

Reacción de contacto alérgico tipo liquen rojo plano a la resina butil fenol paraterciario

Rodrigo Núñez Rinta

Norma González Tobón

Rodrigo Restrepo Molina

RESUMEN

EL LIQUEN plano o las erupciones liquenoides se observan frecuentemente luego de la administración de medicamentos y del contacto con ciertos químicos. Describimos un caso clínico de reacción de contacto alérgico tipo liquen rojo plano inducido por la resina butil fenol paraterciario (resina PTBP).

Palabras clave: dermatitis de contacto, liquen plano.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo femenino, de treinta y ocho años de edad, con un año de evolución de lesiones pigmentadas, pruriginosas, en el dorso de los pies, quien había recibido varios tratamientos con esteroides tópicos, despigmentantes y emolientes, sin mejoría. Antecedentes personales negativos.

Al examen físico presentaba placas hiperpigmentadas café, bilaterales y simétricas en dorso de ambos pies, con liquenificación y en la superficie pápulas eritemato-violáceas, planas, brillantes, sin compromiso de las plantas ni de la región interdigital (Figura 1).



Figura 1. Placas hiperpigmentadas café, bilaterales y simétricas en el dorso de ambos pies, con liquenificación y en la superficie pápulas eritemato-violáceas, planas, brillantes.

El estudio histopatológico evidenció hiperqueratosis con acantosis del epitelio en diente de sierra y un infiltrado linfocitario en banda en la parte superior de la dermis, acompañado de algunos melanófagos y cuerpos apoptóticos (Figura 2).

Se realizaron las pruebas de parche con la batería estándar europea, y la lectura a las 48 y 96 horas mostró una relevancia actual para la resina paraterciario butil fenol formaldehído (Figura 3).

A la paciente se le instruyó sobre el uso de calzado libre de resina y se le inició tratamiento con esteroides de alta potencia, presentando un año después mejoría notoria de las lesiones sin recidivas.

DISCUSIÓN

El liquen plano o las erupciones liquenoides se observan frecuentemente luego de la administración de medica-

Rodrigo Núñez Rinta, *Dermatólogo docente, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.*

Norma González Tobón, *RIII Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.*

Rodrigo Restrepo Molina, *Docente Dermatopatología, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.*

Correspondencia: Norma González Tobón E-mail normanche@epm.net.co. Clínica Universitaria Bolivariana Calle 78B No. 72A-109. Teléfono: 445 5900 Ext. 563 Medellín Colombia.

Reacción de contacto alérgico tipo liquen rojo plano a la resina butil fenol paraterciario

