

ría de casos, a un diagnóstico de descarte⁷. Cuando aparece en mujeres premenopáusicas existe la posibilidad de realizar anexectomía solo del ovario afecto. Para ello, puede localizarse el tumor midiendo los niveles de testosterona en las venas ováricas durante la intervención⁸.

El hiperandrogenismo en la posmenopausa, y especialmente la virilización, es muy infrecuente y suele deberse a causas tumorales (principalmente de origen ovárico o suprarrenal)⁹. Otras causas que deben descartarse son los fármacos, la enfermedad hipofisaria o la secreción tumoral ectópica. Tanto la severidad del hiperandrogenismo como la edad, la rapidez de instauración del cuadro y los síntomas y signos asociados son elementos importantes a la hora de realizar el abordaje diagnóstico.

Bibliografía

- Rivera R, Guerra-Tapia A. Manejo de las mujeres posmenopáusicas en la alopecia androgenética. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:257-61.
- Yuste M, Unamuno P. Alertas cutáneas en malignidades sistémicas. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:543-53.
- Bajocchi G, Mancini N, Angeletti G, Celleno R, Fratini D, Gilardi G. Pure Leydig cell tumour (hilus cell) of the ovary: A rare cause of virilization after menopause. *Gynecol Obstet Invest*. 1997;44:141-4.
- Bancos I, Prawius H. Leydig cell tumor of the ovary postmenopausal woman presenting with virilization. *The Endocrinologist*. 2008;18:146-9.
- Sanz OA, Martínez PR, Guarch RT, Goñi MJ, Alcazar JL. Bilateral Leydig cell tumour of the ovary: A rare cause of virilization in postmenopausal patient. *Maturitas*. 2007;57:214-6.
- Kozan P, Chalasan S, Handelsman DJ, Pike AH, Crawford BA. A Leydig cell tumor of the ovary resulting in extreme hyperandrogenism, erythrocytosis, and recurrent pulmonary embolism. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99:12-7.
- Marcelino M, Nobre E, Conceição J, Lopes L, Vilar H, França Martins M, et al. A rare case of hyperandrogenism: Bilateral Leydig cell tumor of the ovary. *Acta Med Port*. 2010;23:113-8.
- Regnier C, Bennet A, Malet D, Guez T, Plantavid M, Rochaix P, et al. Intraoperative testosterone assay for virilizing ovarian tumor topographic assessment: Report of a Leydig cell tumor of the ovary in a premenopausal woman with an adrenal incidentaloma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87:3074-7.
- Salman P, Cuello M, Kolbach M, Gejman R, Arteaga E. Hiperandrogenismo avanzado en una mujer posmenopáusica. Caso clínico. *Rev Med Chile*. 2011;139:1066-70.

L. Berbegal^{a,*}, M.P. Albares^a, F.J. De-Leon^a
y G. Negueruela^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Endocrinología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauraberbegal@gmail.com
(L. Berbegal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.12.022>

Utilidad de la ecografía doppler color para el diagnóstico de fístulas dentocutáneas



Diagnostic Value of Color Doppler Ultrasound for Cutaneous Odontogenic Sinus Tract

Varón de 32 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que acudió a consulta de dermatología por presentar un tumor en forma de cuerno cutáneo engastado en la piel, situado en la rama horizontal mandibular izquierda (fig. 1). En la exploración de la cavidad oral no se apreciaron alteraciones. Refería dolor a la palpación en esa zona. Había realizado tratamiento con pomada tópica de mupirocina 2% sin notar mejoría. Se realizó ecografía cutánea en modo B (Esaote®, Génova, Italia, sonda 18 MHz) donde pudimos observar una estructura hipoecogénica en banda, algo tortuosa y medianamente delimitada que alcanza la superficie de la cortical ósea mandibular (fig. 2). El estudio mediante modo doppler mostró vascularización en la zona circundante a dicho trayecto, revelando signos inflamatorios que se complementaban con un contorno hipoecogénico mal definido en modo B (fig. 3). Con el diagnóstico de fístula dentocutánea el paciente fue derivado al servicio de cirugía maxilofacial, donde se completó el estudio con una ortopantomografía, detectándose una imagen radiolúcida apical que englobaba la raíz posterior

del primer molar izquierdo (fig. 4). Se realizó tratamiento conservador mediante endodoncia y restauración, con una obturación de amalgama, curando la fístula cutánea en 20 días.

