



Carta científica

Hallazgos cutáneos en la pandemia de COVID-19 en la Región de Murcia



Skin findings in the COVID-19 pandemic in the Region of Murcia

Sr. Editor:

La infección por el nuevo coronavirus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus type 2* (SARS-CoV-2), es la causante de la denominada enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), que actualmente se ha extendido provocando una pandemia mundial¹.

Existe escasa información acerca de la afectación cutánea producida por este virus, fundamentalmente recogida en una serie inicial de pacientes adultos de Lombardía¹ (exantemas maculopapuloso-urticarios, urticariformes o variceliformes) y casos aislados de exantemas petequiales², gangrena digital y lesiones livedoides³. Presentamos una serie descriptiva y multicéntrica de casos recogidos en nuestro medio.

Durante la semana del 13 al 19 de abril de 2020 se han recogido mediante consulta telemática o visita a pacientes ingresados

todos los casos sospechosos de lesiones cutáneas por COVID-19 de la Región de Murcia. Para ello solicitamos a los médicos de atención primaria que nos comunicaran vía telemática la aparición de hallazgos cutáneos en pacientes con enfermedad confirmada mediante test diagnósticos o en sus convivientes.

Durante el periodo estudiado, en nuestra región se diagnosticaron 196 casos confirmados mediante serología o (*Polymerase Chain Reaction* [PCR], reacción en cadena de la polimerasa) de manera que de 1.463 casos iniciales se alcanzaron un total de 1.659 al final de la recogida de datos.

A lo largo de estos 7 días, de los 86 casos valorados inicialmente, 16 cumplían los requisitos de presentar lesiones cutáneas *de novo* junto con pruebas positivas de la infección o contacto estrecho con convivientes con enfermedad COVID-19 confirmada mediante test diagnósticos (tabla 1). La edad media de este grupo fue de 29 años (rango: 8 meses-85 años, mediana: 21 años). El 56% de los casos ocurrió en mujeres.

La reacción cutánea más frecuente fue la urticaria (25%), seguida por los exantemas (19%) y la pseudoperniosis (12%). Además, encontramos otro grupo heterogéneo de lesiones cutáneas de muy

Tabla 1

Datos demográficos y clínicos de los casos con COVID-19 o con contacto estrecho con casos confirmados

Caso	Edad (años)	Sexo ^a	Tipo de lesión	Lugar ^b	Fiebre	Respiratoria	Inicio cutáneo	Ingreso	UCI	Test COVID-19	Contacto estrecho COVID-19
1	2	M	Urticaria	EEsup	No	No	NP	No	No	No	Sí
2	1	V	Perniosis	Pies	No	No	NP	No	No	No	Sí
3	16	M	Perniosis	Pies	No	No	NP	No	No	PCR ⁻	Sí
4	0	M	Exantema	Cara	Sí	Sí	17 días después	No	No	PCR ⁻	Sí
5	43	V	Exantema	EEsup EEinf	Sí	Sí	3 días después	No	No	IgM ⁺	Sí
6	47	M	Pápulas y hematomas	EEsup	Sí	Sí	14 días después	Sí	No	IgM ⁺	Sí
7	56	V	Urticaria	Tronco	No	Sí	37 días después	Sí	Sí	PCR ⁺	DC
8	62	V	Úlcera	Sacra	No	Sí	20 días después	Sí	Sí	PCR ⁺	DC
9	85	M	Acrocianosis	Manos y pies	No	Sí	24 días después	Sí	No	PCR ⁺	DC
10	70	M	Eritema multiforme	Perioral	No	Sí	18 días después	Sí	Sí	PCR ⁺	DC
11	5	V	Urticaria	General	Sí	No	2 días antes	No	No	PCR ⁻	Sí
12	34	V	Pápulas foliculares	General	Sí	No	14 días después	No	No	PCR ⁻	Sí
13	5	M	Urticaria	General	No	No	NP	No	No	PCR ⁻	Sí
14	18	M	Tiña	Cuello	Sí	Sí	4 días después	No	No	PCR ⁺	DC
15	0	V	Exantema	Tronco	No	No	NP	No	No	No	Sí
16	25	M	Queratosis pilar	EEsup EEinf	No	Sí	NP	No	No	PCR ⁺	DC
15	0	V	Exantema	Tronco	No	No	NP	No	No	No	Sí
16	25	M	Queratosis pilar	EEsup EEinf	No	Sí	NP	No	No	PCR ⁺	DC

^a Género: V: varón; M: mujer.^b Lugar: localización de las lesiones; EEinf: extremidades inferiores; EEsup: extremidades superiores.

DC: desconocido; NP: no procede; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Inicio cutáneo: decalaje entre clínica respiratoria sistémica y lesiones cutáneas.

diverso origen (infeccioso, vascular, inflamatorio, traumático, queratosis pilar y acrocianosis). El 37% de los casos asociaron fiebre y el 56% clínica respiratoria desde tos hasta neumonía bilateral.

A diferencia de la serie comunicada en Lombardía¹ en la que la manifestación cutánea más frecuente fue el exantema eritematoso, en nuestra serie la urticaria fue el hallazgo más frecuente. Estudios previos demostraron que la causa más frecuente de la urticaria en niños son las infecciones, especialmente las del tracto respiratorio⁴.

