

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hara H, Arakawa H. Coexistence of neurofibromatosis type 1 and Chiari type I malformation: an unusual association. *J Dermatol.* 2005;32:34-7.
- Battisella PA, Perilongo G, Carollo C. Neurofibromatosis type 1 and type I Chiari malformation: an unusual association. *Child's Nerv Syst.* 1996;12:336-8.
- Rodríguez-Bujaldón AL, Vázquez-Bayo C, Jiménez-Puya RJ, Moreno-Giménez JC. Sturge-Weber y neurofibromatosis tipo 1 ¿una asociación fortuita? *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:313-4.
- Parkinson D, Hay R. Neurofibromatosis. *Surg Neurol.* 1986; 25:109-13.
- Afifi AK, Dolan KD, Van Gilder JC, Fincham RW. Ventriculomegaly in neurofibromatosis-1-association with Chiari type I malformation. *Neurofibromatosis.* 1988;1:299-305.
- Tominga T, Koshu K, Ogawa A, Yoshimoto T. Transoral decompression evaluated by cinemode magnetic resonance imaging: a case of basilar impression accompanied by Chiari malformation. *Neurosurgery.* 1991;28:883-5.
- Dooley J, Vaughan D, Riding M, Camfield P. The association of Chiari type I malformation and neurofibromatosis type 1. *Clin Pediatr.* 1993;8:32-9.
- Guistini S, Richetta A, Divona L, Faiola R, Trasimeni G, Pezza M, et al. Neurofibromatosis type 1 and Arnold-Chiari malformation. *J Eur Dermatol Venereol.* 2002;16:180-1.
- Chakravarty A, Bhargava A, Nandy S. A patient with optic pathway glioma, scoliosis, Chiari type I malformation and syringomyelia: is it neurofibromatosis type 1? *Neurol India.* 2002;50:520-1.
- Herrero Valverde A, Moiron Simoes R, Mera Campillo J, Palma T. Headache in patient with neurofibromatosis type 1. *Neurologia.* 2007;22:11-914.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference (1988). Neurofibromatosis Conference statement. *Arch Neurol.* 1988;45:575-8.
- Tubbs RS, Rutledge SL, Konsentka A, Bartolucci AA, Oakes WJ. Chiari type I malformation and neurofibromatosis type 1. *Pediatr Neurol.* 2004;30:278-80.
- Hudson SM, Clark D, Compston DAS, Harper PS. A genetic study of von Recklinghausen neurofibromatosis in South East Wales: Prevalence, fitness, mutation rate and effect of parental transmission on severity. *J Med Genet.* 1989;26:704-11.

Nevus del folículo piloso: aportación de un caso y revisión de la literatura

C. Serra-Guillén^a, V. Traves^b, B. Echeverría^a y A. Martorell^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España.

Sr. Director:

El nevus del folículo piloso es un hamartoma muy infrecuente que suele presentarse de forma congénita o en los



Figura 1. Imagen clínica de la lesión. Placa de aspecto aterciopelado en el párpado inferior del ojo derecho.

primeros años de vida como una pápula, placa o un nódulo en la cara¹⁻⁶.

Presentamos el caso de una paciente de 16 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consultó por una lesión localizada en el párpado inferior del ojo derecho que estaba presente desde el nacimiento. Se trataba de una placa de 1 cm × 0,5 cm aproximadamente, mal delimitada, homogénea, sin orificios ni comedones en su superficie, de color de piel normal y de aspecto aterciopelado (fig. 1). La lesión era asintomática y su evolución había sido siempre estable, sin cambios bruscos en su tamaño, forma o aspecto. Se practicó un *punch*-biopsia de 4 mm en el centro de la lesión, donde se pudo observar una neoplasia de diferenciación folicular. Se realizaron cortes seriados de toda la biopsia y en todos ellos se observó una proliferación de folículos pilosos maduros en similar estadio de diferenciación, localizados en zonas altas de la dermis reticular, inmersos en un estroma densamente celular (fig. 2). La vaina de tejido conectivo de todos los folículos presentaba un llamativo engrosamiento fibroso (fig. 3). No se encontró en toda la muestra nin-

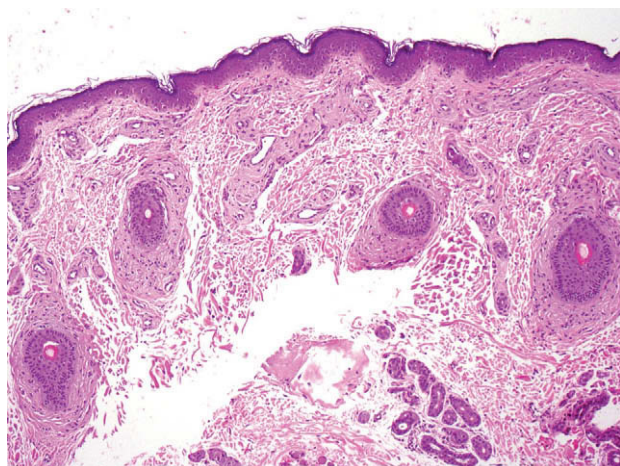


Figura 2. Folículos pilosos en la dermis superficial, con un estroma celular. Hematoxilina-eosina, $\times 10$.

