

Múltiples pápulas amarillentas de distribución generalizada

Multiple yellowish papules with generalized extension

Diego Navajas,¹ Gabriel Páez,² Ariel Sehtman³ y Miguel Á. Allevato⁴

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 45 años de edad, con antecedentes de dislipemia y diabetes tipo I con mala adherencia al tratamiento y episodio de pancreatitis hace 7 años.

Enfermedad actual: consultó por dermatosis generalizada, asintomática, de un mes de evolución, sin tratamiento previo.

Examen físico dermatológico: múltiples pápulas amarillentas aisladas, algunas rodeadas por un halo eritematoso, de consistencia duroelástica, asintomáticas, de distribución simétrica, localizadas en espalda, brazos y miembros inferiores. No se observó compromiso de mucosas ni de fanebras (foto 1).

Exámenes complementarios: laboratorio: hemograma y función renal sin particularidades, glucemia 146 mg/dl, triglicéridos 2.214 mg/dl, colesterol total 298 mg/dl, HDL 45 mg/dl, LDL 201 mg/dl, bilirrubina total 0,6 mg/ml, bilirrubina directa 0,3 mg/ml, TGO 51, TGP 58, FAL 161.

Anatomía patológica de lesión en cuello: epidermis sin alteraciones significativas. En dermis papilar y reticular se reconoce infiltrado difuso de macrófagos cargados de lípidos (células espumosas) y la presencia de lípidos extracelulares (foto 2) (*Dermatol. Argent.*, 2014, 20 (5): 352-355).

Fecha de recepción: 16/04/2014 | **Fecha de aprobación:** 04/09/2014

¹ Médico residente de 2º año

² Médico residente de 1º año

³ Médico de planta

⁴ Jefe División Dermatología

Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA), División Dermatología,
Av. Córdoba 2351, 4º piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: divisiondermatologia@gmail.com



FOTO 1. Múltiples pápulas amarillas aisladas, algunas rodeadas de un halo eritematoso, asintomáticas.

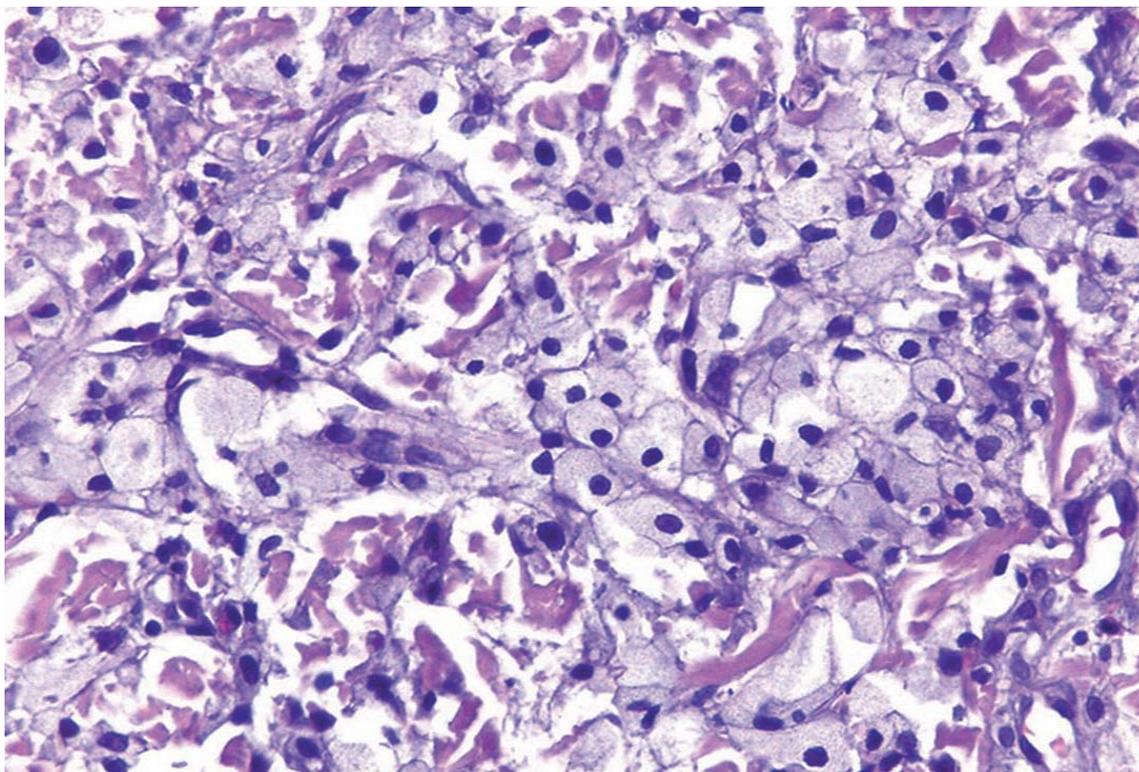


FOTO 2. Epidermis sin alteraciones significativas. En dermis papilar y reticular se reconoce infiltrado difuso de macrófagos cargados de lípidos (células espumosas) y la presencia de lípidos extracelulares.

