

mónico) y la mejoría clínica tras la disminución de la dosis confirman la sospecha clínica, y coinciden con lo descrito por otros autores.

Correspondencia:
Diana Velázquez.
Servicio de Dermatología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
C/ Doctor Esquerdo, 46.
28007 Madrid. España.
diana_velazquez@yahoo.es

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Beldner M, Jacobson M, Burges GE, Dewaat D, Maize JC, Chaudhary UB. Localized palmar-plantar epidermal hyperplasia: a previously undefined dermatologic toxicity to sorafenib. *Oncologist*. 2007;12:1178-82.
- Robert C, Soria JC, Spatz A, Le Cesne A, Malka D, Pautier P, et al. Cutaneous side-effects of kinase inhibitors and blocking antibodies. *Lancet Oncol*. 2005;6:491-500.
- Ratain MJ, Eisen T, Stadler WM, Flaherty KT, Kaye SB, Rosner GL, et al. Phase II placebo-controlled randomized discontinuation trial of sorafenib in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol*. 2006;24:1-8.
- Chung NM, Gutiérrez M, Turner ML. Leukocytoclastic vasculitis masquerading as hand-foot syndrome in a patient treated with sorafenib. *Arch Dermatol*. 2006;142:1510-1.
- MacGregor JL, Silvers DN, Grossman ME, Sherman WH. Sorafenib-induced erythema multiforme. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:527-8.
- Kong HH, Cowen EW, Azad NS, Dahut W, Gutiérrez M, Turner ML. Keratoacanthomas associated with sorafenib therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:171-2.
- Awada A, Hendlitz A, Gil T, Bartholomeus S, Mano M, de Valeriola C, et al. Phase I safety and pharmacokinetics of BAY 43-9006 administered for 21 days on/7 days off in patients with advanced, refractory solid tumors. *Br J Cancer*. 2005;92:1855-61.
- Hueso L, Sanmartín O, Nagore E, Botella-Estrada R, Requena C, Llombart B, et al. Eritema acral inducido por quimioterapia: estudio clínico e histopatológico de 44 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:281-90.
- Gordon KB, Tajuddin A, Guitart J, Kuzel TM, Eramo LR, VonRoenn J. Hand-foot syndrome associated with liposome-encapsulated doxorubicin therapy. *Cancer*. 1995;75: 2169-73.
- Strumberg D, Awada A, Hirte H, Clark JW, Seeber S, Piccart P, et al. Pooled safety analysis of BAY 43-9006 (sorafenib) monotherapy in patients with advanced solid tumors: is rash associated with treatment outcome? *Eur J Cancer*. 2006; 42:548-56.

Sífilis secundaria nodular

P. Hernández-Bel, J. López, J.L. Sánchez y V. Alegre

Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Sr. Director:

La reducción del número de casos de sífilis observados desde la llegada de los antibióticos ha disminuido el cono-

cimiento de esta entidad. Sin embargo, «La Gran Simuladora» permanece entre nosotros y es preciso mantener un alto grado de sospecha diagnóstica¹. Además de las formas de presentación clínica habituales, pueden aparecer manifestaciones cutáneas extremadamente infrecuentes que dificultan su diagnóstico, como el caso que presentamos.

Un varón de 58 años de raza blanca, sin antecedentes personales de interés, consultó por una erupción asintomática en la cara y el tronco de 4 semanas de evolución (fig. 1). No refería astenia, fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna ni otra sintomatología clínica. A la exploración física se apreciaba un varón de apariencia saludable, con múltiples nódulos indolores de consistencia firme y coloración rosada intensa de aproximadamente 1 cm de diámetro, localizados en la cara y el tronco. No existía ulceración de las lesiones. Las palmas, plantas y membranas mucosas estaban respetadas. El cabello y las uñas no mostraban alteraciones. Presentaba múltiples adenopatías indolores simétricas en la región cervical y axilar, pero no se evidenció hepato-esplenomegalia.

