

Amiloidosis macular



Marta Casado Marcos

Médico de familia. Centro de Salud Los Cubos. Burgos.



Ángela Nieto de Tena Gil

Médico interno residente de 3.º año. Centro de Salud Los Cubos. Burgos.

Mi paciente es una mujer marroquí de 35 años, sin antecedentes de interés, que acudió a consulta por la aparición y posterior crecimiento de una mancha hiperpigmentada en la espalda, que se acompañaba de prurito. Refirió que su madre también presentaba una lesión similar en la espalda.

En la exploración física, presentaba una mácula parduzca de unos 6 cm de diámetro, con un aspecto marronáceo, en la región dorsal paravertebral derecha (fig. 1). El resto de la exploración era normal. Planteamos un diagnóstico diferencial entre liquen plano crónico, sarcoidosis cutánea, amiloidosis cutánea o pitiriasis versicolor.

Se tomó una fotografía para realizar una interconsulta no presencial con dermatología, desde donde se confirmó que la lesión era compatible con amiloidosis macular.

Las amiloidosis comprenden un grupo de enfermedades de etiología diversa y pronóstico y tratamiento variables, causadas por el depósito extracelular de material amiloide. Se clasifican en sistémica o generalizada, y limitada o localizada. La amiloidosis cutánea localizada puede subdividirse en amiloidosis macular, papular o liquen amiloide y nodular.



FIGURA 1. Lesión hiperpigmentada de bordes imprecisos en la zona alta de la espalda.

La amiloidosis macular es la más frecuente de las cutáneas y es un proceso benigno.

Existe un predominio en mujeres, entre la segunda y quinta décadas de la vida. Su etiología es compleja; se ha descrito la implicación de factores genéticos, ambientales y la exposición solar. Suele presentarse como máculas hiperpigmentadas de coloración café a gris, confluentes, con patrón reticulado, localizadas en la parte superior de la espalda, especialmente sobre el área interescapular. También se puede encontrar en otras áreas, como zonas pretibiales, muslos, brazos y glúteos¹.

La evolución es crónica y asintomática. Se ha señalado una relación con notalgia parestésica y melanosos por fricción.

En una revisión sistemática, se describía una amplia variedad de opciones de tratamiento, incluyendo retinoides, corticosteroides, ciclofosfamida, ciclosporina, amitriptilina, colchicina, cefarantina, tacrólimus, dimetilsulfóxido, análogos de la vitamina D₃, capsaicina, mentol, apósitos hidrocoloides, modalidades quirúrgicas e, incluso, tratamiento con láser y fototerapia², aunque, en la actualidad, no existe tratamiento curativo. Las modalidades terapéuticas empleadas alivian los síntomas, pero no eliminan el

depósito de la sustancia amiloide. La hiperpigmentación puede ser duradera, aunque la lesión sea asintomática.

La paciente se mostró muy satisfecha y agradecida tras ser valorada por dermatología en unos pocos días. Con este caso, también queremos señalar los grandes beneficios de la consulta no presencial (teleconsulta), que puede contribuir a mejorar la accesibilidad y a reforzar la relación médico-paciente. Ofrece ventajas, ya que es un medio de comunicación rápido, fácil y con un coste mínimo³. Nos permite resolver de manera ágil y accesible situaciones clínicas dudosas, y evita derivaciones innecesarias mediante la utilización de los avances en las nuevas tecnologías y sistemas de información.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Benavides N, Robles Méndez JC, Ocampo Candiani J. Hiperpigmentaciones adquiridas. *Dermatol Cosmet Med Quir*. 2018;16(1):50-62.
2. Weidner T, Illing T, Elsner P. Primary localized cutaneous amyloidosis: a systematic treatment review. *Am J Clin Dermatol*. 2017; 18(5):629-42.
3. De La Fuente Ballesteros SL, García Granja N, Hernández Carrasco M, Hidalgo Benito A, García Álvarez I, García Ramón E. La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria. *Semergen*. 2018;44(7): 458-62.