Diagnóstico

Xantomas eruptivos

Comentarios

Los xantomas (X) son la expresión clínica del depósito de lípidos en la piel, aunque los pacientes pueden ser normolipémicos. La mayoría se asocia a alteraciones específicas del metabolismo de las lipoproteínas, y están constituidos por ésteres de colesterol y colesterol libre; ocasionalmente se acumulan otros ésteres e incluso triglicéridos.¹⁻³

Los xantomas eruptivos (XE) se presentan con mayor frecuencia en la adultez, y su aparición se asocia con niveles de triglicéridos superiores a 2.000 mg/dl, como se observó en el paciente presentado.

En cuanto a su etiología, puede asociarse a hiperlipemias primarias (tipos Fredrickson-Levy tipo I, IV y V), o secundarias a otras enfermedades como diabetes mellitus, pancreatitis crónica, alcoholismo, síndrome nefrótico, hepatitis y colestasis, hipotiroidismo, hemocromatosis y fármacos como los estrógenos, retinoides y corticoides.¹

El mecanismo exacto de la patogenia de los XE aún se desconoce. Se propone que las altas concentraciones de lipoproteínas en plasma favorecen la penetración de éstas en los capilares dérmicos, donde son fagocitadas y acumuladas por macrófagos, formando células o histiocitos espumosos.⁴⁻⁶

Las lesiones se presentan de manera súbita. Son múltiples pápulas amarillentas o eritematosas, de 1 a 4 mm, que con el tiempo pueden confluir formando placas y en ocasiones se rodean de un halo eritematoso. En general son asintomáticas, pero pueden acompañarse de prurito y/o dolor, y en algunas oportunidades exhibir fenómeno de Köebner. Se localizan en superficies extensoras de extremidades, espalda, hombros, glúteos y tronco.

En cuanto a su evolución, pueden remitir en semanas dejando cicatrices residuales o permanecer por meses.⁶⁻⁹

La histopatología se caracteriza por presentar macrófagos tisulares de aspecto espumoso cargados de lípidos localizados en dermis superficial y, ocasionalmente, en dermis reticular profunda. Los fibroblastos suelen estar aumentados en número si la lesión es antigua. También pueden observarse células gigantes multinucleadas tipo Touton.³⁻⁹

El diagnóstico se basa en la clínica, estudios de laboratorio y la histología. Los diagnósticos diferenciales comprenden: histiocitosis, xantogranuloma juvenil, granuloma anular diseminado y lepromas.⁸⁻¹⁰

El enfoque del tratamiento debe ser multidisciplinario. Dentro del plan terapéutico se incluyen distintos fármacos hipolipemiantes como las estatinas, fibratos, resinas de intercambio aniónico y el ezetimibe. También es preciso realizar una dieta pobre en grasas y en carbohidratos de absorción rápida, así como reducción de peso y ejercicio físico regular, sobre todo en pacientes con resistencia insulínica.

En caso de lesiones muy generalizadas, se pueden utilizar métodos destructivos como láser de CO₂, ácido tricloroacético al 50% o criocirugía.⁶⁻¹⁰

Se debe corregir el trastorno secundario si lo hubiese. A nuestro paciente, que presentaba una diabetes mal controlada, se le indicó fibratos 600 mg/día, medidas higienico-dietéticas, se interconsultó con los servicios de Nutrición y Diabetología, y se logró la disminución de los triglicéridos en sangre, un mejor control de la diabetes y la desaparición de los xantomas eruptivos en un plazo de 6 meses.

El dermatólogo tiene un papel clave en el diagnóstico de las hiperlipemias, puesto que en la mayoría de las ocasiones es el primero en observar las lesiones. Al identificarlas en forma oportuna permite hacer un diagnóstico precoz y comenzar un tratamiento temprano que evitará las complicaciones de las enfermedades sistémicas subyacentes a esta patología.⁸

Agradecimiento: a la Dra. María Juárez, médica patóloga.

