

2. Haji Muhammad Ismail Hussain I, Loh WF, Sofiah A. Childhood cerebral lupus in an oriental population. *Brain Dev* 1999;21:229-35.
3. Quintero del Río AI, Van Miller. Neurologic symptoms in children with systemic lupus erythematosus. *J Child Neurol* 2000;15:803-7.
4. Shintaku M, Matsumoto R. Disseminated perivenous necrotizing encephalomyelitis in systemic lupus erythematosus: report of an autopsy case. *Acta Neuropathol* 1998;95:313-7.
5. Dubreuil F, Cabre P, Smadja D, et al. Acute disseminated encephalomyelitis preceding cutaneous lupus. *Rev Med Intern* 1998;19:128-30.
6. Matsukawa Y, Mizutani T, Kitamura N, et al. Patient with both lupus anticoagulant and acute disseminated encephalomyelitis. *Clin Rheumatol* 1996;15:501-3.
7. Mizutani T, Oda M, Tsuganezawa M, et al. A case of demyelinating encephalomyelitis with some resemblance to collagen disease. *J Neurol* 1997;217: 43-52.



Varicela atípica

Sr. Director:

La varicela es una enfermedad frecuente que cursa con un exantema vesiculoso característico. Sus manifestaciones típicas se pueden alterar por diversos factores, como la inmunosupresión, la exposición solar, las infecciones virales previas, la dermatosis previas, los traumatismos, la oclusión o la compresión localizada¹.

Paciente varón, de 33 años de edad, con el antecedente personal de tromboflebitis en la pierna izquierda. Hace 3 años consultó por la aparición de una erupción vesiculosa, levemente pruriginosa, localizada en los muslos y el abdomen, de 48 h de evolución y acompañada de malestar general y febrícula. Las lesiones cutáneas se habían diseminado paulatinamente al tronco, las extremidades y el área facial. En la anamnesis el paciente mencionó que su hija tuvo la varicela 13 días antes.

A la exploración se apreciaba una erupción compuesta de cientos de vesículas de contenido claro, alguna de ellas umbilicada, con un leve eritema alrededor, localizadas en el abdomen, el área lumbar y en los 2 tercios proximales de ambos muslos (figs. 1 y 2). Llamaba la atención que todas las lesiones estaban en el mismo estadio evolutivo, así como la buena delimitación de las zonas donde eran más profusas, que coincidía con el área ocluida por una malla «ajustada» que utilizaba a diario para practicar deporte, pero que no había usado en los 3 días previos a la aparición del cuadro. En el área facial, las extremidades y el resto del tronco se observaban en menor densidad vesículas, pústulas y alguna costra, y erosiones en el paladar y las encías. La prueba de Tzanck de una de las vesículas de abdomen mostró células gigantes multinucleadas. El cultivo bacteriano del contenido de las vesículas fue negativo.



Figura 1. Múltiples vesículas localizadas en el abdomen, en la zona previamente ocluida por la malla.



Figura 2. Región lumbar y muslos con vesículas monomorfas, agrupadas en un área con límites lineales netos.

Múltiples exantemas virales modifican sus manifestaciones cutáneas en las áreas de inflamación, aunque la mayoría de los casos publicados corresponden a la varicela². Se mencionan distintos factores modificadores, como el eritema del pañal², las picaduras de insectos¹, las escayolas², la excesiva fotoexposición^{1,3}, las infecciones virales⁴, algunas dermatosis⁵ y la cirugía previa, la oclusión y algunos traumatismos (incluso las largas caminatas ocasionan lesiones plantares)^{1,2,6}. Estos «traumatismos» localizados se encuentran presentes en el período de incubación y no necesariamente en el momento de aparición del exantema². En estas áreas se producen vesículas agrupadas, que pueden hacerse hemorrágicas, profusas y monomorfas, cuya aparición se anticipa a la del exantema típico³. Se desconoce la etiopatogenia de la concentración de lesiones virales en las áreas inflamadas.

Se especula con que el aumento del flujo sanguíneo facilite la diseminación del virus hacia la piel, o incluso con que se altere la inmunidad local^{1,3}.

Benigno Monteagudo Sánchez^a,
Elvira León Muñoz^b, Begoña Iglesias
Rodríguez^c y José Alberto
Miranda Filloy^d

^aServicio de Dermatología. Centro Médico POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

^bServicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. La Coruña. España. ^cServicio de Anatomía Patológica. Centro Médico POVISA. Vigo. Pontevedra. España. ^dServicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belhorn TH, Lucky AW. Atypical varicella exanthems associated with skin injury. *Pediatr Dermatol* 1994;11:129-32.
2. Messner J, Miller JJ, James WD, Honig PJ. Accentuated viral exanthems in areas of inflammation. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:345-6.
3. Boyd AS, Neldner KH, Zemtsov A, Shihada B. Photolocalized varicella. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:772-4.
4. Auvin S, Catteau B, Ganga-Zandzou PS, Ythier H. Atypical varicella with palm and sole involvement. *Int J Dermatol* 2002;41:903-5.
5. Egan C, O'Reilly M, Vanderhooft S, Rallis T. Acute generalized varicella zoster in the setting of pre-existing generalized erythema. *Pediatr Dermatol* 1999;16:2111-2.
6. Nagore E, Sánchez-Motilla JM, Julve N. Atypical involvement of the palms and soles in a varicella infection. *Acta Derm Venereol* 1999;79:322.



Verrugas en tatuaje

Sr. Director:

En el número de PIEL de abril de este año, en la sección «La piel en la práctica diaria» se publica un interesante artículo titulado «Efectos secundarios de los piercings y los tatuajes»¹. En esta carta queremos aportar un caso observado recientemente en nuestro servicio.

En los últimos años la popularidad de los tatuajes decorativos se ha incrementado de forma considerable. Se han descrito lesiones de muy distinta naturaleza, como reacciones alérgicas, granulomas, carcinomas basocelulares, carcinomas espinocelulares y melanomas². Se han relacionado también con infecciones sistémicas, como la hepatitis B y C, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el tétanos, y con varias infecciones cutáneas, como la sífilis, las verrugas^{3,6}, el *molluscum contagiosum*⁷, chancroide, la tuberculosis y la lepra.