La queratosis pilar es un hallazgo habitual en niños con diátesis atópica. No hemos encontrado antecedentes en la literatura científica de comienzo de queratosis pilar en pacientes con COVID-19. Desconocemos los mecanismos que puedan justificar este hallazgo en el contexto de la enfermedad COVID-19.

Uno de los hallazgos encontrados en nuestra serie es la acrocianosis. Este signo refleja la hipoxia periférica en probable relación con los fenómenos trombóticos que se han descrito en la enfermedad, tanto a nivel cutáneo³ como en los vasos de otros órganos, incluyendo pulmones, corazón o cerebro, o por procesos como la coagulación intravascular diseminada⁵. En nuestro caso observamos este hallazgo en una paciente con insuficiencia respiratoria que requirió ingreso hospitalario.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el acceso restringido a los test diagnósticos, por el que se han excluido los casos que se presentaban con síntomas guía de COVID-19, pero que no se confirmaron mediante PCR o serología; por otro lado, el uso electivo de la teledermatología ha dificultado la toma de biopsias de estas lesiones.

Se necesitan más estudios que recojan las manifestaciones cutáneas en pacientes con COVID-19. El conocimiento de estas reacciones cutáneas y el estudio de los patrones temporales de aparición de dichos hallazgos podrían ayudar a la identificación de pacientes sin otra sintomatología de esta enfermedad, especialmente en aquellas regiones en las que no se disponen de test diagnósticos.

Agradecimientos

Los autores queremos mostrar nuestro agradecimiento a los doctores Joaquín López, Javier Ruiz, José Pardo, Inmaculada de la Hera, Carolina Pereda y Marisa Cáceres, por compartir con nosotros los casos que han atendido para la elaboración de este artículo.

Bibliografía

- Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: A first perspective. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.16387>.
- Jimenez-Cauhe J, Ortega-Quijano D, Prieto-Barrios M, Moreno-Arrones OM, Fernandez-Nieto D. Reply to «COVID-19 can present with a rash and be mistaken for Dengue»: Petechial rash in a patient with COVID-19 infection. *J Am Acad Dermatol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.016>.
- Manalo IF, Smith MK, Cheeley J, Jacobs R. A dermatologic manifestation of COVID 19: Transient livedo reticularis. *J Am Acad Dermatol*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.018>.
- Ricci G, Giannetti A, Belotti T, Dondi A, Bendandi B, Cipriani, et al. Allergy is not the main trigger of urticaria in children referred to the emergency room. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:1347–8.
- Deng Y, Liu W, Liu K, Fang YY, Shang J, Zhou L, et al. Clinical characteristics of fatal and recovered cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China: A retrospective study. *Chin Med J (Engl)*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1097/CM9.0000000000000824>.

Beatriz Pérez-Suárez^a, Teresa Martínez-Menchón^b
y Eugenia Cutillas-Marco^{c,*}

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ecutillas@aedv.es (E. Cutillas-Marco).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.05.001>

0025-7753/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Iatrogenic hyperthyroidism can be a triggering factor for takotsubo cardiomyopathy



Hipertiroidismo iatrogénico como factor desencadenante de miocardiopatía de estrés

To the editor:

Takotsubo cardiomyopathy, also known as stress cardiomyopathy (SCM), consists of a reversible left ventricular systolic and diastolic dysfunction in the absence of significant angiographic lesions, simulating an acute coronary syndrome. We describe a case of SCM in the setting of iatrogenic hyperthyroidism.

A 60-year-old male with a previous history of chronic obstructive pulmonary disease, full remission laryngeal carcinoma treated with surgery and radiotherapy and primary hypothyroidism diagnosed 10 years ago under treatment with levothyroxine 100 micrograms per day, presented to the emergency service due to progressive increase of his baseline dyspnea and increased anxiety of 10 day-evolution, without symptoms of respiratory tract infection or chest pain. The initial physical examination highlighted sinus tachycardia and generalized pulmonary hypoventilation. Chest X-ray showed signs of mild fluid overload and vascular redistribution. At the emergency room he presented a sudden episode

of tachypnea, respiratory worsening and desaturation up to 87% by pulse oximetry. An electrocardiogram demonstrated flattened T waves in V2 and V3 and shallow inverted symmetric T waves in precordial leads from V4 to V6 and in lower face. A transthoracic echocardiogram showed akinesia of the apex and medio-distal segments of all faces with hyperkinesia of basal segments and severely depressed left ventricular ejection fraction (LVEF), 30% visually estimated. Blood analyses revealed leukocytosis with neutrophilia, Nt-proBNP was 12788 ng/L and Troponin-I 429 ng/L with preserved renal function. Urgent coronary angiography was performed with no significant lesions in the coronary arteries. Treatment with furosemide, spironolactone and captopril was initiated. A control echocardiogram was repeated 24 hours after the onset of the symptoms in which normalization of LVEF and previous contractility alterations was observed. Troponin I levels dropped to 60 ng/L in the following 24 hours. The definitive diagnosis of stress cardiomyopathy (takotsubo syndrome) was established. During hospital admission ionogram, vitamins, hepatic, renal and ferric profile were within normal range. Thyroid hormone analyses showed an elevated T4 with suppressed TSH (TSH 0.18 mIU/L; free T4 2.3 ng/dL). The administration of thyroid hormone was interrupted with close follow-up until normalization of the thyroid profile. Two months later, the patient evolution was favorable, with no new episodes of cardiomyopathy.