

Agradecimientos

A los médicos profesionales del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Bibliografía

- Schwartz PJ, Stramba-Badiale M, Crotti L, Pedrazzini M, Besana A, Bosi G, et al. Prevalence of the congenital long-QT syndrome. *Circulation*. 2009;120:1761-7.
- Sasaoka S, Matsui T, Hane Y, Abe J, Ueda N, Motooka Y, et al. Time-to-Onset Analysis of Drug-Induced Long QT Syndrome Based on a Spontaneous Reporting System for Adverse Drug Events. *PLoS One*. 2016;11:e0164309.
- Turker I, Ai T, Itoh H, Horie M. Drug-induced fatal arrhythmias: Acquired long QT and Brugada syndromes. *Pharmacol Ther*. 2017;176:48-59.
- Haverkamp W, Breithardt G, Camm AJ, Janse MJ, Rosen MR, Antzelevitch C, et al. The potential for QT prolongation and pro-arrhythmia by non-anti-arrhythmic drugs: Clinical and regulatory implications: Report on a Policy Conference of the European Society of Cardiology. *Cardiovasc Res*. 2000;47:219-33.
- Demming T, Bonnemeier H. Ventricular tachyarrhythmia as a side effect of pharmacotherapy [Article in German]. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol*. 2017;28:162-8.
- Ridruero Sáez R, Zalba Etayo B, Civeira Murillo E, Montes castro N, Munárriz Hinojosa J. Síndrome de QT largo adquirido en pacientes ingresados en UCI. *Med Intensiva*. 2005;29:379-83.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS. Informe de utilización de medicamentos U/AD/V1/14012015. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Web). Junio 2006 Nota informativa 2006/04 de la AEMPS sobre Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes. Ref. 2006/04.
- Wilting I, Smals OM, Holwerda NJ, Meyboom RH, de Bruin ML, Egberts TC. QTc prolongation and torsades de pointes in an elderly woman taking fluoxetine. *Am J Psychiatry*. 2006;163:325.
- Dubnov G, Fogelman R, Merlob P. Prolonged QT interval in an infant of a fluoxetine treated mother. *Arch Dis Child*. 2005;90:972-3.

C. Canet Fajas*, L. Urieta González
y J.A. Ibañez Pérez de Viñaspre

Médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Sector III, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlotacanet@gmail.com

(C. Canet Fajas).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.06.006>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Dermatitis flagelada por setas shiitake



Flagellate dermatitis due to shiitake mushrooms

La dermatitis por setas del género shiitake (*Lentinula edodes*) es una toxicodermia relacionada con el consumo de setas shiitake crudas o poco cocinadas¹⁻⁶. Se presenta en forma de lesiones eritematosas lineales, distribución generalizada y predominio en el tronco, todo ello asociado a un intenso prurito^{3,5}. Se han descrito en la literatura otras reacciones adversas causadas por setas de este género, como dermatitis de contacto alérgica, urticaria de contacto, asma alérgica, fototoxicidad y casos de neumonitis crónica de hipersensibilidad inducida por esporas¹.

Presentamos el caso de una mujer de 47 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril 5 mg/24 h, que acudió a Urgencias por una erupción cutánea pruriginosa y generalizada de 48 h de evolución. Negaba contacto con plantas, introducción de nueva medicación o aplicación de nuevos productos tópicos y no presentaba fiebre, artralgias u otra clínica sistémica. Tras una exhaustiva anamnesis, finalmente reconoció haber ingerido setas poco cocinadas del género shiitake 48 h antes del inicio del cuadro en su domicilio.

En la exploración física presentaba múltiples placas eritematosas de aspecto lineal, siguiendo trayectos paralelos y entrecruzados entre sí a modo de «latigazos», de predominio en tronco, cara anterior de miembros inferiores y raíz de miembros superiores (fig. 1 A-C). No presentaba afectación de mucosas y el dermatograma resultó negativo. Se realizó una analítica urgente con bioquímica, hemograma y coagulación, que no mostró hallazgos de interés.

