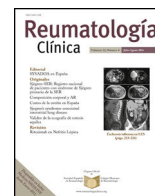




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Carta al Editor

Atrofia e hipopigmentación lineal cutánea por inyección intraarticular de corticosteroide

Linear atrophy and hypopigmentation after intralesional corticosteroid injection

Sr. Editor:

La presencia de lesiones hipopigmentadas en un paciente suponen un reto diagnóstico, ya que pueden representar desde la manifestación cutánea de enfermedades sistémicas hasta reacciones locales a agentes externos.

Mujer de 53 años que consultó por la aparición en los 2 últimos meses de una placa deprimida e hipopigmentada en su brazo izquierdo (fig. 1). Como antecedentes médicos relevantes, destacaban migraña crónica, hiperprolactinemia idiopática y epicondilitis en ambos codos. Su tratamiento habitual incluía amitriptilina, paracetamol y también infiltraciones intraarticulares periódicas con triamcinolona en ambos codos —siendo la última 5 meses antes de la consulta—. La paciente no refería ninguna otra sintomatología

relevante. A la exploración presentaba una placa de piel atrófica e hipopigmentada en el codo izquierdo que se extendía de forma lineal a lo largo de la cara interna del brazo.

La biopsia cutánea demostró atrofia de la epidermis. La dermis presentaba un aspecto normal, sin esclerosis asociada, alteraciones de los anejos ni infiltrados inflamatorios llamativos. No se apreció una reducción significativa en el número de melanocitos.

Dados los hallazgos clínico-histológicos se estableció el diagnóstico de atrofia e hipopigmentación lineal cutánea tras inyección intraarticular de acetónido de triamcinolona.

La paciente presentó una mejoría progresiva de la lesión hasta su completa resolución a los 8 meses de seguimiento.

El uso de corticosteroides de administración intralesional es muy habitual en la práctica clínica¹⁻³. Así, conseguimos una mayor concentración del fármaco en la zona con un mejor perfil de seguridad, evitando algunos de los efectos secundarios sistémicos característicos, como la supresión del eje hipotálamo-hipofisario y el síndrome de Cushing iatrogénico.

La hipopigmentación lineal tras la administración intralesional o intraarticular de corticoides ha sido descrita en múltiples ocasiones,



Figura 1. A-C) Placa atrófica hipopigmentada en codo con extensión lineal a lo largo del brazo.

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.10.008>

1699-258X/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

generalmente asociada al uso de acetónido de triamcinolona⁴. Recientemente también se ha descrito un cuadro similar en un paciente con eccema crónico de pies que aplicó de forma tópica un corticoide de potencia alta⁵. En una serie de 440 pacientes pediátricos que recibieron inyecciones intraarticulares de acetónido de triamcinolona o acetato de metilprednisolona, un porcentaje algo inferior al 2% desarrolló posteriormente hipopigmentación o atrofia cutánea en la zona de inyección⁶.

Suele presentarse como una placa hipopigmentada y atrófica de bordes ramificados en la zona de inyección y con extensión lineal de la lesión hacia la zona perilesional, habitualmente siguiendo un patrón de distribución linfático. El diagnóstico diferencial debe plantearse con otras entidades como la morfea lineal o la fascitis eosinofílica, dada la similitud en la presentación clínica con el presente cuadro.

Esta entidad se manifiesta tras un período de tiempo variable que puede ir desde semanas hasta meses después de la inyección. Puede aparecer tanto tras una inyección única como tras inyecciones múltiples, sobre todo si se inyectan cantidades superiores a 10 mg/ml.

La atrofia cutánea por corticosteroides se debe a su efecto antiproliferativo sobre los fibroblastos y queratinocitos, así como por la alteración en la síntesis de lípidos y del metabolismo de las proteínas de la matriz extracelular. El mecanismo asociado a la hipopigmentación es menos conocido y podría deberse a una alteración en la secreción de los melanocitos sin llegar a producirse su destrucción³.

Por otro lado, la extensión lineal típica de este cuadro se deba probablemente a una dispersión por el sistema linfático. Kikuchi y Horikawa, demostraron esta distribución tras inyectar colorantes como *blue dye* en la zona inicial de la lesión y confirmando su posterior extensión por los vasos linfáticos⁷.

No existe tratamiento específico, aunque se suele recomendar evitar nuevas inyecciones. La repigmentación y la mejoría de la atrofia cutánea no suele aparecer hasta meses después del cuadro.

Agradecimientos

Agradecemos el estudio histopatológico a la Dra. Verónica Parra Blanco.

Bibliografía

1. Cantürk F, Cantürk T, Aydın F, Karagöz F, Sentürk N, Turanlı AY. Cutaneous linear atrophy following intralesional corticosteroid injection in the treatment of tendinitis. *Cutis*. 2004;73:197–8.
2. Venkatesan P, Fangman WL. Linear hypopigmentation and cutaneous atrophy following intra-articular steroid injections for de Quervain's tendonitis. *J Drugs Dermatol*. 2009;8:492–3.
3. Dhawan AK, Bisherwal K, Grover C, Tanveer N. Linear leucoderma following intralesional steroid: A report of three cases. *J Cutan Aesthetic Surg*. 2015;8:117–9.
4. Jang WS, Park J, Yoo KH, Han TY, Li K, Seo SJ, et al. Branch-shaped cutaneous hypopigmentation and atrophy after intralesional triamcinolone injection. *Ann Dermatol*. 2011;23:111–4.
5. Kwon HH, Suh DH. Linear extensions of hypopigmentation as a side effect of topical corticosteroid application. *Int J Dermatol*. 2016;55:e315–7.
6. Lanni S, Bertamino M, Consolaro A, Pistorio A, Magni-Manzoni S, Galasso R, et al. Outcome and predicting factors of single and multiple intra-articular corticosteroid injections in children with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology*. 2011;9:50:1627–34.
7. Kikuchi I, Horikawa S. Perilymphatic atrophy of the skin. *Arch Dermatol*. 1975;11:795–6.

Ignacio Hernández Aragüés^{a,*},
C. Ana Villanueva Álvarez-Santullano^b, Ricardo Suárez Fernández^b
y Ana Pulido Pérez^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ignaciohdezaragues@gmail.com
(I. Hernández Aragüés).