Dermatol Clin.* 2007;25:363-71.
9. Relyveld GN, Kingswijk MM, Reitsma JB, Menke HE, Bos JD, Westerhof W. Benzoyl peroxide/clindamycin/UVA is more effective than fluticasone/UVA in progressive macular hypomelanosis: A randomized study. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:836-43.
10. Dreno B. Topical antibacterial therapy for acne vulgaris. *Drugs* 2004;64:2389-97.
11. Basak PY, Gultekin F, Kiline I, Delibas N. The effect of benzoyl peroxide and benzoyl peroxide/erythromycin combination on the antioxidative defense system in papulopustular acne. *Eur J Dermatol.* 2002;12:53-7.
12. Eady EA, Bojar RA, Jones CE, Cove J H; Holland K T; Cunliffe W J. The effects of acne treatment with a combination of benzoyl peroxide and erythromycin on skin carriage of erythro-mycin-resistant propionibacteria. *Br J Dermatol.* 1996;134:107-13.