Se inició tratamiento con levocetirizina 5 mg/12 h y corticoides tópicos de potencia intermedia (metilprednisolona aceponato crema 1 mg/g), con mejoría progresiva de la clínica y resolución de las lesiones a las 2 semanas, sin hiperpigmentación asociada.

La dermatitis flagelada por setas shiitake, descrita en Japón en el año 1977 por Nakamura⁴, es una erupción cutánea intensamente pruriginosa y de patrón lineal ocasionada por el consumo de setas crudas o poco cocinadas^{1-3,5}. Aunque constituyen la tercera especie de setas más consumidas en el mundo⁷ (principalmente en China y Japón), se trata de una dermatosis poco frecuente en nuestro medio, pero en auge en los últimos años por la creciente popularidad de la cocina asiática y la introducción de nuevos alimentos en nuestras vidas^{1,5}.

Clínicamente se presenta en las primeras 48 h tras la ingesta, en forma de prurito intenso y pápulas eritematosas, papulovesículas o placas de distribución lineal simulando

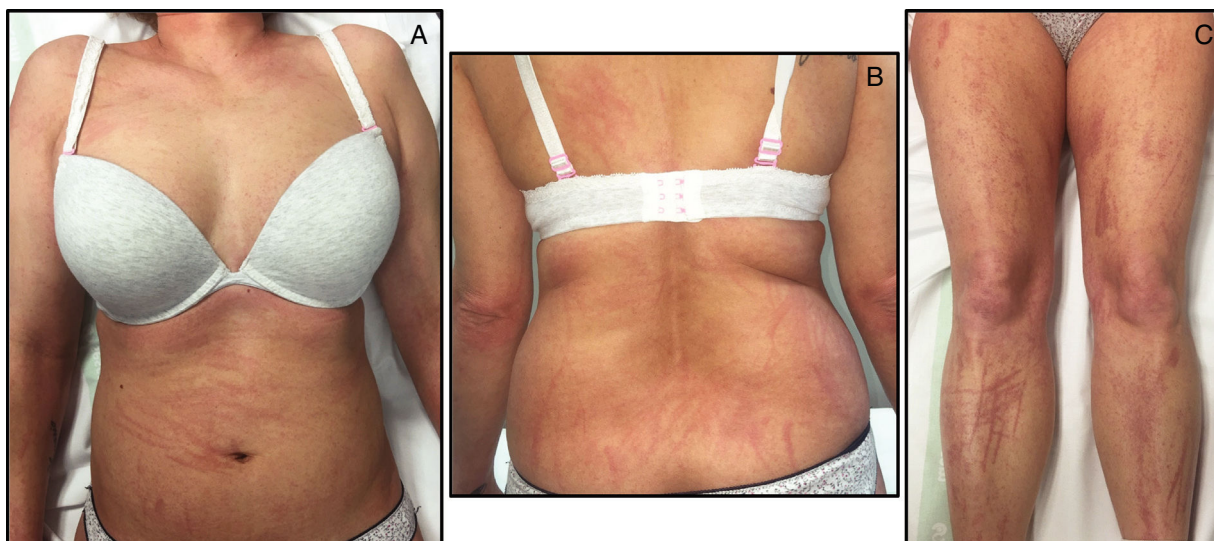


Figura 1 A-C: placas eritematosas de aspecto lineal simulando «latigazos» en el tronco y la cara anterior de los miembros inferiores.

«latigazos», con afectación universal del tronco^{1-3,5}. El cuello y las extremidades suelen estar afectos y la mucosa oral puede desarrollar erosiones y pústulas de patrón no lineal, aunque normalmente no presenta lesiones⁵. La morfología lineal de esta entidad podría atribuirse al fenómeno de Koebner, aunque las lesiones no son reproducibles tras el rascado^{4,8}.

