

papules in an immunodeficient patient being treated with granulocyte colony stimulating factor. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:105-8.

9. Pembroke AC, Grice K, Levantine AV, Warin AP. Eruptive angiomata in malignant disease. *Clinical and Exp Dermatol.* 1978;3:147-56.

10. Lin KJ, Yen TC, Tzen KY. Multiple pyogenic granuloma demonstrated by SPECT using ⁹⁹Tcm-labelled red blood cells. *Br J Radiol.* 1999;72:397-9.

Seno umbilical pilonidal. ¿Una complicación de la depilación?

G. Pitarch, J.M. Latasa y J.M. Sánchez-Motilla

Centro Clínico Latasa. Castellón de la Plana. España.

Sr. Director:

El seno pilonidal es un trastorno inflamatorio crónico relacionado con la penetración de fragmentos de pelo en la piel, causando una reacción a cuerpo extraño y la formación de un seno revestido por tejido de granulación. Aparece típicamente en el área sacrococcígea, pero se puede desarrollar en otras localizaciones donde una hendidura anatómica facilite la acumulación de los pelos, como el espacio intermamario, las axilas, el periné, o el espacio interdigital en barberos. Sólo en raras ocasiones se presenta en el ombligo.

Un varón de 28 años acudió a nuestra consulta por presentar inflamación y supuración en el interior del ombligo desde hacía dos meses. Tras una exploración metuculosa se descubrió la presencia de un tracto sinusal a través del cual se extrajeron numerosos fragmentos de pelo. El paciente, de constitución hirsuta y con un peso adecuado a su talla, se depilaba el tronco con cuchilla desde hacía cuatro meses. La clínica se resolvió tras la extracción de los pelos de la cavidad, sin recurrencias a los 6 meses.

La mayoría de casos de seno pilonidal umbilical se manifiesta como una onfalitis recidivante con dolor, supuración, hemorragia, o incluso como una masa umbilical. Habitualmente afecta a varones jóvenes e hirsutos, en ocasiones con poca higiene personal. La obesidad y la sudoración son otros factores que pueden facilitar la penetración de los pelos a través de la epidermis¹. En la literatura no se ha relacionado la depilación como un factor de riesgo para el desarrollo del seno pilonidal umbilical, posiblemente porque esta costumbre se ha extendido entre los varones muy recientemente. En este paciente es posible que algunos fragmentos de pelo cortado del pecho y del abdomen se introdujesen en el ombligo e indujesen la formación del seno pilonidal.

El diagnóstico es clínico, al observar los pelos alojados en el fondo del ombligo. El estudio anatomopatológico muestra un granuloma a cuerpo extraño, con un tracto revestido por un epitelio que conduce a un área de fibrosis y tejido de granulación que envuelve los fragmentos pilosos. Esta entidad se debe incluir en el diagnóstico diferencial de lesiones umbilicales,

como el quiste epidérmico, la hernia umbilical, el granuloma piogénico, la endometriosis, restos del ducto onfalo-mesentérico, anomalías del uraco o tumores metastáticos².

El tratamiento conservador, consistente en extraer los fragmentos pilosos y otros restos de la cavidad, con antibioterapia oral si se precisa, consigue la curación en la gran mayoría de los pacientes^{3,4}. La onfalectomía debe reservarse para casos refractarios. Se recomienda no reconstruir el ombligo, dejando que la herida quirúrgica cierre por segunda intención para evitar recidivas.

Bibliografía

1. Eryilmaz R, Sahin M, Okan I, Alimoglu O, Somay A. Umbilical pilonidal sinus disease: predisposing factors and treatment. *World J Surg.* 2005;29:1158-60.
2. Schoelch SB, Barrett TL. Umbilical pilonidal sinus. *Cutis.* 1998;62:83-4.
3. Abdelnour A, Aftimos G, Elmasri H. Conservative surgical treatment of 27 cases of umbilical pilonidal sinus. *J Med Liban.* 1994;42:123-5.
4. McClenathan J. Umbilical pilonidal sinus. *Can J Surg.* 2000;43:225.

Poroma ecrino pigmentado

I. Allende, J. Gardezabal, E. Acebo y J.L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

Sr. Director:

El poroma ecrino es un tumor poco frecuente que tiene una morfología va-

riable. Debido a su versatilidad clínica puede adoptar la apariencia de otros tumores cutáneos, por lo que en pocas

ocasiones se establece el diagnóstico clínicamente y es el estudio anatomopatológico el que confirma el diagnóstico.

Describimos a continuación un caso clínico de poroma ecrino pigmentado.

Se trata de una paciente de 42 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento habitual que fue remitida a nuestras consultas para la valoración de una lesión pigmentada en la cara palmar del tercer dedo de la mano derecha.

