

Elefantiasis verrucosa nostra tratada con tazaroteno tópico

Elephantiasis nostras verrucosa successfully treated with topical tazarotene.

Luz Adriana Vásquez,¹ Verónica Molina,² Juan Esteban Arroyave,³ María Isabel Arredondo,⁴ Ana Isabel Arango.⁵

1. Dermatóloga Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.
2. Dermatóloga Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.
3. Dermatólogo Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.
4. Dermatóloga Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.
5. Residente de tercer año de dermatología, CES. Medellín, Colombia.

Resumen

La elefantiasis verrucosa nostra es una entidad crónica poco común que se caracteriza por fibrosis y deformidad de la región corporal afectada. Es causada por linfedema crónico que puede ser congénito, secundario a una infección diferente a la filaria, o producido por cirugía, radioterapia, obstrucción neoplásica, obesidad o trauma. Según la gravedad y la causa subyacente el tratamiento puede ser médico o quirúrgico. Se reporta un caso representativo de una elefantiasis verrucosa nostra tratada exitosamente con tazaroteno tópico y medidas conservadoras.

PALABRAS CLAVE: Elefantiasis, linfedema, verrucosa.

Summary

Elephantiasis nostras verrucosa is an uncommon chronic entity characterized by fibrosis and deformity of the affected area. It is caused by chronic lymphedema that could be congenital or produced by a nonfilarial infection, surgery, radiotherapy, neoplastic obstruction, obesity or trauma. Depending on the severity and the cause, the treatment can be medical or surgical. We report an elephantiasis nostras verrucosa case successfully treated with topical tazarotene and conservative measures.

KEY WORDS: Elephantiasis, lymphedema, verrucous.

Introducción

La elefantiasis verrucosa nostra es un trastorno crónico y deformante, caracterizado por hiperqueratosis de la epidermis, lesiones papilomatosas y verrucosas, que dan una apariencia característica en empedrado, con fibrosis de la dermis y del tejido celular subcutáneo. En su patogénesis juegan un papel protagónico el linfedema crónico, las infecciones, la cirugía, la radioterapia, la obstrucción neoplásica, el trauma y la obesidad.

Sin tratamiento los cambios cutáneos progresan lenta-

mente con el crecimiento desproporcionado y causan deformidad de la extremidad afectada.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un paciente de 40 años de edad, natural de Acandí (Chocó), obeso, con cuadro de tres años de evolución que inicia progresivamente como edema intermitente y con el paso del tiempo se manifiesta como edema severo con gran deformidad y cambios verrucosos de la piel.



FIGURA 1: Edema y deformidad de miembro inferior derecho acompañado de cambios verrucosos en el dorso de pie derecho, úlcera circunferencial eritematosa en los maléolos.



FIGURA 2 Cuatro semanas después de iniciado el tratamiento.

Al examen físico presentaba xerosis, un edema grande con deformidad del miembro inferior derecho, acompañado de hiperqueratosis, cambios verrucosos ubicados específicamente en el dorso del pie derecho y úlcera circunferencial eritematosa con bordes bien definidos a nivel de maléolos (**FIGURA 1**). En la resonancia magnética se evidenciaron múltiples adenopatías inguinales derechas, edema de tejido graso de la pierna derecha sin lesiones tumorales, líticas o de osteomielitis.

Se inició manejo con factor de crecimiento epidérmico (hebermin) en la úlcera, tazaroteno tópico al 0.1% en las lesiones verrucosas y vaselina para la xerosis que presentaba. Asociado a lo anterior se le administró antibiótico terapia endovenosa por sobreinfección de las úlceras, vendaje multicapa compresivo y férula de Brown para elevación de la extremidad afectada. El cuadro clínico y las lesiones en la piel mejoraron luego de seis semanas de tratamiento (**FIGURA 2**).

