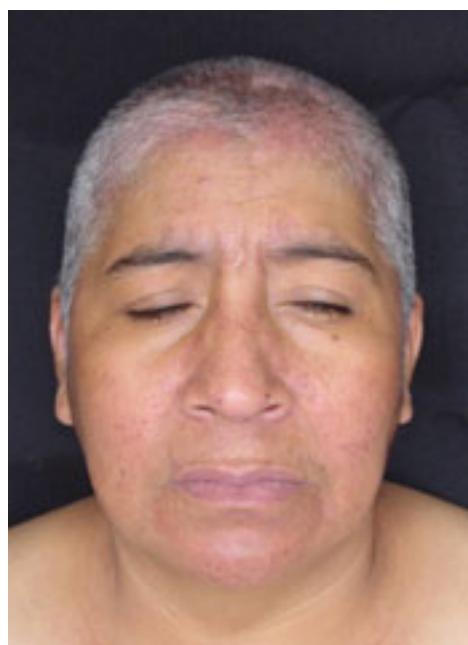
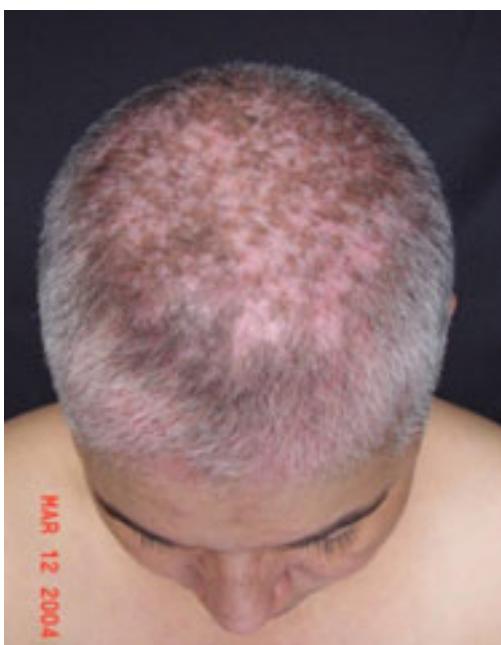


Caso para el diagnóstico. Eritema en piel cabelluda de tres años de evolución asociada al uso de tinte de pelo

Dra. Lourdes Alonzo Romero P.* Dra. Gisela Navarrete F.** Dra. Dina Sotomayor,*** Dra. Diana Medina C****



Figuras 1 y 2. Aspecto clínico de las lesiones.

Paciente femenino de 50 años de edad, originaria de Guerrero y residente en Naucalpan, Estado de México, acude por dermatosis en piel cabelluda y región centro-facial, constituida por eritema, escama fina y discromía, con intenso prurito. Refiere una evolución de tres años, con exacerbaciones periódicas, que la paciente asocia a la aplicación de tinte de pelo, por lo que decide mantener la cabeza rapada (*Figuras 1 y 2*).

Recibe como tratamiento previo a la consulta en nuestro Centro, fluocinonida gel en cabeza y cara, por dos años; mometasona ungüento durante un año



Figura 3. Lesiones sobre las articulaciones interfalángicas.

* Jefe del Servicio de Dermatosis Reaccionales Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatopatóloga, CDP.

*** Jefe del Servicio de Medicina de Rehabilitación, CDP.

**** Dermatóloga egresada, CDP.

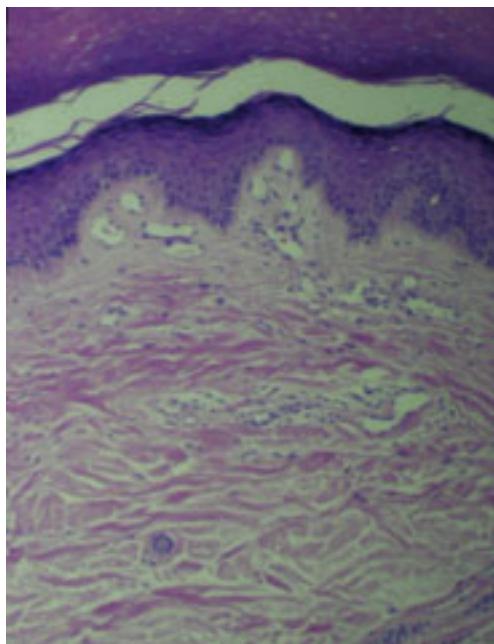


Figura 4. Epidermis con hiperqueratosis.

y cremas emolientes, con persistencia de las lesiones.