Bibliografía

1. Renner R., Teuwen I., Harth W., Treudler R. Eruptive xanthome in hypertriglyceridemia, *Hautarzt*, 2008, 59: 995-999.
2. Park J.R., Jung J.H., Lee G.W., Kim M.A. et al. A case of hypothyroidism and type 2 diabetes associated with type V hyperlipoproteinemia and eruptive xanthomas, *J. Korean Med. Sci.*, 2005, 20: 502-505.
3. Barry Ladizinski M.D., Kachiu C. Lee M.D. Eruptive xantomas in a patient with severe hypertriglyceridemia and type 2 diabetes, *CMAJ*, 2013, 185.

4. Alencar Marques S., Chinem Pelafsky V.P., Alencar Marques M.E. Xantoma eruptivo: relato de caso com exuberantes manifestações clínicas e laboratoriais, *Diagn. & Tratamento*, 2009, 14: 70-73.
5. López Cepeda L., Ramos Garibay J.A., Petrocelli Calderón D., Manríquez Reyes A. Xantomas eruptivos como manifestación inicial de diabetes mellitus e hipertrigliceridemia severa, *Rev. Cent. Dermatol. Pasqua*, 2010, 19: 15-18.
6. Rodríguez Peralto J.L., Garrido M., Carrillo R. Xantomas. En Herrera Ceballos E., Moreno Carazo A., Requena Caballero L., Rodríguez Peralto J.L., *Dermatopatología: Correlación clínico-patológica*, Editorial Área Científica Menarini, Madrid, España, 2007, 647-649.
7. Pickens S., Farber G., Mosadegh M. Eruptive xantoma: a case report, *Cutis*, 2012, 89: 141-144.
8. Sacchi A., Olivares L., Leiro V. Xantomatosis y dislipoproteinemias, *Dermatol. Argent.*, 2013, 19: 174-182.
9. Loeckermann S., Braun-Falco M. Eruptive xantomas in association with metabolic síndrome, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2010, 35: 565-566.
10. Villalón G., Martín J.M., Monteagudo C., Alonso V. et ál. Xantomas eruptivos en el debut de diabetes mellitus, *Actas dermosifilogr*, 2008, 5: 426-427.



PIENSE EN... Dermatitis periorificial | RESPUESTAS

» 1



DERMATITIS PERIORIFICAL

- Afecta predominantemente a mujeres entre 16-45 años.
- Papulopústulas, papulovesículas eritematosas monomorfas de 1 a 2 mm agrupadas disposición simétrica, piel perioral, perinasal, periocular. Respeto borde bermellón. Pueden ser pruriginosas.
- Tratamiento: no usar glucocorticoides, sí metronidazol, eritromicina tópica y minociclina o doxiciclina sistémico.
- Resuelve y no recidiva.

» 2



ROSÁCEA PAPULOPUSTULOSA

- Mujeres > hombres 30-50 años.
- Eritema, telangectasias pápulas y pústulas (< 3 mm) que pueden coalescer sobre base eritematoedematosa.
- Compromete área centrofacial. Distribución simétrica, respeta la zona perioral.
- Tratamiento sistémico minociclina, doxiciclina, tetraciclinas.
- Crónica, suele recidivar.

» 3



DERMATITIS SEBORREICA

- Infancia, pubertad, adultez, más frecuente en hombres.
- Piel roja anaranjada con escamas blanco grisáceas. Conforman placas con contornos definidos.
- Prurito variable. En cara, se distribuye pliegue nasolabial, cejas y glabella,
- Tratamiento tópico, ketoconazol champú, glucocorticoides e inhibidores de la calcineurina.
- Crónica, suele recidivar.

Bibliografía

1. Larralde M., Abad M.E., Luna P., Dermatitis periorificial en niños, *Dermatol. Argent.*, 2009, 15: 267-271.
2. Powell F. C., Raghallaigh S. N., Rosacea and Related Disorders, Bologna J. L., Jorizzo J.L., Schaffer J. V., *Dermatology third edition*, Elsevier and Saunders, US, 2012, 561-569.
3. Reider N., Fritsch P. O., Other Eczematous Eruptions, Bologna J. L., Jorizzo J. L., Schaffer J. V., *Dermatology third edition*, Elsevier and Saunders, US, 2012, 219-223.
4. Dessinioti C., Antoniou C., Katsambas A., Acneiform eruptions, *Clin. Dermatol.*, 2014, 32: 24-34.
5. Tempark T., Shwayder TA., Perioral dermatitis, a review of the condition with special attention to treatment options, *Am. J. Clin. Dermatol.*, 2014, 15: 101-113.