Discusión

El término elefantiasis es usado para describir el crecimiento anómalo de algunas partes del cuerpo, principalmente las piernas, pero puede comprometer los brazos, el tórax o los genitales. Inicialmente se usó para los casos causados por *Wuchereria bancrofti*. Posteriormente Castellani en 1934 introdujo el adjetivo "nostra" para los casos que no se asociaban a filaria.¹

El linfedema crónico es el resultado de episodios de linfangitis a repetición, los cuales llevan a obstrucción y posteriormente a un drenaje linfático insuficiente con acumulación de líquido rico en proteínas en los tejidos afectados, causando edema intersticial e inflamación crónica. Se produce la proliferación de fibroblastos de manera no controlada, con un aumento de la susceptibilidad a infecciones por una disminución de la respuesta inmune local que produce linfangitis permanente por la colonización bacteriana, responsable del aumento del tamaño y de la deformidad de las extremidades, con fibrosis dérmica como estadio final.

Entre las causas del linfedema crónico están las infecciosas (la más común la linfangitis estreptocócica) y las no infecciosas, que incluyen formas congénitas como la enfermedad de Milroy y la elefantiasis congénita hereditaria; traumáticas o por alteración quirúrgica de los vasos linfáticos; insuficiencia venosa; radiación; obstrucción neoplásica; obesidad y las neoplasias como los linfomas y los fibrosarcomas.

Se pueden diferenciar dos tipos de compromiso cutáneo: el tipo blando y el tipo duro. El primero se caracteriza por un engrosamiento moderado de la piel, con movilidad sobre la piel subyacente. El segundo se caracteriza por un engrosamiento fibrótico "leñoso" adherido a estructuras profundas; en este caso se pueden observar proliferaciones verrucosas, nodulares, que con el tiempo se ulceran y sufren colonización secundaria que se acompaña de mal olor.

Puede ser uni o bilateral y es más frecuente en los miembros inferiores. Sin embargo, la condición se puede desarrollar en cualquier sitio donde haya linfedema.

La biopsia de piel se caracteriza en los estadios iniciales por hiperplasia pseudoepitelomatosa, vasos linfáticos dilatados, espacios tisulares amplios, pérdida de

las papillas dérmicas y de las glándulas sudoríparas. En estadios avanzados las fibras elásticas dérmicas se observan fragmentadas y separadas con hiperplasia fibrosa extensa en el tejido subcutáneo y en las paredes de los vasos linfáticos. El tejido adiposo se ve edematoso.

Cuando la presentación es típica el diagnóstico es clínico; pero en algunas ocasiones es necesaria la biopsia de piel, la linfografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética para ayudar a descartar una lesión neoplásica como un linfosarcoma, un fibrosarcoma o un linfoma.

El tratamiento incluye medidas conservadoras del manejo del edema con vendajes elásticos multicapa, compresión neumática, higiene de la piel y antibióticos y antimicóticos para las sobreinfecciones; además se ha reportado el uso de retinoides sistémicos para disminuir la proliferación del estrato córneo, la producción de colágeno y la fibrinogénesis. También hay reportes con tazaroteno al 0.1% con muy buena respuesta.

El tratamiento quirúrgico está indicado en casos donde no haya respuesta al manejo médico.

Referencias

- Guameri C, Vaccaro M. What is your call?: cobblestone-like skin. Elephantiasis nostras verrucosa. CMAJ. 2008; 23; 179: 673-4.
- Sisto K, Khachemoune A Elephantiasis nostras verrucosa: a review. Am J Clin Dermatol. 2008; 9:141-6.
- Vaccaro M, Borgia F, Guarneri F, Cannavò SP. Elephantiasis nostras verrucosa. Int J Dermatol. 2000; 39: 764-6.
- Yoho RM, Budin AM, Pea AS. Elephantiasis nostras verrucosa. J Am Podiatr Med Assoc. 2006; 96: 442-4.
- Lu S, Tran TA, Jones DM, Meyer DR, Ross JR, Fisher SA, Carlson JA. Localized lymphedema (elephantiasis): a case series and review of the literature. J Cutan Pathol. 2009; 36: 1-20.
- Boyd J, Sloan S, Meffert J. Elephantiasis nostrum verrucosa of the abdomen: clinical results with tazarotene. J Drugs Dermatol. 2004;3: 446-8.
- Iwao F, Sato-Matsumura KC, Sawamura D, Shimizu H. Elephantiasis nostras verrucosa successfully treated by surgical debridement. Dermatol Surg. 2004; 30: 939-41.