

Hipertrichosis como primera manifestación de la porfiria cutánea tarda

Sr. Director: Se entiende por hipertrichosis el crecimiento de pelo de forma excesiva o de mayor longitud en cualquier lugar del cuerpo. Debe diferenciarse de hirsutismo, desarrollo de pelo terminal en la mujer con patrón masculino y asociado en ocasiones a otros síntomas de virilización como seborrea, acné y alopecia, y con frecuencia relacionado con alteraciones de las hormonas sexuales¹.

Aunque la hipertrichosis suele ser un problema estético también puede ser un signo cutáneo de una enfermedad sistémica².

Queremos comentar un caso visto recientemente que ilustra lo que nos encontramos con relativa frecuencia en nuestra práctica dermatológica diaria.

Se trata de una mujer de 43 años sin antecedentes personales de interés, vista en otro Servicio 6 años antes por aumento de pelo en mejillas y etiquetado de hirsutismo. Se le realizó estudio hormonal que fue normal.

Acude ahora por agudización del cuadro en los últimos 10 meses, así como por oscurecimiento facial.

A la exploración se aprecia aumento de pelo terminal en sienes y mejillas acompañado de hiperpigmentación facial difusa, quistes en sienes y cicatrices en dorso de ambas manos. No presenta hirsutismo ni otros datos de virilización.

Se realiza un estudio analítico que incluye un hemograma, bioquímica y serologías de virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC), que es normal o negativo, salvo un aumento de las transaminasas (GPT: 70, GGT: 78). Ante la sospecha de porfiria cutánea tarda se solicita uroporfirina en orina de 24 horas que muestra unos valores de 416 mcg/24h, que confirman el diagnóstico.

Las causas de hipertrichosis adquirida son variadas, entre ellas, neoplasias, alteraciones cerebrales, infecciones como la tuberculosis o el VIH, dermatomiositis, alteraciones tiroideas, malnutrición como la anorexia nerviosa o la bulimia, y medicamentos como la ciclosporina, fenitoína, corticoides orales y tópicos, minoxidil y estreptomina².

Tanto la hiperpigmentación como la fragilidad cutánea son hechos frecuentes en la porfiria cutánea tarda^{3,4}, pero en ocasiones no se aprecian, y es la hipertrichosis la primera manifestación de la enfermedad⁵. Suele presentarse en el 60% de los pacientes, con predominio en el área alta de las mejillas y en la zona periorbitaria⁶.

Con este caso pretendemos resaltar el interés de diferenciar el hirsutismo de la hipertrichosis antes de decidir las

pruebas complementarias que deben realizarse, así como la importancia de la hipertrichosis como signo que ayuda a diagnosticar una patología de base⁷.

B. MONTEAGUDO SÁNCHEZ^a, I.M. ANTÓN-BADIOLA^b,
E. LEÓN MUIÑOS^c Y A. BLANCO LÓPEZ^d

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Centro Médico POVISA. Vigo.

^cServicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

^dMedicina de Familia. Centro de Salud Mariñamansa. Orense.

Correspondencia: B. Monteagudo Sánchez.
C/ Rosalía de Castro, 38, 3ºB.
Santiago de Compostela.
15706 La Coruña.

Correo electrónico: benims@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Vashi RA, Mancini AJ, Paller AS. Primary generalized and localized hypertrichosis in children. *Arch Dermatol.* 2001;137:877-84.
2. Wendelin DS, Pope DN, Mallory SB. Hypertrichosis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:161-79.
3. Sams H, Kiripolsky MG, Bhan L, Stricklin GP. Porphyria cutanea tarda, hepatitis C, alcoholism, and hemochromatosis: a case report and review of the literature. *Cutis.* 2004;73:188-90.
4. Au WY, Tam SC, Ho KM, Kwong YL. Hypertrichosis due to porphyria cutanea tarda associated with blastic transformation of myelofibrosis. *Br J Dermatol.* 1999;141:932.
5. Boffa MJ, Reed P, Weinkove C, Ead RD. Hypertrichosis as the presenting feature of porphyria cutanea tarda. *Clin Exp Dermatol.* 1995;20:62-4.
6. Grossman ME, Bickers DR, Poh-Fitzpatrick MB, Deleo VA, Harber LC. Porphyria cutanea tarda: clinical features and laboratory findings in 40 patients. *Am J Med.* 1979;67:277-86.
7. Mauleón Fernández C, Chavarría Mur E, Bueno Marco C. Protocolo diagnóstico de la hipertrichosis. *Medicine.* 2002;8:4897-900.

