

contrado varios casos de metástasis de MCC en dicha localización⁸, y sólo cuatro casos primarios³⁻⁶, uno de ellos en un varón³.

En este caso el diagnóstico diferencial histopatológico se debe realizar con:

1. Metástasis cutáneas de tumores neuroendocrinos de origen interno como el carcinoma pulmonar microcítico. En nuestro caso la positividad para la citoqueratina 20 y la negatividad con TTF-1 descarta esta entidad, refrendado además por una radiografía simple de tórax normal⁷.
2. Adenocarcinoma de mama neuroendocrino primario. Se reserva este término para los tumores de mama infrecuentes donde más de la mitad de sus células expresan marcadores neuroendocrinos (NSE, cromogranina A o sinaptofisina), que se presentan sobre todo en mujeres ancianas. Quizá sea ésta la entidad fundamental a descartar en este caso por la localización en la mama del tumor de nuestra paciente, más cuando hay publicaciones en las que biopsias superficiales llevaron a diagnósticos iniciales erróneos^{9,10}.

Correspondencia:
Benigno Monteagudo Sánchez.
C/ Alegre 83-85, 3º A.
15401 Ferrol. A Coruña. España.
benims@hotmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Swann MH, Yoon J. Merkel cell carcinoma. *Semin Oncol.* 2007;34:51-6.
2. Alonso A, Daudén E, Álvarez Ruiz S, Ríos L, Fraga J, García Díez A. Placa eritematosa frontal de crecimiento rápido. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:264-6.
3. Alzaraa A, Thomas GDH, Vodovnik A, Modgill VK. Merkel cell carcinoma in a male breast: a case report. *Breast J.* 2007;13:517-9.
4. Cusick L, Refsum SE. Merkel cell carcinoma of the breast: report of a case and review of the literature. *Ulster Med J.* 2004;73:137-8.
5. Asioli S, Dorji T, Lorenzini P, Eusebi V. Primary neuroendocrine (Merkel cell) carcinoma of the nipple. *Virchows Arch.* 2002;440:443-4.
6. Marullo M, Cancellieri A, Lemma G, Ballarino F, Lemma F. Merkel cell tumour: a case report and literature review. *G Chir.* 2004;25:395-7.
7. Paradela de la Morena S, Peña C, Fonseca Capdevila E. Carcinoma de Merkel. *Piel.* 2005;20:266-76.
8. Schnabel T, Glag M. Breast metastases of Merkel cell carcinoma. *Eur J Cancer.* 1996;32A:1617-8.
9. Mecca P, Busam K. Primary male neuroendocrine adenocarcinoma involving the nipple simulating Merkel cell carcinoma – a diagnostic pitfall. *J Cutan Pathol.* 2008;35:207-11.
10. Fukunaga M. Neuroendocrine carcinoma of the breast with Merkel cell carcinoma-like features. *Pathol Int.* 1998;48:557-61.

Molusco contagioso sobre tatuaje

S. Pérez-Barrio, M.R. González-Hermosa, J.A. Ratón y J.L. Díaz-Pérez

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

Sr. Director:

En nuestra práctica diaria son cada vez más frecuentes las consultas sobre los tatuajes y las complicaciones dermatológicas que en ocasiones conllevan asociadas. Esta ancestral práctica se encuentra actualmente en aumento en la población general, y cada vez son más numerosas las descripciones que podemos encontrar en la literatura de procesos dermatológicos asociados a su realización como eccemas de contacto, infecciones locales y sistémicas, la transmisión del virus de la hepatitis B y C (VHB, VHC), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la sífilis, las verrugas, la tuberculosis cutánea, etc.^{1,2}.

Queremos exponer nuestra experiencia a este respecto con el caso de un varón de 36 años que acude a nuestra consulta por presentar varias pápulas umbilicadas de 1-3 mm de diámetro sobre un tatuaje de tinta negra en el brazo derecho

(figs. 1 y 2). El tatuaje había sido realizado años antes, tiempo en el que no había tenido ningún problema asociado, pero debido a la pérdida progresiva de pigmento decidió recolorearlo pocas semanas antes de comenzar a notar la aparición de las lesiones. Éstas eran totalmente asintomáticas y se fueron extendiendo en número progresivamente, quedando limitadas a la superficie cutánea tatuada. El paciente no tenía alergias medicamentosas ni refería antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Se tomó una biopsia de una de las lesiones, observándose grandes cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos «cuerpos de molusco» en el interior de las células epidérmicas y depósito de pigmento negruzco en la dermis. La analítica realizada, incluyendo serologías para el VIH, el VHC y el VHB fue normal. Confirmado el diagnóstico de molusco contagioso se realizó el tratamiento mediante el curetaje de las lesiones, sin recidiva posterior de éstas.

