

Es importante el seguimiento posparto, debido a que no siempre hay remisión en este período⁵. El tratamiento en estos casos incluye ciclosporina, metotrexato, PUVA terapia y retinoides⁷.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no presentan conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Gao Q, Xi M, Yao Q. Impetigo herpetiformis during pregnancy: A case report and literature review. *Dermatology*. 2013;226:35–40.
- Patsati A, Theodoridis TD, Vavilis D, Tzevelekis V, Kyriakou A, Kalabakilis D, et al. Ciclosporin in the management of impetigo herpetiformis: A case report and review of the literature. *Case Rep Dermatol*. 2013;5:99–104.
- Kondo RN, Mendes Araújo F, Moura Pereira A, Holanda Lopes VC, Mario Martins LM. Pustular psoriasis of pregnancy (impetigo herpetiformis). Case report. *An Bras Dermatol*. 2013;88:186–9.
- Roth MM, Feier V, Cristodor P, Moguelet P. Impetigo herpetiformis with postpartum flare-up: A case report. *Acta Dermatoven APA*. 2009;18:77–82.
- Vaquerizo Ruiz O, Escudero Gomis A, Navarro López M, Gutiérrez-Cecchini Pérez C, Eiris Salvado N, Ferrer Barriandos J. Impetigo herpetiforme durante la gestación con empeoramiento posparto. *Prog Obstet Ginecol*. 2014;57:264–8.
- Chaidemenos G, Lefaki I, Tsakiri A, Mourellou O. Impetigo herpetiformis: Menstrual exacerbations for 7 years postpartum. *J EADV*. 2005;19:466–9.
- Vun YY, Jones B, Al-Mudhaffer M, Egan C. Generalized pustular psoriasis of pregnancy treated with narrowband UVB and topical steroids. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:28–30.
- Lotem M, Katzenelson V, Rotem A, Hod M, Sandbank M. Impetigo herpetiformis: A variant of pustular psoriasis or a separate entity? *J Am Acad Dermatol*. 1989;20:338–41.
- Sugiura K, Oiso N, Iinuma S, Matsuda H, Minami-Hori M, Ishida-Yamamoto A, et al. IL36RN mutations underlie impetigo herpetiformis. *J Invest Dermatol*. 2014;134:2472–4.
- Córdoba S, Moreno A, García-Donoso MC, Borbujo JM. Erupción pustulosa en embarazada. *Actas Dermosifiliograf*. 2010;101:355–6.
- Luan L, Han S, Zhang Z, Liu X. Personal treatment experience for severe generalized pustular psoriasis of pregnancy: Two case reports. *Dermatol Ther*. 2014;27:174–7.

Julia Lipovetzky^{a*}, Nora Poggio^a, María Vicenta Neglia^a, Carla Trila^b y Alejandra Abeldaño^a

^aUnidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
^bAnatomía Patológica, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: lipojulia@gmail.com (J. Lipovetzky).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2016.10.021>
 0213-9251/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Erupción tipo queratosis pilar asociada a nilotinib

Keratosis pilaris eruption related to nilotinib



Los inhibidores de la tirosin-kinasa (ITK) se han convertido en los últimos años en el tratamiento de elección en la fase crónica de la leucemia mieloide crónica (LMC). La LMC se desarrolla en 3 fases: una inicial o fase crónica, en la que el exceso de producción de granulocitos es fácilmente controlable; una segunda fase o de aceleración, en la que empieza a ser difícil controlar la enfermedad y, una tercera o fase blástica, en la que se transforma en una leucemia aguda mieloide (80%) o linfocítica (20%), ambas de muy mal pronóstico.

Estos fármacos permiten estabilizar la enfermedad y que el paciente permanezca durante décadas en la fase crónica, consiguiendo el control de la enfermedad en casi el 90% de los pacientes. Esta efectividad y su escasa toxicidad han hecho que estos agentes, a pesar de no curar la enfermedad, hayan desplazado al trasplante alogénico de médula ósea como tratamiento inicial de la LMC.

Los ITK más empleados hoy en día son imatinib (primera generación), dasatinib y nilotinib (segunda generación) y