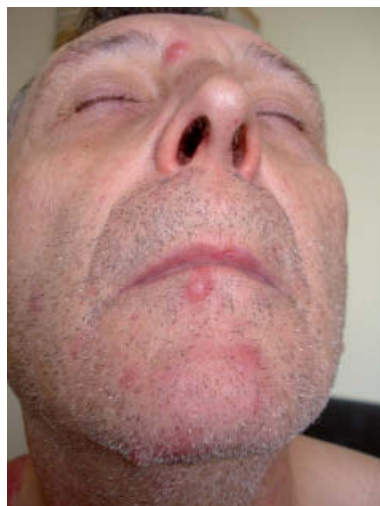
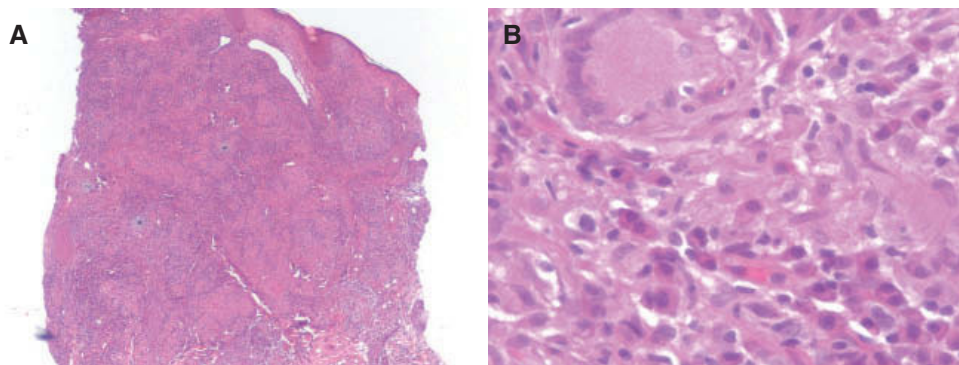


Figura 1. Lesiones nodulares asintomáticas en la cara.

Figura 2. A. Dermatitis difusa granulomatosa que ocupa la dermis media y profunda (hematoxilina-eosina, $\times 25$). B. Detalle del infiltrado granulomatoso dérmico que muestra la presencia de numerosos histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas y plasmocitos (hematoxilina-eosina $\times 400$).



El estudio histológico de una de las lesiones mostraba una epidermis conservada con un denso infiltrado nodular dérmico, granulomatoso, con presencia de histiocitos epitelioides, numerosas células gigantes multinucleadas tipo Langhans acompañadas de un denso infiltrado de predominio plasmocitario. El infiltrado presentaba una marcada distribución perivascular, observándose la presencia de vasos capilares de pequeño tamaño y paredes edematosas (fig. 2).

Las pruebas no treponémicas fueron positivas a título 1/32, la inmunoglobulina G específica para *Treponema pallidum* así como las pruebas treponémicas (hemaglutinación) también resultaron positivas. La serología para el virus de la inmunodeficiencia humana fue negativa en dos determinaciones. El paciente fue diagnosticado de sífilis secundaria nodular y tratado con penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades intramusculares semanales durante tres semanas. Presentó una evolución favorable, sin reacciones secundarias, con una completa desaparición de las lesiones.

Las lesiones de sífilis secundaria corresponden a la fase de infección caracterizada por una amplia diseminación de espiroquetas que pueden desarrollar múltiples manifestaciones clínicas. La erupción papuloescamosa generalizada no pruriginosa (roseola sífilítica) es la afectación cutánea más frecuente, pudiendo acompañarse de fiebre, artromialgias, pérdida de peso o linfadenopatías. Las pruebas serológicas (reagínicas y treponémicas) son siempre positivas en los pacientes con sífilis secundaria².