Las fístulas cutáneas de origen dental suelen ser el resultado de una necrosis pulpar y de una periodontitis crónica apical. Generalmente los pacientes no asocian estas lesiones en la cara a una enfermedad dental, ya que no siempre tienen dolor asociado¹. En muchas ocasiones son diagnosticadas como lesiones dermatológicas, prescribiéndose tratamientos erróneos e innecesarios para el paciente, que no ve resuelto su problema, y retrasando el tratamiento endodóntico que eliminará la infección dental con el consiguiente cierre y cicatrización de la fístula extraoral. El diagnóstico habitualmente ha sido realizado mediante la inspección, palpación y una ortopantomografía. Según la localización del absceso dará lugar a una fístula intraoral o a un trayecto fistuloso hacia la piel, siguiendo el camino de menor resistencia² perfilado por las inserciones musculares³, ocurriendo con más frecuencia en los dientes-molares mandibulares (80%) que en los maxilares (20%)⁴. También pueden localizarse en la región nasal, nasolabial, pliegues y canto interno del ojo^{5,6}. La desembocadura de la fístula a nivel cutáneo presenta un aspecto eritematoso y estará ulcerada si se encuentra en fase aguda. La piel perilesional suele estar ligeramente deprimida⁵⁻⁷. En ocasiones es posible palpar un cordón fibroso que une la zona cutánea donde la fístula se hace visible con el diente/molar causante del proceso pato-



Figura 1 Cuerno cutáneo engastado en la piel situado en la rama horizontal mandibular izquierda.

lógico. También es factible apreciar la salida de material purulento a través del orificio cutáneo al presionar sobre el cordón fibroso^{5,6}.

El diagnóstico diferencial incluye: quistes odontogénicos, reacción por cuerpo extraño, fístulas de las glándulas salivales, granuloma piogénico, lesiones tumorales o procesos infecciosos, así como la osteonecrosis maxilar por bifosfonatos, especialmente si las fístulas son múltiples⁹.

No se ha establecido un tratamiento efectivo, aunque el tratamiento conservador parece ser la conducta más recomendable, evitando desbridamientos agresivos debido a las recidivas y a las secuelas posteriores^{9,10}.

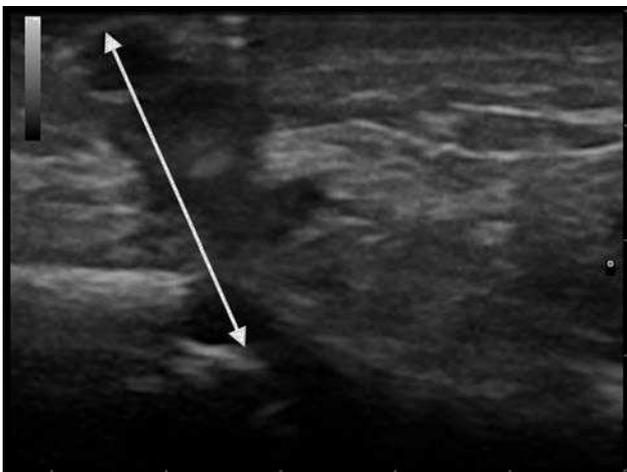


Figura 2 Ecografía cutánea (escala de grises, corte longitudinal): estructura hipocogénica en banda, algo tortuosa y medianamente delimitada que alcanza la superficie de la cortical ósea mandibular.

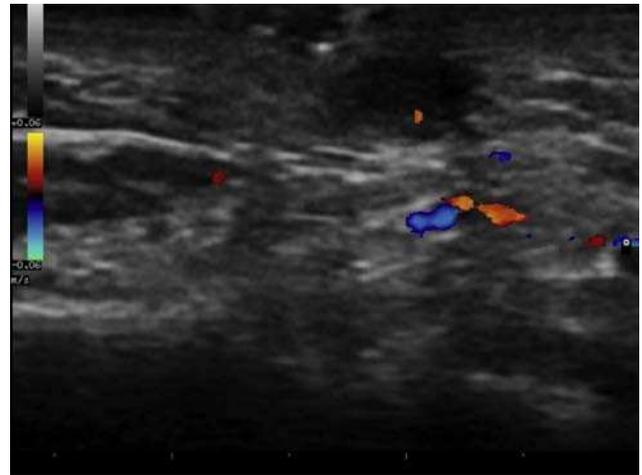


Figura 3 El estudio mediante modo doppler mostró vascularización en la zona circundante a dicho trayecto, revelando signos inflamatorios.



Figura 4 La ortopantomografía mostró una imagen radiolúcida apical que engloba la raíz posterior del primer molar izquierdo.

Recientemente Shobatake et al. han publicado 3 casos de fístulas dentocutáneas diagnosticadas por ecografía⁵. La ecografía dermatológica muestra un trayecto fistuloso hipocogénico en banda, algo tortuoso y medianamente delimitado que alcanza la superficie de la cortical ósea con mayor o menor vascularización en el modo doppler, siendo un patrón sonográfico bien definido. Es una herramienta que complementa con rapidez otras técnicas radiológicas, y se presenta como una excelente opción para facilitar el diagnóstico de este tipo de lesiones, incluso en dermatólogos no especialmente diestros en el manejo de la enfermedad oral. Además, posibilita la monitorización terapéutica y la valoración de la probable inflamación asociada, para facilitar una posible profilaxis antibiótica previa a la intervención.

Bibliografía

1. Barrowman RA, Rahimi M, Evans MD, Chandu A, Parashos P. Cutaneous sinus tracts of dental origin. *Med J Aust.* 2007;186:264–5.