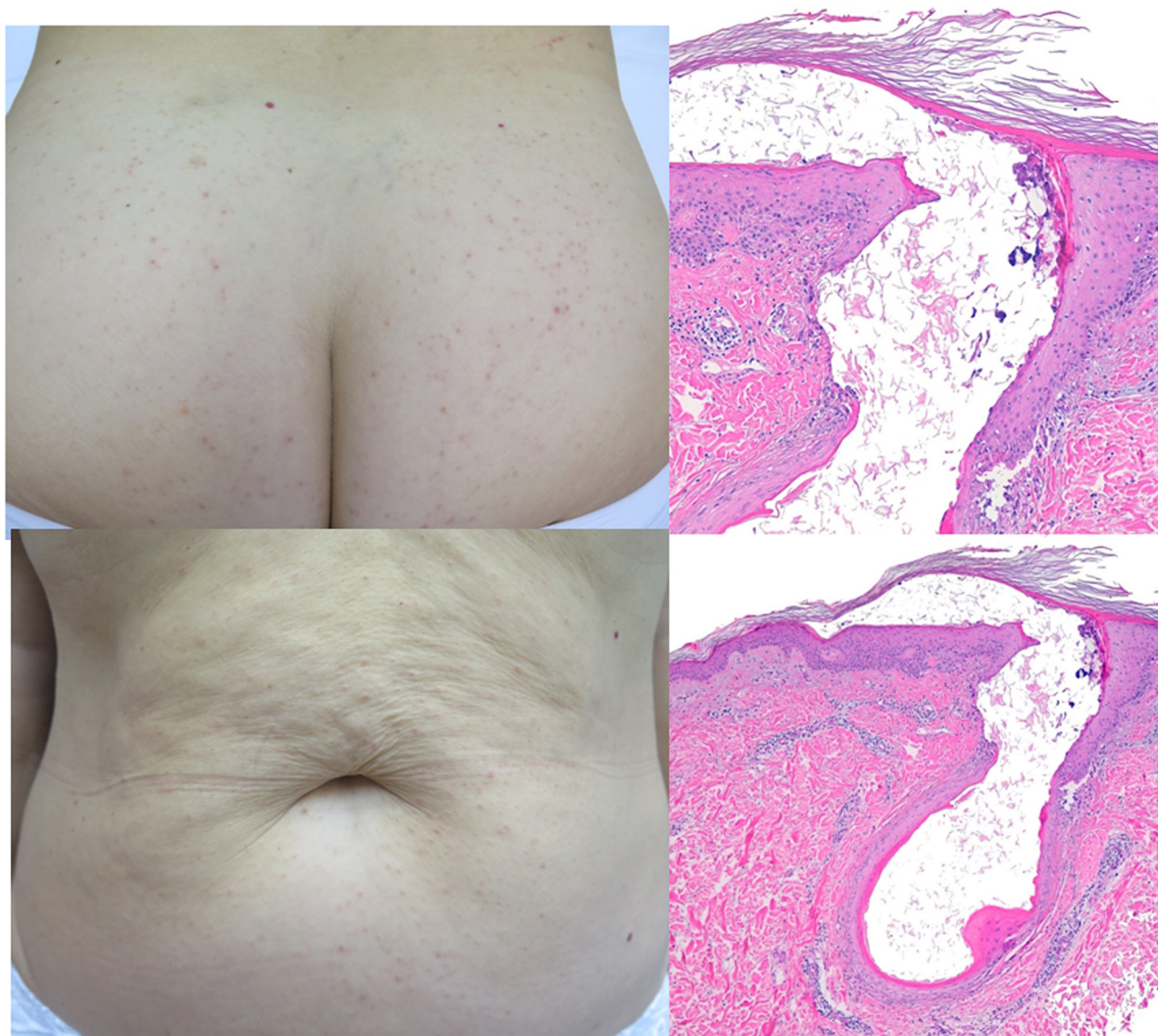


Figura 1 – Pápulas milimétricas eritematosas e hiperqueratósicas centradas en los folículos pilosos de glúteos y abdomen. Imágenes histológicas que muestran paraqueratosis con dilatación del infundíbulo del folículo piloso con acúmulo de queratina en su interior y ligero infiltrado inflamatorio peri-infundibular compatible con queratosis pilar.

ponatinib y bosutinib (tercera generación). Estos agentes se distinguen de las terapias antineoplásicas clásicas porque son capaces de atacar exclusivamente a determinadas células cancerosas sin dañar las células normales, sin embargo no están exentos de efectos adversos¹. Las reacciones cutáneas adversas asociadas al tratamiento con imatinib han sido ampliamente descritas, destacando: exantemas maculopapuloso, edema, prurito, eccema, pustulosis exantemática diseminada, erupciones psoriasiformes o melanoniquia. Sin embargo, con el creciente uso de los ITK de segunda generación se han identificado nuevas reacciones adversas cutáneas, siendo las más destacables las erupciones tipo queratosis pilar²⁻⁴. Presentamos 2 nuevos casos de estas reacciones en pacientes con LMC en tratamiento con nilotinib.

La primera paciente es una mujer de 59 años con LMC en tratamiento con nilotinib 300 mg/12 h desde hacía 6 meses

que presentó, a las 2 semanas del inicio del tratamiento, unas lesiones asintomáticas en forma de pápulas hiperqueratósicas milimétricas centradas en los folículos pilosos. Inicialmente afectaban a cara y escote, con posterior extensión a brazos, abdomen, zona lumbar y glúteos. El estudio histológico de una lesión del tronco demostró una paraqueratosis, con dilatación del infundíbulo del folículo piloso y acúmulo de queratina en su interior, así como un ligero infiltrado inflamatorio peri-infundibular, compatible con una erupción tipo queratosis pilar (fig. 1). Puesto que las lesiones eran asintomáticas y ante la estabilidad de la enfermedad hematológica se mantuvo el tratamiento con nilotinib y se pautó tratamiento tópico con corticoides y retinoides, con buena evolución de las lesiones.

El segundo paciente es un varón de 44 años con LMC en tratamiento con nilotinib 300 mg/12 h desde hacía un año que, a los 6 meses del inicio del tratamiento, presentó prurito en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5650252>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5650252>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)