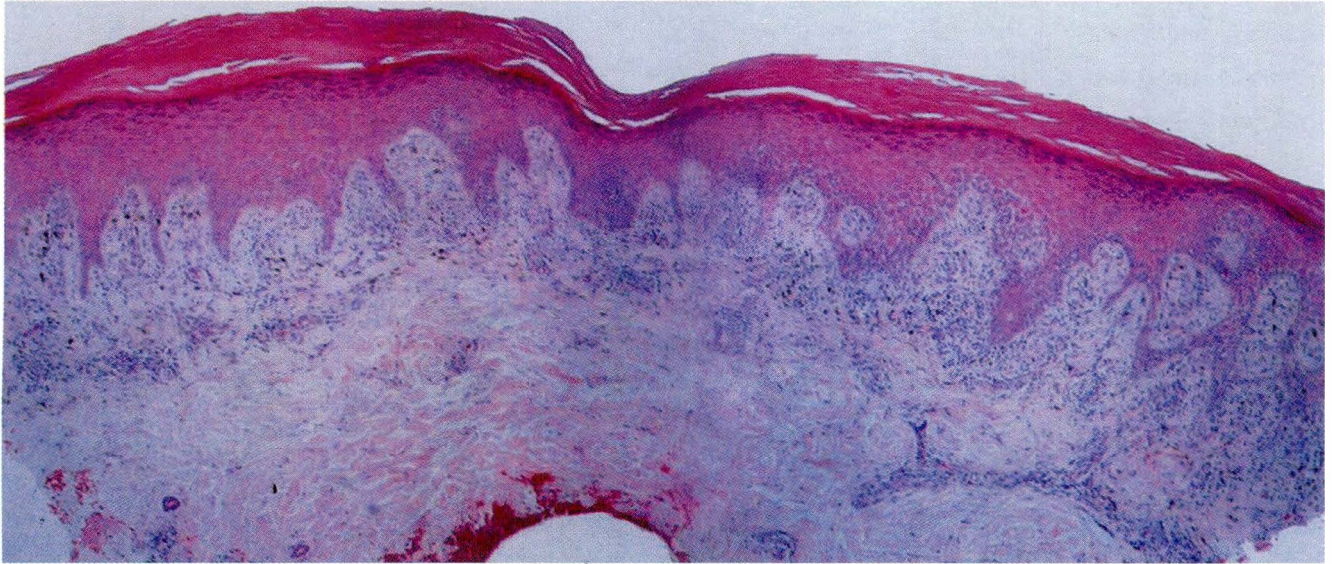


Figura 2. Se observa hiperqueratosis con acantosis del epitelio en diente de sierra y un infiltrado linfocitario en banda en la parte superior de la dermis acompañado de algunos melanóforos y cuerpos apoptóticos.



Figura 3. En las pruebas de parche se observa relevancia actual para la resina paraterciario butil fenol formaldehído.

mentos, ya sea por vía oral o parenteral, como las tiazidas, oro, beta-bloqueadores y los diuréticos, pero son poco comunes luego del contacto directo de la piel con químicos.

Los químicos hasta el momento identificados que pueden causar este tipo de dermatitis de contacto incluyen los agentes reveladores de color,² ésteres de metacrilato,¹ sales de níquel, antioxidantes de gomas, aminoglicósidos,³

mercurio, cobre y resinas epoxi.⁴

Describimos un caso de una reacción a liquen rojo plano de contacto alérgico inducido por la resina butil fenol paraterciario (resina PTBP). En la bibliografía consultada por los autores no se encontraron casos de reacción a la resina PTBP tipo liquen rojo plano.

Los hallazgos clínicos e histopatológicos de las erupciones liquenoides no siempre muestran las características típicas del liquen plano. Las manifestaciones clínicas pueden variar desde un eccema hasta una verdadera apariencia de liquen plano con pápulas poligonales, aplanadas, eritematosas o violáceas, que en ocasiones tienen una umbilicación central,¹ lo que resaltamos de nuestra paciente, en la cual tanto los hallazgos clínicos como histológicos son característicos de un liquen rojo plano.

La alergia por contacto al PTBP no es rara. Uno de los primeros reportes de alergia a esta resina lo hizo Malten en 1958, quien describió un eccema ocupacional por la resina PTBP presente en los pegantes de los zapatos.

La resina consiste en un gran número de sustancias, que en su mayoría aún no han sido definidas químicamente. Son resinas sintéticas policondensadas, obtenidas mediante reacciones sucesivas de P-ter-butyl-fenol y formaldehído. Son sustancias de bajo peso molecular y con un alto

Reacción de contacto alérgico tipo liquen rojo plano a la resina butil fenol paraterciario

poder de sensibilización. Se encuentran principalmente en pegamentos para el calzado, marroquinería, automóviles, bactericidas, pinturas, tintas de imprenta, adhesivos y prótesis, entre otros.

Estos antígenos causan reacciones positivas en el 1.8% de los pacientes a quienes se les realizan pruebas de parche.⁵

La dermatitis de contacto debida a la resina PTBP se puede manifestar clínicamente como:

1. Lesiones eritematosas, descamativas, exudativas y con vesículas frecuentemente localizadas en el dorso de los pies, pero pueden comprometer cualquier parte del cuerpo. Esta forma es la más frecuente.
2. Hipopigmentación: debida a la toxicidad de los melanocitos causada por el fenol.
3. Hiperpigmentación: esta forma es poco frecuente.
4. Liquen plano y reacciones liquenoides.
5. Quemaduras.
6. Eritema multiforme.⁵

En conclusión, reportamos una paciente con una forma clínica poco frecuente de una reacción a liquen rojo plano debida a la resina PTBP.

