

Espinilleras en la piel

Presentamos el caso de una mujer de 66 años que acudió al Servicio de Urgencias de Dermatología por unas lesiones cutáneas que asociaban un prurito insoportable. Debido a un cáncer lobulillar de mama, se le había realizado tumorectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela, con posterior quimioterapia con epirrubicina y ciclofosfamida (4 ciclos) y paclitaxel (12 ciclos). Cuando quedaban los tres últimos ciclos de quimioterapia, comenzó a presentar edema en miembros inferiores. Para tratar dicho edema se inició tratamiento diurético, sin mejoría; y se llegó a sospechar una trombosis venosa profunda, por lo que se realizó una tomografía computerizada, que la descartó. La tumefacción persistía, y asociaba eritema, disestesias y prurito. El edema se fue tornando indurado a la palpación, y el prurito aumentó de forma progresiva; a pesar de ello, se continuó con la quimioterapia hasta terminarla. Fue cuatro días más tarde de terminar el tratamiento con paclitaxel cuando a causa del prurito limitante, consultó de madrugada y fue valorada por primera vez por dermatología.

En la exploración presentaba edema hasta el tercio superior de la tibia, con eritema suprayacente relativamente bien delimitado, y se encontraba una llamativa induración al palparlo. Al realizar la flexión dorsal del pie, el eritema desaparecía y se observaba un tono amarillento en la zona de flexión. Se apreciaba onicosis en varias uñas de los pies. No asociaba fiebre ni otros signos ni síntomas.



A causa de la peculiar exploración física y de la historia clínica, se sospechó una posible esclerodermia inducida por paclitaxel. Otro posible diagnóstico era, por ejemplo, la dermatitis de estasis. Justificaría el edema, el eritema y el prurito, así como la ausencia de síntomas sistémicos, pero no así la marcada induración cutánea. De la misma forma, una celulitis resultaba poco probable, en primera instancia por ser bilateral, pero también por la ausencia de aumento de la temperatura local, de dolor y de fiebre. Resultaba un patrón atípico para una esclerodermia sistémica, que no suele afectar de forma única ni precoz a la zona pretibial, y además, no asociaba fenómeno de Raynaud ni otras alteraciones. La ausencia de afectación preferente en palmas y plantas, tampoco llevaba a pensar en un eritema acral por quimioterapia. A pesar de que otros fármacos pueden inducir también esclerodermia, los

taxanos son probablemente los más frecuentemente implicados en el momento actual, y otros típicamente asociados, como el pemetrexed, no habían sido empleados; así mismo, la epirrubicina y la ciclofosfamida no parecían tan sospechosos. Los taxanos son, del mismo modo, los principales causantes de la onicolisis inducida por quimioterapia, como la que asociaba nuestra paciente.

La localización más frecuente de la esclerodermia inducida por taxanos es en la porción distal de piernas, y la evolución es típicamente con edema al comienzo que es seguido de induración cutánea. No asocia afectación sistémica. Se relaciona con la dosis acumulada de taxanos, y nuestra paciente había sido tratada con numerosos ciclos. Una vez que aparece, no es suficiente con disminuir la dosis del quimioterápico, y debe suspenderse. Suele mejorar tras su suspensión, pero no es así en todos los casos, incluso a pesar del uso de fármacos, a los cuales puede ser bastante resistente.

Se solicitó una analítica sanguínea que incluía un amplio perfil de autoinmunidad, se realizó una biopsia en huso hasta alcanzar fascia, y se pautó tratamiento con clobetasol tópico una vez al día. La biopsia fue concordante con la sospecha diagnóstica y la analítica descartó autoanticuerpos relacionados con la esclerosis sistémica y otras patologías autoinmunes. La paciente presentó una mejoría progresiva.

Se trata de una entidad con muy pocos casos recogidos, pero que debe ser tenida en cuenta pues requiere la suspensión del tratamiento con taxanos.