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA

A la exploración física se advierte eritema, pigmentación y telangiectasias en cara anterior de cuello, placas eritematoescamosas en codos y lesiones con aspecto de pápulas en articulaciones interfalángicas (*Figura 3*). Moderada debilidad muscular proximal, en cintura escapular.

Se realizaron estudios de laboratorio, encontrando como datos positivos, alteración en las enzimas séricas, con CPK 243, Aldolasa 263, TGO 152, TGP152.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Biopsia de piel: Epidermis con hiperqueratosis ortokeratósica, y acantosis discreta, que alterna con atrofia; en algunos sitios se observa engrosamiento de la membrana basal. En dermis superficial se observan

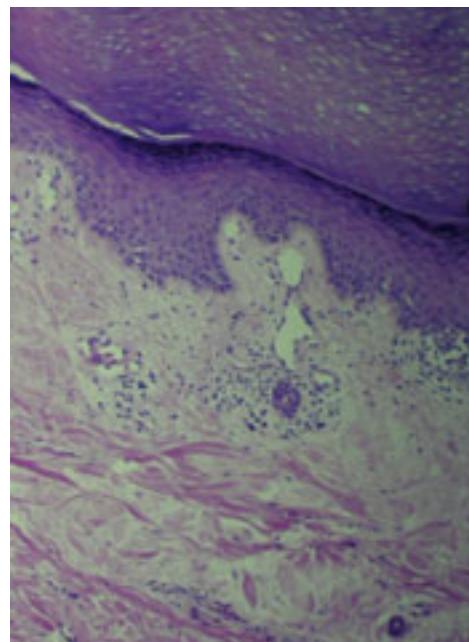


Figura 5. Epidermis con engrosamiento y acantosis. En dermis vasodilatación de la membrana basal. En dermis infiltrados linfocitarios perivasculares.

sitos de homogenización de las fibras de colágena, infiltrados linfocitarios discretos, perivasculares y perianexiales (*Figuras 4 y 5*).

ELECTROMIOGRAFÍA

Compatible con miopatía inflamatoria.

PRUEBAS EPICUTÁNEAS

Se aplicó serie de cosméticos y esteroides, donde encontramos prueba positiva tres cruces a parafenilendiamina, en la primera y segunda lecturas. Todos los alergenos de la serie de esteroides fueron negativos.

¿CON ESTOS DATOS QUÉ DIAGNÓSTICO PROPONE?

DIAGNÓSTICO

- Dermatomiositis tipo II
- Sensibilización a 4 parafenilendiamina

COMENTARIO

La dermatomiositis, es una enfermedad, que junto con la polimiositis y la miositis de cuerpos de inclusión, forma parte del grupo de las miopatías inflamatorias que no afectan la transmisión neuromuscular. Se trata de un trastorno idiopático que incluye una miopatía inflamatoria y manifestaciones cutáneas características.

La etiología de la dermatomiositis es desconocida, pero algunos estudios refieren una asociación con antígenos de histocompatibilidad y agentes ambientales como virus o medicamentos, en publicaciones recientes se sugiere que puede ser desencadenada por exposición a sustancias del tipo de la parafenilendiamina; se considera una patología autoinmune.

Es una enfermedad poco común con incidencia de 0.5 por millón y prevalencia de entre 10 a 60 casos por millón; es dos veces más frecuente en mujeres que en varones, sin embargo el rango se iguala en los ancianos. En la dermatomiositis del adulto, el promedio de edad, al momento del diagnóstico es de 40 años. La dermatomiositis amiopática es más común en adultos.