SUMMARY

Lichen planus or lichenoid eruptions are frequently observed after drugs administration or chemical skin contact. We describe a patient with red lichen planus reaction to Para tertiary butyl phenol formaldehyde resin.

Key words: contact dermatitis allergic, red lichen planus reaction.

Bibliografía

1. Kamura T, Fukuda S, Ohtake N, Furue M, Tamaki K. Lichen planus-like contact dermatitis due to methacrylic acid esters. *Br J Dermatol.* 1996; 134 (2):358-360.
2. Brancaccio RR, Cockerell CJ, Belsito D, Ostreicher R. Allergic contact dermatitis from color film developers: clinical and histologic features. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 28(5 Pt 2):827-830.
3. Lembo G, Balato N, Patruno C, Pini D, Ayala F. Lichenoid contact dermatitis due to aminoglycoside antibiotics. *Contact Dermatitis.* 1997; 17(2):122-123.
4. Lichter M, Drury D, Remlinger K. Lichenoid dermatitis caused by epoxy resin. *Contact Dermatitis.* 1992; 26(4):275.
5. Salazar LC, Romaguera C. Resinas paraterciario butil-fenol-formol. En: Gimenez JM. *Dermatitis de contacto,* 1999: 271-74, 110, 214-223.

Queratoacantoma gigante y tratamiento con 5-fluoruracilo intralesional

Rafael Arango Vélez

Lucía Van Den Enden Medina

RESUMEN

EL QUERATOACANTOMA ES un tumor cutáneo de diferenciación controvertida, compuesto de células escamosas queratinizantes que se originan en el folículo pilosebáceo. Sin embargo, puede causar gran destrucción de tejido normal en su fase de crecimiento rápido.

Se presenta el caso de una mujer de sesenta y tres años con un queratoacantoma gigante en el antebrazo izquierdo. Se muestran los excelentes resultados cosméticos y funcionales después de tratamiento con 5-fluoruracilo intralesional.

Palabras clave: queratoacantoma, 5-fluoruracilo.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de sesenta y tres años con historia de aparición de una lesión papular en el dorso del antebrazo izquierdo de tres meses de evolución, con crecimiento rápido. Al examen físico se encontró una lesión de aspecto tumoral con bordes regulares elevados y un tapón córneo central de 5 cm x 5 cm de diámetro (Figura 1). Los cortes de histología muestran piel cuya epidermis presenta hiperplasia irregular con hipergranulosis e hiperparaqueratosis. Se aprecia una neoplasia epitelial compuesta por masas irregulares de células que exhiben puentes intercelulares, moderado pleomorfismo, mitosis, hiper cromatismo nucleolar, citoplasma eosinofílico y abundantes focos de cronificación (Figura 2). En la dermis peritumoral



Figura 1. Se aprecia una lesión tumoral morfológicamente típica de un queratoacantoma gigante (mayor de 3 cm de diámetro) en el dorso del antebrazo izquierdo.

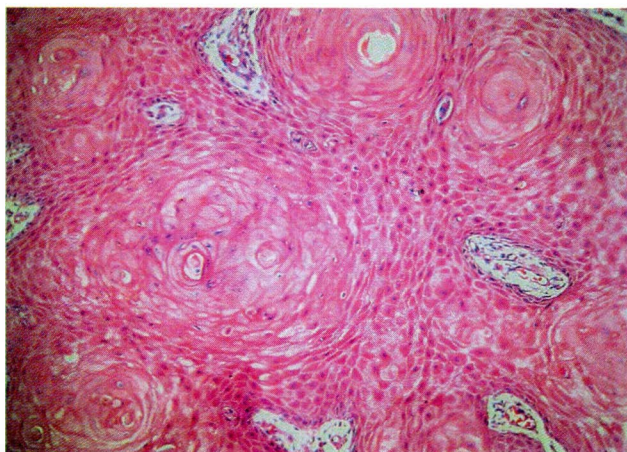


Figura 2. En este corte histológico se observan las proliferaciones epidérmicas y los remolinos córneos con queratinización completa en su centro, moderado pleomorfismo, puentes intercelulares y citoplasma eosinofílico.