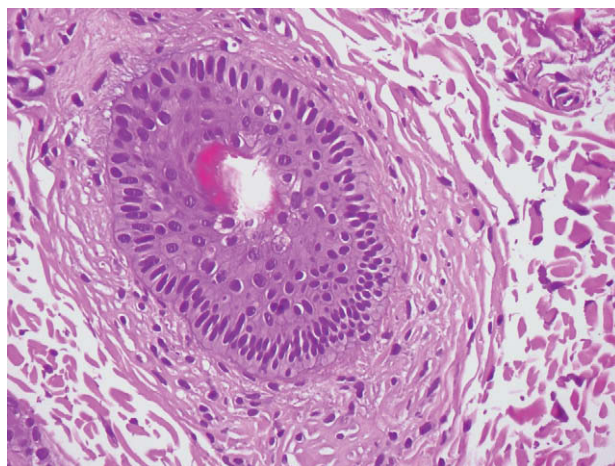


Figura 3. Detalle del engrosamiento fibroso perifollicular. Hematoxilina-eosina, $\times 40$.

guna cavidad quística central. Con las características clínicas y los hallazgos histológicos la lesión se diagnosticó de nevus del folículo piloso. Como la lesión era asintomática y a la paciente no le preocupaba desde el punto de vista estético, se decidió no extirparla y se le aconsejó consultar cualquier cambio que notara.

El nevus del folículo piloso es un raro hamartoma foliular. Se presenta como una pápula, placa o un nódulo, de color de piel normal o eritematosa y localizada en la cara. Puede tener lugar en los primeros años de vida o desde el nacimiento y generalmente no produce síntomas^{1,3-5}.

Desde el punto de vista histológico se caracteriza por la proliferación en la parte alta de la dermis de folículos pilosos generalmente de pequeño tamaño, con un engrosamiento fibroso perifollicular, rodeados de un estroma altamente celular. En ocasiones se pueden encontrar glándulas sebáceas, glándulas ecrinas o fibras musculares, lo que motiva a considerar al nevus del folículo piloso como un auténtico hamartoma^{1,3}.

Hasta la descripción de Pippione et al en 1984⁶, el significado exacto del nevus del folículo piloso era incierto. Muchos de los casos descritos como nevus del folículo piloso eran casos claros de tricofolliculomas⁷. También había quien consideraba estos dos términos como sinónimos de la misma neoplasia, tal y como revisan Labandeira et al en su revisión³. Incluso Ackerman et al⁸, en 1993, sostenían que el nevus del folículo piloso es realmente un tricofolliculoma cortado en su periferia y, por lo tanto, no se observa la cavidad quística central propia de este último. Al igual que Pippione, otros autores consideran que el nevus del folículo piloso es una lesión con suficiente entidad como para diferenciarlo del tricofolliculoma. Sugieren que para realizar un correcto diagnóstico de nevus de folículo piloso es necesario realizar cortes seriados de la pieza, para descartar la presencia de una estructura

quística propia del tricofolliculoma³⁻⁶. En cualquier caso, tal y como apunta Requena⁹, «aunque se trate de dos lesiones diferentes, el tricofolliculoma y el nevo del folículo piloso, probablemente representan dos hamartomas foliulares estrechamente relacionados, ya que el denominado nevo del folículo piloso está constituido por diminutos folículos vellosos rodeados de un estroma similar al del tricofolliculoma».

También ha habido autores que relacionan el nevus del folículo piloso con el trago accesorio, puesto que pueden tener una histología común, a excepción de la presencia de cartilago en el caso de este último¹⁰.

Lo que sí parece cierto es que se trata de una lesión extremadamente rara. Davis y Cohen² realizan una revisión de los 20 casos publicados hasta 1996; desde entonces hasta la última descripción de Okada et al⁵ han sido publicados 7 casos más.