La presentación nodular de la sífilis secundaria es extremadamente infrecuente, fue descrita hace algo más de 20 años con solo unos pocos casos publicados en la literatura³. Clínicamente las lesiones se presentan como placas o nódulos rojo-violáceos parcialmente infiltrados², simulando en ocasiones un pseudolinfoma o incluso una paniculitis^{4,5}. La erupción nodular puede ser localizada, existiendo predilección por la afectación facial, de membranas mucosas, y de palmas y plantas⁶. La presencia de ulceraciones o nódulos suele corresponder a un estadio secundario tardío e indicar el paso hacia un estadio terciario, con una poten-

cial morbimortalidad asociada⁷. Los hallazgos histológicos pueden mostrar una inflamación granulomatosa². El diagnóstico diferencial histológico debería incluir diversas entidades como micobacteriosis atípicas, infecciones fúngicas profundas, lepra, tuberculosis, leishmaniasis, sarcoidosis, linfomas, granulomas a cuerpo extraño y erupciones farmacológicas, entre otras⁸.

Se han postulado diversas hipótesis patogénicas para explicar la formación de las lesiones granulomatosas nodulares de la sífilis secundaria. Entre las más aceptadas destacarían la presencia de una reacción específica de hipersensibilidad a la infección por el treponema o la larga duración de la enfermedad con evolución hacia un estadio terciario^{9,10}.

En nuestro paciente destacaba la presencia de nódulos difusos en la cara y el tronco, sin las lesiones palmo-plantares o mucosas típicas de la sífilis secundaria. Los hallazgos obtenidos tras una correcta anamnesis, con una historia clínica completa, incluyendo vida sexual, examen físico, resultados serológicos, datos histológicos y una buena respuesta terapéutica, pueden ser necesarios para el diagnóstico de sífilis secundaria nodular y permitir un tratamiento precoz de estos casos⁸.

A pesar de lo que afirmaba Sir William Osler¹¹, pensamos que la sífilis no es la única enfermedad que es necesario conocer para convertirse en un experto dermatólogo. Pero el hecho de que pueda simular cualquier enfermedad nos obliga a ser cautos y tener presente este diagnóstico incluso cuando debute con manifestaciones clínicas poco frecuentes.

Correspondencia:
Pablo Hernández Bel.
Servicio de Dermatología.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Avda. Tres Cruces, s/n.
46014 Valencia, España.
pablohernandezbel@hotmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barrera M, Bosch R, Mendiola M, Frieyro M, Castillo R, Fernández A, et al. Reactivación de la sífilis en Málaga. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:323-6.
2. Dourmishev LA, Dourmishev AL. Syphilis: uncommon presentations in adults. *Clin Dermatol.* 2005;23:555-64.
3. Baniandrés Rodríguez O, Nieto Perea O, Moya Alonso L, Carrillo Gijón R, Harto Castaño A. Nodular secondary syphilis in a HIV patient mimicking cutaneous lymphoma. *An Med Interna.* 2004;21:241-3.
4. Erfurt C, Lueftl M, Simon M Jr, Schuler G, Schultz ES. Late syphilis mimicking a pseudolymphoma of the skin. *Eur J Dermatol.* 2006;16:431-4.
5. Silber TJ, Kastrinakis M, Taube O. Painful red leg nodules and syphilis: a consideration in patients with erythema nodosum-like illness. *Sex Transm Dis.* 1987;14:52-3.
6. Vibhagool C, Raimer SS, Sánchez RL. A nodule on the lip. Nodular secondary syphilis. *Arch Dermatol.* 1996;132:822-6.
7. Boneschi V, Brambilla L, Bruognolo L. Late secondary syphilis. *G Ital Dermatol Venereol.* 1989;124:211-4.
8. Dave S, Gopinath DV, Thappa DM. Nodular secondary syphilis. *Dermatol Online J.* 2003;9:9.
9. Sapra S, Weatherhead L. Extensive nodular secondary syphilis. *Arch Dermatol.* 1989;125:1666-9.
10. Lantis LR, Petrozzi JW, Hurley HJ. Sarcoid granuloma in secondary syphilis. *Arch Dermatol.* 1969;99:748-52.
11. Sánchez M. Sífilis. En: Fitzpatrick T, editor. *Dermatology in General Medicine.* 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2001. p. 2707.