Rafael Arango Vélez, RII Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales.

Lucía Van Den Enden Medina, Docente Dermatología Universidad de Caldas, Manizales.

Correspondencia: Rafael Arango Vélez. Carrera 25 No. 48-57. Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias para la Salud. Sección Dermatología E-mail: rafaelarangovelez@hotmail.com

Queratoacantoma gigante y tratamiento con 5-fluoruracilo intralesional

se aprecian densos infiltrados inflamatorios mixtos y telangiectasias. Diagnóstico: queratoacantoma.

Se trató con 5-fluoruracilo intralesional no diluido a razón de 2 ml por sesión (50 mg/ml). Se realizaron tres infiltraciones con intervalos de dos a tres semanas cada una. Se suspendió el tratamiento por la involución de más del cincuenta por ciento de la lesión después de la tercera infiltración (Figura 3), con excelente resultado cosmético y funcional después de dos años (Figura 4).



Figura 3. Se aprecia involución de más del 50% del tamaño de la lesión luego de la terapia con 5-fluoruracilo intralesional después de la tercera infiltración.

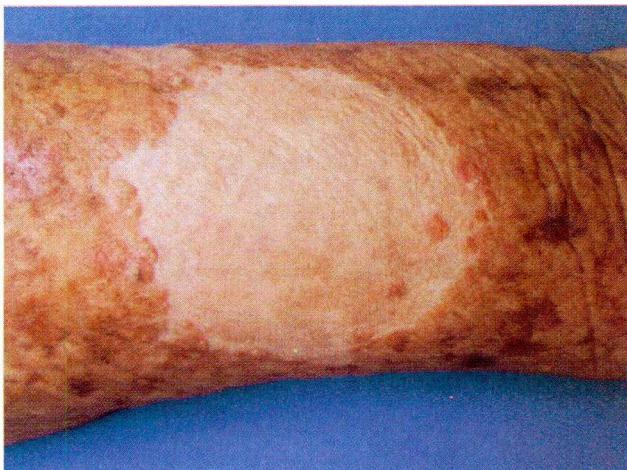


Figura 4. Se observa la lesión cicatrizal residual del queratoacantoma gigante luego de dos años de tratamiento con 5-fluoruracilo intralesional, sin recidiva del tumor.

DISCUSIÓN

El queratoacantoma es un tumor cutáneo de diferenciación controvertida compuesto de células escamosas queratinizantes que se originan en el folículo pilosebáceo; y se caracteriza por su crecimiento rápido. La presentación clínica usual es una pápula roja en forma de domo umbilicada en el centro, que crece rápidamente hasta alcanzar su máximo tamaño entre seis y nueve semanas, y en este punto se caracteriza por tener forma de cráter con un tapón córneo central. Al finalizar su crecimiento se estabiliza por unas ocho semanas aproximadamente y típicamente sufre involución espontánea en un período de dos a ocho semanas. Existen diversas variantes clínicas, entre ellas el queratoacantoma gigante, que son definidas como queratoacantomas morfológicamente típicos y tienen un diámetro mayor de tres centímetros. Estas lesiones pueden ser extremadamente agresivas y causan destrucción tisular local en su fase de regresión, dejando como resultado una cicatriz atrófica, especialmente cuando son grandes y cuando se localizan en la zona centrofacial. Existen diferentes tipos de terapias aceptables disponibles para los queratoacantomas. Éstas incluyen: cirugía excisional, curetaje, electrodisecación, radioterapia, terapia tópica o intralesional y terapia sistémica con retinoides o metotrexate.² Cualquiera que sea el tratamiento, el promedio de recurrencia está entre el 3% y el 8% dentro de los primeros seis meses después de iniciado el tratamiento.

