

# Lesiones hipopigmentadas circulares en mujer de 23 años

Concepción Garrido Villarino<sup>1</sup>, Pablo Rodríguez Blanco<sup>2</sup>, Elena Blanco Rodríguez<sup>3</sup>, Fernando Mareque Rivas<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Directora de Procesos sen ingreso e Urxencias. A Coruña. SERGAS

<sup>2</sup> Médico Residente R1 de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona

<sup>3</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Culleredo. Area Sanitaria de A Coruña

<sup>4</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sada. Area Sanitaria de A Coruña

Cad Aten Primaria  
Ano 2012  
Volume 18  
Páx. 00-00

## INTRODUCCIÓN

Mujer de 23 años, fumadora, consumidora esporádica de cocaína, bebedora de fin de semana. Antecedentes de vitíligo en madre y tía materna. Alergia a AINES y penicilina. TB pulmonar tratada a los 13 años de edad, trastorno de ansiedad tratado con alprazolam. Refiere que hace 15 días sufrió un proceso respiratorio y fue tratada con un medicamento cuyo nombre no recuerda.

Acude a la consulta por presentar lesiones en miembro inferior derecho, hipopigmentadas, de borde marcado, no pruriginosas ni descamativas, centradas cada una en un folículo piloso, circulares y de similar morfología entre sí, desde hace 10 días aproximadamente.

## PREGUNTAS

Con estos datos, ¿por cuál de los siguientes diagnósticos nos inclinariamos?

- 1.- Reacción alérgica medicamentosa.
- 2.- Vitíligo.
- 3.- Reacción postinflamatoria a depilación láser.
- 4.- Dermografismo.
- 5.- Quemaduras autoinfligidas.

..... 1 .....

Una vez confirmado el diagnóstico, ¿cuál de los siguientes tratamientos sería más adecuado?

- 1.- Corticoides tópicos.
- 2.- Antihistamínicos.
- 3.- Derivación a psiquiatría.
- 4.- Vigilancia y exposición progresiva a la luz solar.
- 5.- Emolientes.



FIGURA 1



FIGURA 2

## RESPUESTA LESIONES HIPOPIGMENTADAS CIRCULARES EN MUJER DE 23 AÑOS

Las lesiones que presenta la paciente fueron producidas por la aplicación de dosis elevadas de láser en el miembro inferior derecho con la finalidad de suprimir la actividad de los folículos pilosos de la zona.

El tratamiento aconsejado en estos casos es la exposición progresiva al sol, con lo que se obtiene la reversibilidad de las lesiones en un plazo de 2 ó 3 meses.

Básicamente el mecanismo de actuación de esta terapia es el ataque a la melanina concentrada en la zona de crecimiento del folículo piloso (por ello sólo es eficaz sobre cabellos oscuros). Esta circunstancia hace que la cantidad de melanina de la piel del paciente, determinada por su fototipo, sea un factor decisivo a la hora de valorar el tratamiento.

Dentro de los fototipos podemos distinguir, según la escala de Fitzpatrick:

- **Fototipo I:** Piel blanca pálida, cabello rubio o pelirrojo; pecas y ojos azules. Siempre se quema, nunca se pone moreno.
- **Fototipo II:** Piel blanca pálida, cabello rubio o pelirrojo, ojos azules, verdes o ámbar. Se suele quemar, se pone moreno con dificultad.
- **Fototipo III:** Piel blanca, pelo y ojos de cualquier color. Muy común. A veces se quema moderadamente, se pone moreno lentamente.
- **Fototipo IV:** Piel morena, típica piel mediterránea. Se quema raramente, se pone moreno con facilidad.
- **Fototipo V:** Piel oscura, tipo Oriente medio. Se quema muy raramente, se pone moreno con mucha facilidad.
- **Fototipo VI:** Negro/a. No se quema.

Esta operación puede realizarse a través de varios tipos de láser en este tipo de terapias, los cuales se diferencian entre sí básicamente por la longitud de onda empleada 1:

- Láser Ruby: emite a una longitud de onda de 694 nm, adecuada para fototipos I-III. Sólo es efectivo para la combinación piel clara-cabello oscuro.
- Láser Alejandrita: emite a 755 nm, lo que significa que puede tratar pieles más oscuras (recientes estudios han demostrado

que es seguro hasta en fototipos IV-VI, si bien su uso más frecuente se centra en fototipos intermedios, II-IV).

- Láser Diodo: emite a 800 nm, puede ser usado con seguridad hasta en fototipos V.
- Láser Nd-YAG (acrónimo del inglés neodymium-doped yttrium aluminium garnet): Emite a 1064 nm, por lo que el paciente ideal es aquel con fototipo VI. Pese a ser muy utilizado no ha demostrado mejoras significativas sobre los otros métodos.
- IPL: Haz policromático (no es una emisión láser) de entre 400 y 1200 nm. Si bien ha demostrado cierta eficacia a corto plazo, a largo plazo sigue siendo inferior a los métodos láser.

Los efectos secundarios más comunes son las reacciones de hipo/hiperpigmentación<sup>2</sup>, frecuentemente debidos al empleo de una longitud de onda no adecuada al fototipo del paciente.

De esta manera los fototipos claros sufren en general menos efectos secundarios, mientras que los fototipos oscuros los sufren en mayor cantidad, frecuentemente asociados al uso de métodos poco recomendables para ellos (Ruby)<sup>3</sup>.

Parece lógico que este fuera el problema asociado al caso, en el que la aplicación de una longitud de onda corta (Ruby) a un fototipo III causó los daños, si bien hay que tener en cuenta que pueden presentarse efectos secundarios pese a la correcta elección del método terapéutico.

La innovación tecnológica de las últimas décadas permite un enfoque terapéutico de los problemas de la piel que antes no tenían un tratamiento eficaz y seguro. Actualmente, mediante técnicas láser y realizadas por profesionales cualificados se pueden obtener resultados altamente gratificantes <sup>4</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Omar A. Ibrahim, Mathew M. Avram, C. William Hanks, Suzanne L. Kilmner, R. Rox Anderson. Laser Hair Removal. *Dermatologic Therapy*. 2011; 24: 94-107.
2. Sean W. Lanigan, MD, FRCP, DCH. Incidence of side effects after laser hair removal. *J.A.M. Acad Dermatol*. 2003; 49: 882-886.
3. Mohammad Radmanesh, Mohsen Azar-Beig, Arash Abtahian & Amir H. Naderi. Burning, paradoxical Hypertrichosis, leukotrichia and folliculitis are four major complications of intense pulsed light hair removal therapy. *Journal of Dermatological Treatment*. 2008; 19: 360-3.
4. Moreno Arias, G.A., Camps Fresneda, A. aplicación del láser a la patología dermatológica. *Dermatología práctica*. 2009; 4-19.