Tricorrexis nodosa localizada

Z. Martínez de Lagrán, M.R. González-Hermosa y J.L. Díaz-Pérez

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

Sr. Director:

La tricorrexis nodosa (TN), también denominada «triconodosis», fue descrita por primera vez por Wilks en 1852¹. Es la más frecuente de las displasias pilosas asociadas a fragilidad capilar. Se considera resultado de una respuesta anómala del tallo piloso frente a las agresiones externas y clínicamente se caracteriza por la presencia de cabellos de diferente longitud, secos, de aspecto deslustrado, quebradizos y con pequeños nódulos blanquecino-grisáceos o amarillentos distribuidos en número variable y de forma irregular a lo largo del tallo². Estas formaciones nodulares corresponden a zonas de prefracturas transversales

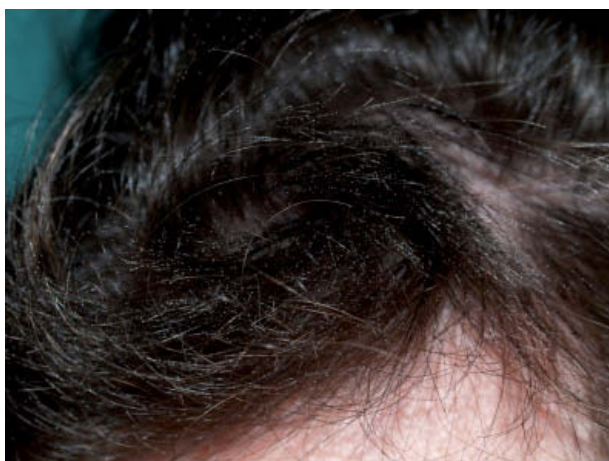


Figura 1. Mechón de cabello alterado, con tallos de diferente longitud, aspecto seco y presencia de múltiples nódulos blanquecino-grisáceos.

y a través de ellas el pelo puede romperse por completo. Si los nódulos se sitúan en las zonas proximales del pelo, la fractura de los tallos cercana al cuero cabelludo provocará la aparición de zonas de alopecia. Por el contrario, si la alteración ocurre distalmente, los cabellos serán frágiles y de diferente longitud y mostrarán moteado distal y tricoptilosis, pero no se observarán placas alopécicas².

La TN puede ser una anomalía congénita, presentándose bien como un defecto aislado, de herencia autosómica dominante, bien asociada a displasias ectodérmicas, ictiosis u otros síndromes. Pero mucho más frecuente es que la TN sea adquirida, la cual a su vez se clasifica en tres grandes grupos³: proximal (de predominio en raza negra) o distal (la más habitual en nuestro medio), según la zona del tallo piloso en la que aparecen los nódulos, y localizada. De esta última hay muy pocos casos descritos en la literatura⁴⁻¹⁰ y clínicamente se caracteriza porque la afectación se limita a zonas pilosas bien definidas, generalmente en el cuero cabelludo, pero también en el área de la barba, bigote, vello púbico, etc.

Presentamos el caso de un varón de 24 años, sin antecedentes de interés, que desde hacía tres años refería la presencia de un mechón de pelo, diferente al resto, a nivel de la línea de implantación fronto-temporal izquierda, con cabellos secos, quebradizos, de diferente longitud y con presencia de pequeños nódulos a lo largo de los tallos (fig. 1). A la exploración, salvo una alopecia androgenética de patrón masculino grado I de Hamilton, no se observaba ninguna alteración cutánea de base. El paciente negaba la aplicación de productos tópicos, pero sí refería que para estudiar utilizaba un flexo de luz que incidía directamente