Las lesiones cutáneas características incluyen el eritema violáceo alrededor de los ojos y en las prominencias óseas (eritema heliotropo), este eritema distribuido en la zona centrofacial le otorga al paciente un aspecto "pseudo seborreico". Otro dato característico son las pápulas de Gottron, que consisten en lesiones violáceas en el dorso de las articulaciones metacarpofalángicas; este mismo eritema en codos y rodillas recibe el nombre de signo de Gottron. La poiquilodermia en tronco y las "manos de mecánico", son también alteraciones cutáneas características de la enfermedad. Puede haber prurito de intensidad variable. Estas lesiones cutáneas, asociadas con miositis, deben hacernos pensar en dermatomiositis.

La enfermedad descrita por Uverrritch en 1887, fue clasificada por Bohan y Peter en 1975 y posteriormente, a la clasificación original se agregó la variedad amiopática, la cual ha sido motivo de controversia debido a que no cumple estrictamente los criterios propuestos originalmente.

Los pacientes amiopáticos tienen esencialmente los cambios cutáneos descritos, con mínima o sin evidencia clínica de compromiso muscular. Esta variedad tiene una variación en frecuencia del 2 al 11% de los pa-

cientes con dermatomiositis. En estos casos se observa: letargia, prurito, fatiga, fotosensibilidad y artralgias. En algunos casos la miositis se desarrolla en forma tardía y en otros, la miositis que no pudo ser detectada por métodos estándar, puede ser demostrada sobre la base de la imagen de resonancia magnética.

En el caso que nos ocupa, la presencia de prurito, así como la asociación que la paciente estableció entre las lesiones y el tinte de pelo, llevó al diagnóstico equivocado de dermatitis por contacto y a postergar la identificación de la dermatomiositis.

Las pruebas epicutáneas constituyen el recurso ideal para el diagnóstico etiológico de la dermatitis por contacto alérgica. Se trata de una prueba biológica controlada, en las que se reproduce la dermatosis original; limitada local y temporalmente en contra de un alergeno, poniendo en evidencia la presencia de sensibilidad retardada (inmunidad celular) dirigida hacia un agente determinado. Sin embargo, es preciso recordar que un resultado positivo, no indica necesariamente que dicha sustancia esté implicada como causa directa de la dermatosis en estudio, y que por ello se requiere de establecer una cuidadosa correlación entre el cuadro clínico y el resultado de las pruebas, antes de emitir un diagnóstico. Sensibilización no es sinónimo de enfermedad. Pese a que nuestra paciente tenía una prueba positiva a parafenilendiamina (sensibilización), la persistencia de lesiones, a pesar de no teñirse el pelo desde hace varios años, descarta el diagnóstico de alergia a tintes, sin embargo debe considerarse la posibilidad de que el cuadro de dermatomiositis haya sido precipitado por este tipo de sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koler RA, Montemarano A. Dermatomyositis. *American Family Physician* 2001; 64: 2565-72.
2. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. Pt I. *N Engl J Med* 1975; 292: 344-74.
3. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. Pt II. *N Engl J Med* 1975; 292: 403-7.
4. Dalakas MC. Polymyositis, dermatomyositis and inclusion-body myositis. *N Engl J Med* 1991; 325: 1487-98.
5. Euwer RL, Sontheimer RD. Amyopathic dermatomyositis (dermatomyositis sine miositis). *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 959-667.
6. Cox NH, Lawrence CM, Langtry JA, Ive FA. Dermatomyositis. *Arch Dermatol* 1990; 126: 61-5.
7. Stephen O. Kovacs and Christine Kovacs. Dermatomyositis. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 899-920.
8. Bielsa MI. Manifestaciones cutáneas de las miopatías inflamatorias idiopáticas. *Piel* 2006; 7: 22-27.