La escisión quirúrgica de la lesión sigue siendo el procedimiento más indicado en la mayoría de queratoacantomas solitarios de tamaño intermedio o pequeños.

Desde 1962, Klein y colaboradores describieron por primera vez el uso con éxito del 5-fluoruracilo intralesional en el tratamiento de queratoacantomas. Parker y Hanke publicaron en 1986 los resultados del tratamiento con 5-fluoruracilo intralesional y describieron excelentes resultados cosméticos sin complicaciones en queratoacantomas gigantes con localizaciones críticas.^{1,2} Los resultados cosméticos han sido superiores a los obtenidos con lesiones similares tratadas con métodos quirúrgicos.¹

El 5-fluoruracilo es un antimetabolito análogo de las pirimidinas (uracilo y tiamina) que bloquea la timidilato y frena la síntesis de DNA, lo que ocasiona la muerte celular.⁵ Es selectivo en células tumorales con rápida división mitótica.⁵

Los efectos tóxicos incluyen estomatitis, náuseas, diarrea y anomalías hematológicas.⁵ La mayor complicación es la leucopenia, que se presenta entre siete y catorce

Queratoacantoma gigante y tratamiento con 5-fluoruracilo intralesional

días después del tratamiento. La dosis máxima diaria recomendada para un adulto es de 800 mg.⁵

Se recomienda la infiltración de 50 mg/ml, no diluidos, tanto en la periferia como en la base de la lesión, en forma generosa.¹ Las infiltraciones se pueden repetir con intervalos entre una y cuatro semanas, de acuerdo con la respuesta del paciente.¹

Siempre debe haber confirmación histológica de la lesión antes de iniciar el tratamiento intralesional con 5-fluoruracilo, puesto que así se puede evitar la demora en el manejo de un carcinoma escamocelular.² Además, se recomienda que las lesiones que no regresan o involucionan después de cinco infiltraciones al menos en un 70%-80% se deben reseca por completo y ser sometidas a nueva revisión histopatológica.²

CONCLUSIÓN

La paciente, de 63 años, con un queratoacantoma gigante en el dorso del antebrazo izquierdo tratado con 5-

fluoruracilo intralesional, mostró regresión completa del tumor y excelentes resultados cosméticos y funcionales sin recurrencia hasta el momento.

SUMMARY

Keratoacanthoma is a tumor of the skin with disputed differentiation composed of keratinizing squamous cells originating in pilosebaceous follicles. However, it can cause massive destruction of normal tissue during its rapid growth phase. We report a case of a 63 year-old female with a giant keratoacanthoma on the left forearm. We demonstrate the excellent cosmetic and functional results after treatment with intralesional 5-fluorouracil.

Key words: keratoacanthoma, 5-fluorouracil.

Bibliografía

1. Parker CM, Hanke CW. Large keratoacanthomas in difficult locations treated with intralesional 5-fluorouracil. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14:770-770.
2. Odom RB, Goette DK. Treatment of keratoacanthomas with intralesional fluorouracil. *Arch Dermatol* 1978; 114:1779-1783.
3. Eubanks SW, Gentry RH, Pattersons JW, et al. Treatment of multiple kerathoacantomas with intralesional fluorouracil. *J Am Acad Dermatol* 1982; (7):126-129.
4. Kurtis B, Rosen T. Treatment of cutaneous neoplasm by intralesional injections of 5- fluorouracil (5-FU) . *J Dermatol Surg Oncol* 1980; 6:122-127.
5. Miller E. The metabolism and pharmacology of 5-fluorouracil. *J Surg Oncol* 1981; (3): 309-315.