Figura 1. Tatuaje de tinta negra en el brazo derecho del paciente donde se observan varias pápulas blanquecinas limitadas a la zona de pigmento.



Figura 2. A mayor detalle se ve que se trata de lesiones umbilicadas con depresión central.



Nos parece interesante este caso debido a la presentación atípica de una patología tan frecuente como son los moluscos contagiosos. Sin embargo, son sólo seis los casos encontrados en la literatura que refieren la aparición de moluscos contagiosos sobre tatuajes. Se cree que este hecho pudiera ser debido a la transmisión del virus del molusco contagioso mediante los instrumentos que se utilizan en esta técnica, o a que la tinta haya sido contaminada con éstos. Asimismo, se ha sugerido que el pigmento negro puede disminuir tanto la inmunidad celular como la humoral localmente³⁻⁸ (tabla 1).

En cualquier caso, es evidente el fenómeno de Koebner que se produce, ya que los moluscos contagiosos sólo apa-

recen en el área de piel cubierta por el tatuaje y que lo hacen semanas después de su realización o manipulación. Este fenómeno también se ha puesto de manifiesto en algunas ocasiones con la aparición de lesiones lúpicas o sarcoides sobre tatuajes⁹.

Correspondencia:
Silvia Pérez Barrio.
Servicio de Dermatología.
Hospital de Cruces.
48903 Baracaldo (Vizcaya). España.
spbarrio@hotmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Tabla 1. Características de los casos de moluscos contagiosos sobre tatuaje descritos hasta el momento

	<i>Autor/año</i>	<i>Edad/sexo</i>	<i>Inmunosupresión</i>	<i>Tiempo de aparición</i>	<i>Localización</i>	<i>Color</i>	<i>Evolución</i>
1	Bergh R 1903 ⁷	D	D	D	D	D	D
2	Salmaso F et al 2001 ⁴	20/M	No	3 semanas	Antebrazo izquierdo	Tinta negra	No tratamiento
3	Foulds H 1982 ⁵	20/V	No	3 meses	Brazo izquierdo	Tinta negra*/roja y pigmento de cobre	Desaparición espontánea en 6 meses
4	Pérez-Gala S et al 2006 ³	20/V	No	5 meses	Pantorrilla izquierda	Marrón-gris*/negro/otros	D
5	Kiang SH et al 2006 ⁸	D	D	Tatuaje reciente	D	D	D
6	Kluger N et al 2007 ⁶	59/V	No	3 meses	Tórax	Monocromático	No tratamiento
7	Pérez-Barrio S et al 2008 ⁹	36/V	No	3 semanas	Brazo derecho	Tinta negra	Curetaje sin recidiva posterior

*Color del tatuaje sobre el cual aparecieron los moluscos. D: desconocido; M: mujer; V: varón.

Bibliografía

1. Mangas de Arriba C, Carrascosa Carrillo JM, Ribera Pibernat M. Efectos secundarios de los piercings y los tatuajes. *Piel*. 2004;19:200-5.
2. Martín JM, Revert A, Alonso V, García L, Molina I, Pereda C, et al. Eczema de contacto agudo a parafenilendiamina contenida en tatuajes transitorios con henna. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:383-5.
3. Pérez Gala S, Alonso Pérez A, Ríos Buceta L, Aragüés Montañés M, García Díez A. Molluscum contagiosum on a multi-coloured tattoo. *JEADV*. 2006;20:214-38.
4. Salmaso S, Gnechi L, Gianotti R, Velardi S. Molluscum contagiosum on a tattoo. *Acta Derm Venereol*. 2001;81:146-7.
5. Foulds S. Molluscum contagiosum: an unusual complication of tattooing. *Br Med J*. 1982;285:607.
6. Kluger N, Comte C, Guillot B. Molluscum contagiosum sur tatouage. *Ann Dermatol Venereol*. 2007;134:506-7.
7. Bergh R. Über eigentümliche Geschwulstbildung in einer Tätowierungsmarke. *M Schr Dermat*. 1903;37:49-52.
8. Kiang SH, Ran H, Bang RH. Infectious diseases arising in new tattoos: Molluscum contagiosum and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54 Suppl AB:155.
9. Sweeney SM. Tattoos: a review of tattoo practices and potential treatment options for removal. *Curr Opin Pediatr*. 2006;18:391-5.