La patogenia de esta entidad continúa siendo a día de hoy desconocida. El prick test y las pruebas epicutáneas son negativas en la mayoría de los pacientes, lo que hace improbable que se trate de reacciones tipo I o IV (mediadas por IgE o linfocitos T, respectivamente)². Inicialmente se pensó en un fenómeno mediado por una toxina o por el incremento en la secreción de interleucina-1 inducida por el polisacárido termolábil lentinan de las setas shiitake. En Japón este polisacárido es muy utilizado por su efecto antihipertensivo, hipolipidemiante y por sus propiedades anticancerígenas¹⁻³.

El diagnóstico de esta entidad es clínico, siendo de gran importancia el antecedente epidemiológico y la sospecha clínica^{1-6,8}. Su escasa frecuencia podría indicar una susceptibilidad individual frente a un alérgeno termolábil a día de hoy desconocido. Los hallazgos histológicos son inespecíficos (espongiosis, infiltrado dérmico perivascular linfocitario, elongación de las crestas interpapilares, etc.) y, por tanto, no recomendados de manera rutinaria¹⁻³.

Con respecto al diagnóstico diferencial, deberemos incluir otras erupciones cutáneas de aspecto flagelado, en ocasiones relacionadas con fármacos como la bleomicina y el trastuzumab, las fitofotodermatitis, el dermografismo, las dermatitis de contacto y la enfermedad de Still del adulto³.

El tratamiento de la dermatitis shiitake es sintomático, utilizándose habitualmente corticoides tópicos de potencia intermedia y antihistamínicos^{2,3,5,6}. El pronóstico es bueno, con resolución espontánea de las lesiones en 1-3 semanas, aunque en algunas ocasiones puede llegar a prolongarse hasta los 2 meses^{1,3,5}. Una buena manera de prevenir la aparición del cuadro clínico sería realizar una cocción adecuada de estas setas.

La dermatitis flagelada por setas shiitake constituye una entidad con una clínica característica, pero de patogénesis incierta. En general, parece tratarse de un cuadro autorresolutorio sin secuelas a largo plazo. La introducción de nuevos productos del mercado asiático, el auge de la cocina oriental y el continuo crecimiento del turismo probablemente den lugar a un incremento del número de casos de esta afección en el futuro.

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.

Bibliografía

1. Díaz-Corpas T, Mateu-Puchades A, Coll-Puigserver MN, Marquina-Vila A. Dermatitis flagelada tras la ingesta de setas del género Shiitake. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:830-2.
2. Lapresta A, de Miguel R, Sánchez-Moya AI, Robuschi F, Cardona C. Shiitake dermatitis in a Spanish patient. *Dermatol Online J.* 2011;17:16.
3. Stephany MP, Chung S, Handler MZ, Handler NS, Handler GA, Schwartz RA. Shiitake mushroom dermatitis: A review. *Am J Clin Dermatol.* 2016;7:485-9.
4. Nakamura T. Toxicoderma caused by shiitake (*Lentinus edodes*). *Jpn J Clin Dermatol.* 1977;31:65-8.

5. Wang AS, Barr KL, Jagdeo J. Shiitake mushroom-induced flagellate erythema: A striking case and review of the literature. *Dermatol Online J.* 2013;19:5.
6. Garrido Colmenero C, Nogueras Morillas P, Blasco Morente G, Arias Santiago S. Dermatitis flagelada por shiitake. *Med Clin (Barc).* 2015;144:e7.
7. Royse D. A global perspective on the high five: *Agaricus*, *Pleurotus*, *Lentinula*, *Auricularia* & *Flammulina*. Proceedings of the 8th International Conference on Mushroom Biology and Mushroom Products. New Delhi, India, 19-22 November 2014.
8. Ade R, Sukut C, Wiser HJ, Shockman S, Buescher L. Shiitake dermatitis demonstrating Koebner phenomenon. *Int J Dermatol.* 2015;54:e179-81.

J.L. Agudo-Mena^{a,*}, E.M. García-Atienza^b,
M.C. García del Pozo-Martín de Hijas^a,
G. Ochando-Ibernón^a y E. Escario-Travesedo^a

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Gerencia de Atención Integrada, Centro de Salud Zona VIII, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agudo.mena@gmail.com

(J.L. Agudo-Mena).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.08.001>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.