La paciente refería que había aparecido 10 meses antes una lesión en la cara palmar de la segunda falange del tercer dedo de la mano derecha. Durante este tiempo la lesión había ido creciendo lentamente, y en el último mes le había sangrado en varias ocasiones tras el roce.

A la exploración se objetivaba una lesión pigmentada, papular, ovalada, de 5 mm de diámetro, uniforme, bien delimitada y de superficie irregular verrucosa. No se objetivaba ulceración (fig. 1).

En la histopatología microscópicamente se apreciaba un engrosamiento epidérmico estructurado en amplias bandas anastomosadas de células homogéneas, cuboides, pequeñas y de núcleo redondeado basófilo. Los límites tumorales estaban bien definidos, sin evidencia de empalizada periférica y se observaban cúmulos de pigmento intercelulares (figs. 2 y 3).

Con estos hallazgos clínico-patológicos se estableció el diagnóstico de poroma ecrino pigmentado.

La lesión fue extirpada en su totalidad y hasta la fecha la paciente ha evolucionado favorablemente, sin que se haya objetivado recidiva de la lesión.

El poroma ecrino pigmentado es un tumor anxial de presentación rara y representa menos del 1% de las lesiones cutáneas primarias¹. El término «poroma» alude a un grupo de neoplasias anxiales benignas con diferenciación ductal terminal o «poroide» que pueden ser de origen ecrino o apocrino.

Las distintas variantes histopatológicas de poroma (hidroacantoma simple², poroma clásico, tumor del conducto dérmico y poroma apocrino) presentan una morfología clínica distinta³, y en ocasiones se han descrito

formas con patrones neoplásicos diferentes combinados.

El poroma clásico es un tumor que se presenta generalmente en personas mayores de 40 años, con ligero predominio en mujeres. La localización más frecuente tradicionalmente se ha referido a palmas (10%) y plantas (65%), aunque también se han visto en otras muchas localizaciones⁴.

Clínicamente adopta formas, consistencias y colores muy variados. En la mayoría de los casos se presenta como una lesión solitaria en forma de pápula o un nódulo asintomático (el sangrado o el dolor pueden aparecer como tras un traumatismo), bien circunscrito, sésil o pediculado, a veces con superficie papilomatosa y con un diámetro que varía desde menos de 1 cm hasta 5 cm. La lesión puede ser del color de la piel normal o similar a un granuloma piógeno o un hemangioma. En algunos casos excepcionales se han descrito formas pigmentadas⁵, como el caso que describimos.

Histológicamente se observa una proliferación delimitada de queratinocitos cúbicos de núcleo redondeado u oval monomorfo y escaso citoplasma, las células poroideas, todas ellas monomorfas, formando islotes. Estas células son similares a las de la hilera periférica de la porción más distal del ducto ecrino y apocrino. Es característica la presencia de focos de necrosis en masa, bien delimitados, situados en el centro de los islotes tumorales. Puede presentar también espacios quísticos, focos de queratinización, células claras y pálidas, melanocitos dendríticos y melánina, etc.⁶.

El comportamiento biológico de los poromas es el de una neoplasia benigna, pudiendo persistir localmente si se extirpan de manera incompleta.

Creemos importante recalcar que las características clínicas del poroma no son específicas, pudiendo adoptar la apariencia de otros tumores cutáneos con los que deberemos hacer el diagnóstico diferencial, como el granuloma piogénico, el hemangioma, la queratosis seborreica, el fibroma, incluso el



Figura 1. Lesión papulo-tuberculosa pigmentada en dedo.

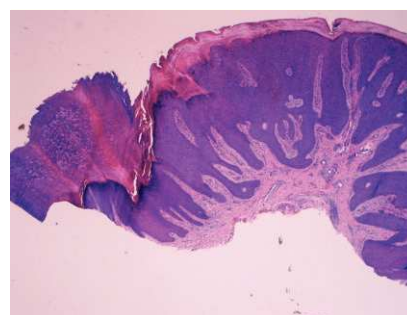


Figura 2. Tinción hematoxilina-eosina, x20.

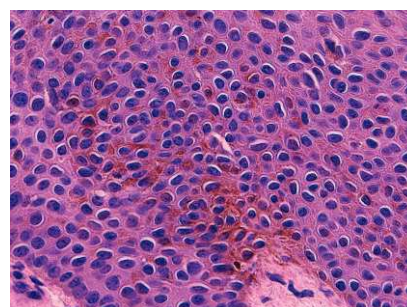


Figura 3. Tinción hematoxilina-eosina, x400.

melanoma nodular y el melanoma amelanótico⁷. Pocas veces el diagnóstico se establece clínicamente y es la histología la que lo confirma.

