

Anetodermia generalizada tras Mpox; una nueva complicación

Un hombre de 37 años de fototipo oscuro que tiene sexo con hombres e infección por virus de la inmunodeficiencia humana acudió a urgencias por mal estar general y lesiones cutáneas de 4 días de evolución. Dos semanas antes había participado en una relación sexual sin preservativo con sexo oral y anal receptivos. Presentaba múltiples pápulas blanquecinas umbilicadas sobre base eritematosa de aspecto monomorfo y distribución generalizada por tronco, miembros, palmas, plantas y polo cefálico. El número de lesiones superaba las 400 en total y eran menores de 5 mm de diámetro (Fig 1).



Figura 1. Lesión en la fase activa de la enfermedad

Asociaba adenopatías inguinales bilaterales dolorosas, fiebre y artromialgias. La reacción en cadena de la polimerasa en las lesiones cutáneas para virus del grupo herpes fue negativa pero para Mpox fue positiva. Los anticuerpos antinucleares, autoanticuerpos tiroideos, función tiroidea, anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico y anticardiolipina) y niveles de complemento estaban dentro de los límites normales. Los anticuerpos anti Treponema pallidum reagínicos fueron positivos a título de 1/16. Recibió tratamiento sintomático para las lesiones por Mpox y 2,4 millones de unidades de penicilina intramuscular con resolución del cuadro agudo en pocas semanas.



Figura 2. Lesiones tras 8 meses

Tras 8 meses el paciente presentaba múltiples pápulas levemente hiperpigmentadas con respecto del polo cefálico y de palmas. Tenían una forma ovalada en el tronco con su eje largo siguiendo las líneas de Langer y un diámetro mayor inferior al centímetro (Fig 2). Presentaba lesiones similares en brazos y en muslos, donde tenían un tono algo más oscuro. Asociaba lesiones en glúteos y dorso de manos y pies de forma bilateral. A mayor detalle se apreciaba un aspecto apergaminado, arrugado y brillante de la piel con muy discreto abombamiento de las lesiones (Fig 3).



Figura 3. Detalle de las lesiones

Estaban distribuidas de forma difusa en las zonas donde había presentado lesiones por monkeypox (Fig 4). Las lesiones eran asintomáticas pero producían un alto impacto en la calidad de vida del paciente.

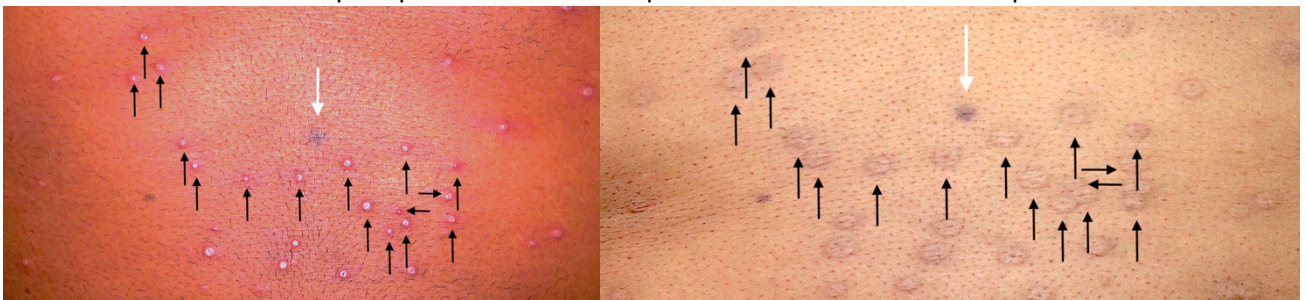


Figura 4. Lesiones de Mpox y lesiones anetodérmicas posteriores (flechas negras) localizadas en los mismos lugares. Se señala un nevus (flecha blanca) como referencia

La histología mostró un discreto infiltrado perivascular superficial y una pérdida de fibras elásticas homogénea en la tinción de orceína sin alteraciones del colágeno. La pérdida de fibras elásticas se localizaba en la dermis papilar y reticular alta con respecto de la dermis reticular media y profundas (Fig 4).