Correspondencia:
Carlos Serra-Guillén.
C/ Beltrán Bágüena, n.º 8.
46009 Valencia. España.
cserraguillen@gmail.com

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Choi EH, Ahn SK, Lee SH, Bang D. Hair follicle nevus. *Int J Dermatol.* 1992;31:578-81.
2. Davis DA, Cohen PR. Hair follicle nevus: case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 1996;13:135-8.
3. Labandeira J, Peteiro C, Toribio J. Hair follicle nevus: case report and review. *Am J Dermatopathol.* 1996;18:90-3.

4. Motegi S, Amano H, Tamura A, Ishikawa O. Hair follicle nevus in a 2-year old. *Pediatr Dermatol.* 2008;25:60-2.
5. Okada J, Moroi Y, Tsujita J, Takahara M, Urabe K, Kiryu H, et al. Hair follicle nevus – A dermoscopic approach. *Eur J Dermatol.* 2008;18:185-7.
6. Pippione M, Aloï F, Depaoli MA. Hair-follicle nevus. *Am J Dermatopathol.* 1984;6:245-7.
7. Hyman AB, Clayman SJ. Hair-follicle nevus; report of a case and a review of the literature concerning this lesion and some related conditions. *AMA Arch Derm.* 1957;75:678-84.
8. Ackerman AB, De Viragh PA, Chongchitnant N. Hamartomas. En: *Febiger LA*, editor. *Neoplasms with follicular differentiation.* Philadelphia: Lea & Febiger; 1993. p. 169-204.
9. Jaqueti G, Requena C, Requena L. Tricofolliculoma. En: Requena L, editor. *Neoplasias anexas cutáneas.* Madrid: Aula Médica; 2004. p. 221-6.
10. Ban M, Kamiya H, Yamada T, Kitajima Y. Hair follicle nevi and accessory tragi: variable quantity of adipose tissue in connective tissue framework. *Pediatr Dermatol.* 1997;14: 433-6.

Actinomicosis del labio, una localización excepcional

J. Sánchez-Estella, M.T. Bordel-Gómez, E. Cardeñoso-Álvarez y E. Garabito-Solovera

Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

Sr. Director:

La actinomicosis es una infección bacteriana crónica, cada vez menos frecuente debido a la generalización en el uso de antibióticos y a la mejora de la higiene oral.

Se distinguen, según su localización, 4 formas clínicas principales: cérvico-facial, torácica, íleo-cecal y pélvica. No obstante, se han descrito otras muchas ubicaciones.

La actinomicosis del labio es muy infrecuente. Nosotros, en una amplia revisión, sólo hemos encontrado tres casos publicados en los últimos 30 años¹⁻³.

Presentamos el caso de un varón de 69 años, sin antecedentes de interés, que consulta por una lesión nodular sen-

sible, de un año de evolución, en el labio. No refería que hubiera supurado; presentaba una boca séptica y en la superficie mucosa del labio inferior un nódulo redondeado, violáceo, bien delimitado, muy duro, de 2 cm de diámetro (fig. 1). No existían adenopatías regionales.

Con la sospecha de tumor de glándulas salivales menores se le realizó extirpación con anestesia local, encontrándose un nódulo muy adherido a los tejidos adyacentes con importante sangrado al extirparlo. No se hizo cultivo.

El estudio histológico mostró un absceso limitado por una cápsula fibrosa. En el absceso se distinguían áreas granulomatosas con abundantes macrófagos y células plasmáticas y otras de predominio polinuclear (fig. 2). En algunas de estas últimas se observaban masas amorfas irregulares, basófilas, con prolongaciones radiales eosinófilas en forma de pera en su periferia (fig. 3). Estas masas no se teñían con la tinción de Ziehl-Neelsen, y la tinción con plata metenamina de Gomori demostró que estaban formadas por un conglomerado de bacilos filamentosos.

Con el diagnóstico de actinomicosis de labio inferior se solicitó analítica general, serología para el virus de la inmunodeficiencia humana, exploración otorrinolaringológica, radiología de tórax y ecografía abdominal, que fueron normales. Se hizo tratamiento complementario con amoxicilina oral 500 mg cada 6 horas, durante tres meses. Dos años después el paciente no ha presentado recidiva.

La actinomicosis está producida por distintas especies del género *Actinomyces*, sobre todo *Actinomyces israelii*. Son bacilos filamentosos, pleomórficos, ramificados, grampositivos, anaeróbicos estrictos o facultativos, no ácido-alcohol resistentes, que forman parte de la flora habitual de la boca, del tracto gastro-intestinal y del aparato genital femenino. Estos gérmenes tienen muy poca



Figura 1. Nódulo violáceo, de 2 cm de diámetro, en la mucosa de labio inferior.