Virus de Norwalk. Gastroenteritis con nombre propio

Sr. Director: En octubre y noviembre del 2003 el transatlántico AURORA salía desde Southampton con destino a diversos países mediterráneos, entre ellos España. En Sicilia varios pasajeros empezaron a vomitar en plena calle. Al llegar al puerto del Pireo, (Atenas) el número de pasajeros afectados era de 430. La causa del problema: un virus muy aficionado a los transatlánticos llamado virus de Norwalk. En mayo del 2003 el buque CARONIA, que había partido de Southampton, alojó 70 casos de infecciones leves por este virus. Más extremo fue el caso de los pasajeros de los buques FASCINATION, HOLLAND, y dos más de la Disney Cruise Line en diciembre de 2003. Se dirigían desde Florida a las Islas Bahamas,

cuando en sólo dos semanas 700 de los pasajeros sufrieron el ataque del Norwalk.

La infección por el virus de Norwalk era conocida desde hace más de 50 años como enfermedad del vómito invernal. Entre los años setenta y ochenta fue realizada la identificación precisa del virus en la localidad de Norwalk (Ohio, EE.UU.), tras un brote de gastroenteritis en una escuela elemental. Fue catalogado dentro del grupo de reovirus, virus entéricos al igual que los Rotavirus. Más recientemente ha sido catalogado dentro del grupo *Caliciviridae*. Estructuralmente es un virus ARN.

Los virus similares al Norwalk, conocidos por NLV, son considerados la principal causa de gastroenteritis en el mundo.

Producen una gastroenteritis aguda, que ocurre en brotes y es de muy fácil transmisión. Como su infectividad es muy elevada y su período de incubación corto (de uno a dos días), su aparición es rápida y cualquier persona puede ser infectada. Los síntomas son vómitos, diarrea acuosa y fiebre ocasional. El contagio se produce a partir de moluscos contaminados (ostras), de vegetales (ensaladas de lechuga y tomate), del agua y directo de persona a persona. Con las heces se eliminan muchas partículas de virus, concentrándose en gran número en los moluscos bivalvos y debido a la filtración que éstos hacen de dichas aguas al alimentarse. Dichas partículas contaminan aguas de regadío, convirtiendo los vegetales en vehículo diseminador del virus.

El pronóstico es leve y la enfermedad se cura por sí sola en uno a dos días. La recuperación es completa y sin complicaciones. Las muertes por este virus son infrecuentes, aunque hay casos descritos en ancianos. Niños, ancianos, inmunodeprimidos y pacientes con cardiopatías se consideran de riesgo. Un Boletín Gallego informaba de dos muertes por este virus durante un brote a bordo de un crucero. Se trataba de dos pacientes con enfermedad cardiovascular. En los demás pasajeros los síntomas fueron leves.

El tratamiento es el sintomático de los trastornos digestivos, unido a la rehidratación oral.

Las medidas preventivas resultan claves:

– Cocción adecuada y durante tiempo suficiente de los moluscos bivalvos (ostras), evitando su consumo crudos.

– Lavado de manos después de ir al excusado y antes de comer.

– Eliminar como manipuladores de alimentos, temporalmente, a personas infectadas por el virus. Tampoco acudirán al colegio ni al trabajo mientras tengan síntomas.

– No beber agua no tratada.

Un reciente y novedoso descubrimiento podría abrir las puertas para conseguir una vacuna oral frente al Norwalk. Parra y su equipo investigador de la Universidad de Oviedo, han obtenido la Proteína VP 60 cultivando una patata transgénica. Dicha proteína es compartida por el virus causante de la enfermedad hemorrágica del conejo y el de Norwalk, de tal manera que los resultados exitosos conseguidos en el conejo podrían trasladarse a los seres humanos. En otras palabras, sería una vacuna comestible si se demuestra su eficacia y puede ser utilizada.

F. B. HERMO MOSQUEIRA
Profesor del Instituto de Dietética y Nutrición.
Consultorio Privado RODEN
y Escuela EGADE. Universidad Popular del Noroeste.
A Coruña.

Correspondencia: FB. Hermo Mosqueira
C/ Sofía Casanova, 10, 2.º D.
15009 A Coruña.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Caul EO. Viral gastroenteritis: small round structured viruses, caliciviruses and astroviruses. Part II. The epidemiological perspective. *J Clin Pathol.* 1996;49:959-64.
- Parra F. Una vacuna comestible puede llegar a prevenir el virus de Norwalk. Universidad de Oviedo. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/gastroenterologia/n090101bis.html>
- Rodríguez Jerez JJ. Los virus más frecuentes en los alimentos. Observatorio de la Seguridad Alimentaria. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: <http://www.consumaseguridad.com/web/es/investigación/2002/02/27/1091.php>.
- Romalde JL. La transmisión de los virus de Norwalk y de la Hepatitis A, a través de moluscos. Departamento de Microbiología y Parasitología. Facultad de Biología e Instituto de Acuicultura. Universidad de Santiago de Compostela. Disponible en: <http://www.consumaseguridad.com/web/es/investigación/2002/11/13/4074.php>.
- Warner RD, Carr RW, McCleskey FK, Johnson PC, Elmer LMG, Davidson VG. A large non - typical outbreak of Norwalk virus. Gastroenteritis associated with exposing celery to nonpotable water and with *Citrobacter freundii*. *Arch Intern Med.* 1991;151:2419-24.