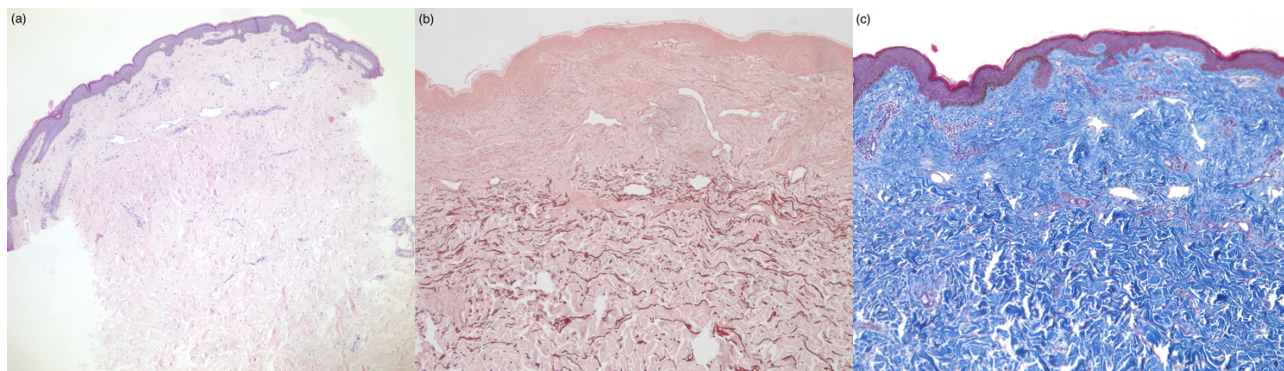


Figura 4. Hallazgos histológicos en hematoxilina-eosina (a), orceína (b) y tricrómico de Masson (c)

Tras la correlación clínico-patológica se estableció el diagnóstico de anetodermia por Mpox.

Discusión

La anetodermia o atrofia macular es una enfermedad infrecuente en la que se produce una disminución de las fibras elásticas por una menor producción y/o un aumento de su destrucción. Existen casos primarios, cuando aparecen sobre piel sana, y secundarios, cuando aparecen tras otras lesiones cutáneas. La anetodermia primaria se ha relacionado con multitud de enfermedades autoinmunes siendo las más importantes el síndrome antifosfolípido o la presencia de anticuerpos antifosfolípido y el lupus eritematoso. Además se ha descrito asociada a la infección por VIH. La anetodermia secundaria se puede producir por gran cantidad de patologías que producen un daño cutáneo, incluyendo infecciones, tumores, enfermedades autoinmunes e incluso de forma iatrogénica tras vacunas o dispositivos de monitorización en neonatos.

Es más frecuente en mujeres y afecta a individuos jóvenes como nuestro paciente y se ha descrito de forma muy excepcional en pacientes de fototipos oscuros. Produce lesiones cutáneas de aspecto atrófico y de piel arrugada, en ocasiones con herniación del tejido celular subcutáneo o aspecto deprimido. Las zonas más afectadas son el tronco y la parte proximal de los miembros superiores pero hay casos descritos con lesiones extensas. Las zonas facial, palmar y plantar no se suelen verse afectadas en los pacientes con anetodermia. La histología permite confirmar el diagnóstico con una disminución de fibras elásticas que puede asociar fragmentación de las mismas con predominio en la dermis papilar y reticular alta. Para su detección se utilizan tinciones para fibras elásticas ya que la hematoxilina-eosina con frecuencia no muestra hallazgos significativos.

La anetodermia causada por sífilis aparece generalmente tras las lesiones de lúes secundaria. Puede aparecer en las zonas de piel afectadas por la roséola sifilítica pero también en zonas de piel no afectadas y la mayoría de casos descritos presentan coinfección por VIH. En nuestro caso las lesiones de anetodermia aparecieron en la mayoría de zonas donde había pápulas causadas por el Mpox y no en otras zonas de la piel. En la literatura se ha descrito de forma aislada la presencia de anetodermia tras la resolución de moluscos contagiosos. El molusco contagioso es un poxvirus al igual que el Mpox y la patogenia de estos casos podría ser similar a la de nuestro paciente.

La conjunción de diversos factores de riesgo asociados al desarrollo de anetodermia como son la coinfección por VIH y sífilis junto con un daño cutáneo por un poxvirus como el monkeypox pueden haber sido la causa del desarrollo de este cuadro en nuestro paciente. Hasta donde llega nuestro conocimiento, este es el primer caso de anetodermia tras Mpox descrito en la literatura.