2. Slutzky-Goldberg I, Tsesis I, Slutzky H, Heling I. Odontogenic sinus tracts: A cohort study. *Quintessence Int.* 2009;40:13-8.
3. McWalter GM, Alexander JB, del Río CE, Knott JW. Cutaneous sinus tract of dental etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988;66:608-14.
4. Cantatore JL, Klein PA, Liebllich LM. Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: A case report and review of the literature. *Cutis.* 2002;70:264-5.
5. Shobatake C, Miyagawa F, Fukumoto T, Hirai T, Kobayashi N, Asada H. Usefulness of ultrasonography for rapidly diagnosing cutaneous sinus tracts of dental origin. *Eur J Dermatol.* 2014;24: 683-7.
6. Cohen PR, Eliezri YD. Cutaneous odontogenic sinus simulating a basal cell carcinoma: Case report and literature review. *Plast Reconstr Surg.* 1990;86:123-7.
7. Tidwell E1, Jenkins JD, Ellis CD, Hutson B, Cederberg RA. Cutaneous odontogenic sinus tract to the chin: A case report. *Int Endod J.* 1997;30:352-5.
8. Prada García C, Rodríguez Prieto MÁ. Submandibular cutaneous fistula. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:629-30.
9. Alonso Estellés R, Campo López C, Aguilar Jiménez J, Desco Agulló F. Fístulas mandibulares en una mujer de 75 años. *Rev Clin Esp.* 2008;208:165-7.
10. Echeveste Inzagaray JM, Martínez Morentin M. Osteonecrosis mandibular relacionada con la toma de bifosfonatos por vía oral: a propósito de un caso. *Semerger.* 2011;37:430-2.

C. Garrido Colmenero*, G. Blasco Morente, J.M. Latorre Fuentes y R. Ruiz Villaverde

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristinagarrido86@gmail.com (C. Garrido Colmenero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.12.023>

Lesión tuberosa en el pene



Tuberous Lesion of the Penis

Presentamos un varón heterosexual de 48 años con antecedentes personales de tuberculosis pulmonar 6 años antes y un episodio de herpes zóster (nervio trigémino) hacía 3, que consultó por una lesión tuberosa en el pene de un mes de evolución. Como único síntoma refirió episodios de sangrado ocasionales. No tomaba tratamiento inmunosupresor. No comentó relaciones sexuales de riesgo ni era consumidor de drogas por vía parenteral. No tenía historia previa de enfermedades de transmisión sexual.

En la exploración física se observó un tumor redondeado y pediculado, de consistencia blanda y de coloración rosada, localizado en el surco balanoprepucial. Sobre la superficie destacó la presencia de un componente hiperqueratósico (fig. 1). No se palparon adenopatías locorregionales ni presentó afectación de la mucosa oral.

El estudio histopatológico mostró una proliferación de células fusiformes atípicas de núcleo alargado, citoplasma



Figura 1 Tumor rosado, de superficie queratósica y pediculado en el surco balanoprepucial.

bien definido y aumento de la actividad mitótica (fig. 2). Con las técnicas de inmunohistoquímica se detectó positividad para el marcador CD31 y expresión intranuclear del virus del herpes humano (VHH)-8 (fig. 3). Todos estos hallazgos fueron compatibles con sarcoma de Kaposi clásico en el pene de un paciente inmunocompetente de mediana edad. Para completar el estudio se solicitó un análisis de sangre que incluyó hemograma, bioquímica, anticuerpos antinucleares, marcadores tumorales, poblaciones linfocitarias (B/Th1/Th2/NK), frotis, niveles de beta-2 microglobulina, recuento de inmunoglobulinas y serologías virales (VIH-1 y 2, VHA, VHC, VHB, VHH-6, VHH-7, VHH-8, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, HTLV-1 y 2 y virus varicela zóster). Todas las determinaciones resultaron normales, excepto la serología para el VHH-8, que fue positiva. El estudio de extensión mediante TAC toracoabdominopélvica no mostró hallazgos significativos. En la consulta de Inmunología se descartó una posible inmunodeficiencia.

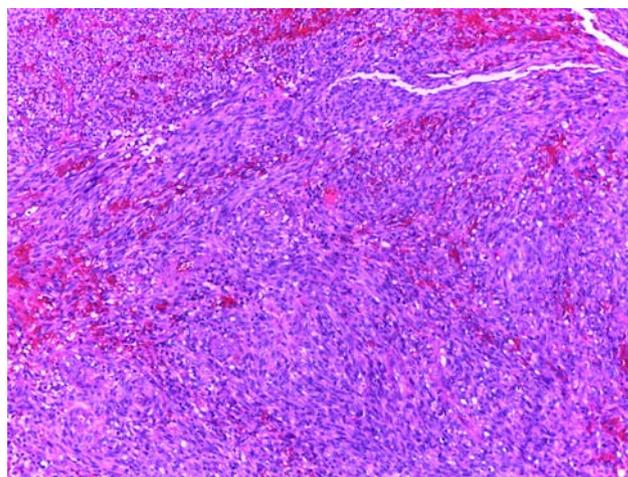


Figura 2 Proliferación de células fusiformes atípicas de núcleo alargado, citoplasma bien definido y aumento de la actividad mitótica (hematoxilina-eosina, $\times 20$).