Bibliografía

1. Chih-Chiang C, Yun-Ting C, Han-Nan L. Clinical and histological characteristics of oroid neoplasms: a study of 25 cases in Taiwan. *Int J Dermatol.* 2006;45:722-7.
2. Monteagudo B, Iglesias B, de la Torre C, Paredes C, Vázquez-Blanco M, Ginarte

- M, et al. Hidroadenoma poroide. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:398-9.
3. Requena L. Neoplasias anexas cutáneas. Madrid: Ed. Aula Médica; 2004. p. 89-93.
 4. Ackerman AB, Abenozza P. Neoplasm with eccrine differentiation. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. p. 113-85.
 5. Utako O, Hiroyuki H, Hiroyuki S. Pigmented eccrine poroma occurring on the scalp: derivation of melanocytes in the tumor. *Am J Dermatol.* 2006;28:138-41.
 6. Pyllyer K, Dewolf-Peters C, Marien K. The histology of eccrine poromas: a study of 14 cases. *Dermatologica.* 1983;167:243-9.
 7. Altamura D, Piccolo D, Lozzi GP, Peris K. Eccrine poroma in an unusual site: a clinical and dermoscopic simulator of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:539-41.

Isotretinoína a dosis bajas en el tratamiento del lupus crónico discoide en mujeres fértiles

M. Pérez-Crespo, J. Bañuls, J. Mataix y A. Lucas

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 29 años que había sido diagnosticada de lupus eritematoso sistémico en 1988 por eritema malar, fotosensibilidad, artralgias, trombopenia, linfopenia y anticuerpos antinucleares y anti ADN positivos. Acude a nuestro centro en agosto de 2004 por varias placas eritematosas de centro atrófico en la zona superior del tronco y la cara, así como lesiones eritematosas en ambas palmas de aspecto hiperqueratósico (fig. 1), de meses de evolución, compatibles ambos tipos de lesiones con lupus. En el momento de la consulta la paciente estaba recibiendo tratamiento con prednisona, micofenolato y cloroquina, sin mejoría de las lesiones cutáneas, por lo que se inició isotretinoína a dosis de 40 mg al día, comprometiéndose la paciente a mantener precauciones anticonceptivas efectivas. Se observó una rápida respuesta al tratamiento, siendo muy bien tolerado, por lo que se mantuvo durante 6 meses. Un mes después de la retirada del fármaco se produjo una progresiva reaparición de las lesiones palmares. Se le administró tratamiento tópico durante aproximadamente un año sin obtener mejoría, por lo que se decidió reiniciar tratamiento con isotretinoína oral, a dosis de 20 mg al día, con el fin de disminuir la toxicidad del tratamiento. Se observó una mejoría más lenta con la nueva pauta, aunque a partir del quinto mes de tratamiento los resultados eran si-

milares a los obtenidos al final del ciclo con 40 mg diarios (fig. 2). Las lesiones se han mantenido estables durante 12 meses, sin que hayan aparecido alteraciones significativas de los triglicéridos ni de las enzimas hepáticas. Durante el periodo de tratamiento la paciente ha estado utilizando métodos anticonceptivos seguros. No han aparecido efectos secundarios clínicos salvo leve xerosis en cara y queilitis.

Las lesiones discoideas crónicas son una de las formas más frecuentes de lupus cutáneo¹. La localización más frecuente es en la cara, el cuero cabelludo y las orejas, aunque es posible que se produzcan lesiones palmares.

Para el tratamiento del lupus eritematoso crónico discoide se pueden emplear diversos fármacos tópicos, como corticoides potentes² o imiquimod 5%³, así como tratamientos sistémicos como talidomida, hidroxicloroquina o acitretina. Estos dos últimos son los fármacos de primera línea,

siendo su efectividad similar², aunque con mayor número de efectos secundarios en el caso de la acitretina. Entre sus efectos secundarios destacan la xerosis cutánea y la queilitis, trastornos gastrointestinales, elevación de los niveles séricos de triglicéridos y un alto poder teratogénico que obliga a la paciente a realizar tratamiento anticonceptivo mientras está siendo tratada y durante los dos años que siguen a la suspensión del fármaco.

Por otro lado isotretinoína ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del lupus eritematoso discoide crónico, también como tratamiento de mantenimiento a dosis de 40 mg a días alternos⁴. Este fármaco posee similares efectos secundarios que acitretina, aunque presenta menor poder teratogénico, por lo que las pacientes que lo ingieren únicamente deben realizar anticoncepción durante el tratamiento y un mes tras el mismo. En nuestro caso la paciente deseaba la posibilidad de planifi-



Figura 1. Lesiones eritematosas hiperqueratósicas en ambas palmas.



Figura 2. Mejoría de las lesiones tras 5 meses con isotretinoína (20 mg al día).