Síndrome de la boca ardiente y ácido alfa lipoico

I. Cervigón, L.M. Torres y Á. Palomo

Servicio de Dermatología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Sr. Director:

El síndrome de la boca ardiente (SBA) es un trastorno doloroso, crónico e idiopático caracterizado por una sensación de quemazón, dolor, comezón o escaldura de la mucosa oral, en ausencia de lesiones clínicamente objetivables¹. Es una enfermedad frecuente, que suele afectar a mujeres posmenopáusicas y, en muchas ocasiones, se asocia con ansiedad, depresión o cancerofobia¹. Actualmente no se dispone de ningún tratamiento eficaz para este cuadro y se utilizan, entre otros, anticandidiásicos, fármacos para las aftas, tratamiento hormonal sustitutivo, benzodiacepinas, antidepressivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y psicoterapia^{2,3}.

El ácido alfa lipoico (ácido tióctico) es un potente antioxidante capaz de neutralizar los radicales libres formados en el organismo. Es una molécula que actúa en medios acuosos y grasos, y que tiene actividad tanto en su forma reducida como oxidada. Además, es capaz de regenerar otros antioxidantes como el glutatión, la vitamina E, la vitamina C y la coenzima Q₂ y desempeña un papel importante en el metabolismo celular, al actuar como cofactor en las reacciones mediadas por las enzimas deshidrogenasas mitocondriales. Distintos estudios clínicos han demostrado su efecto neuroprotector y su eficacia en el tratamiento de neuropatías periféricas causadas por alteraciones en la conducción y el trofismo nervioso⁴. En las dosis recomendadas de 600 mg/día no se han descrito efectos secundarios importantes, incluso en tratamientos prolongados. Su utilidad en el SBA ha sido propuesta por Fermiano et al⁵⁻¹⁰, que postulan que la orodinia se comporta como una neuropatía periférica influida por acontecimientos psicológicos estresantes.

Con objeto de valorar esta hipótesis, tratamos a 10 pacientes con SBA con ácido alfa lipoico. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica completa, una exploración detallada de la mucosa oral, cultivos para candidas y analíticas con vitamina B₁₂, perfil férrico, anticuerpos antinucleares (ANA), anti Ro y anti La, para descartar otras patologías locales o sistémicas que pudiesen producir una sintomatología similar. La intensidad del SBA fue valorada mediante una escala visual analógica (0: ausencia de dolor/ardor, 1: dolor/ardor leve, 2: dolor/ardor moderado, 3: dolor/ardor grave).

Se pautó tratamiento con ácido alfa lipoico (600 mg/día) y ácido gamma linoleico (360 mg/día) por vía oral durante 8 semanas. La eficacia de la terapia se evaluó a los dos meses mediante otra escala visual analógica (0: no mejoría, 1: mejoría leve, 2: mejoría moderada, 3: mejoría intensa).

Todas nuestras pacientes eran mujeres posmenopáusicas. La media de edad era de 63,7 años, con un rango de 55 a 74 años. Entre los antecedentes personales destacaban los cuadros ansioso-depresivos (3 pacientes). El tiempo medio de evolución del SBA era de 35,5 meses, con un rango de 2 a 96 meses. La intensidad de los síntomas era grave en 4 pacientes, moderada en 5 y leve en 1. Entre los tratamientos previos utilizados destacaban las medidas tópicas (colutorios antisépticos, corticoides, antifúngicos) (10 pacientes), los antifúngicos orales (1 paciente), los antidepressivos tricíclicos (3 pacientes), los inhibidores de la recaptación de la serotonina (1 paciente) y los antipsicóticos tipo olanzapina (3 pacientes). En una paciente se encontró un cultivo positivo para candidas y se trató con antifúngicos orales sin que mejorase la sintomatología. Dos pacientes tenían ANA positivos y una de ellas, diagnosticada de lupus sistémico, también presentaba anticuerpos anti Ro.