

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.

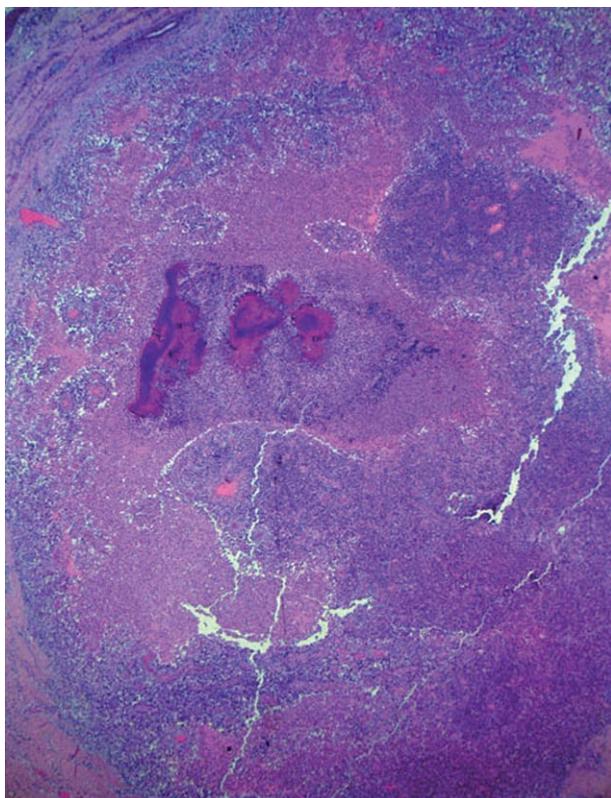


Figura 2. Absceso bien delimitado con áreas granulomatosas y otras de predominio polinuclear con gránulos de azufre (hematoxilina-eosina, $\times 10$).

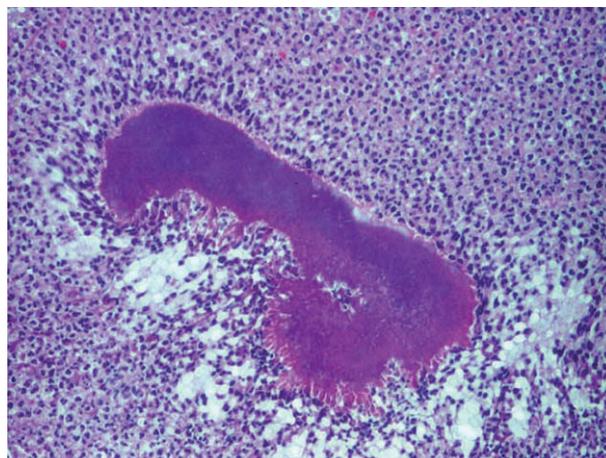


Figura 3. Característico gránulo de azufre de actinomycosis: basófilo con prolongaciones eosinófilas en forma de pera (hematoxilina-eosina, $\times 200$).

patogenicidad, por lo que necesitan una lesión tisular previa (cirugía, traumatismo, cuerpo extraño, proceso inflamatorio previo, etc.) y la presencia de otros gérmenes colaboradores (copatógenos) para producir infección⁴. Aunque generalmente afecta a individuos inmunocompetentes, los factores que disminuyen las defensas del huésped favorecen esta infección.

Clínicamente se caracteriza por tumefacciones localizadas de lento desarrollo, que tienden a abscesificarse y fistulizar, siendo característica pero no patognomónica la presencia de gránulos amarillentos de 1-2 mm en el exudado (gránulos de azufre). Provoca una intensa reacción fibrótica en los

tejidos circundantes, lo que da una consistencia leñosa, simulando frecuentemente procesos tumorales.

Los casos publicados de actinomycosis labial (tabla 1) se presentaron como abscesos aislados, duros, de pequeño tamaño, sin asociación a lesiones más profundas o cuadros de inmunodepresión, siendo confundidos la mayoría de las veces con tumores de glándulas salivales menores.

El diagnóstico se realiza mediante cultivo anaerobio o demostrando histológicamente la presencia de sus característicos gránulos de azufre en el seno de los abscesos. Hay que hacer un diagnóstico diferencial histológico con otros procesos que originan gránulos de azufre. Aunque el tamaño, morfología y color de los gránulos es muy orientativo, es conveniente demostrar que están formados por agregados de finos bacilos filamentosos mediante tinción de Gram o Gomori, con lo que excluimos gránulos por bacilos no filamentosos (botriomicosis) o gruesas hifas de hongos (eumicetomas) y que no son bacilos filamentosos ácido-alcohol resistentes, descartando actinomycetomas y nocardiosis.

La intensa fibrosis que rodea a los abscesos en este proceso dificulta la llegada de antibióticos, por lo que el trata-

Tabla 1. Características clínicas de las actinomycosis labiales

N.º	Autor	Año	Edad	Sexo	Localización	Tamaño (cm)	Evolución	Diagnóstico clínico
1	Kikiewicz D ¹	1978	50	V	Labio superior	*	5 meses	Quiste infectado
2	Appiah-Anane S y Tickle M ²	1995	32	M	Labio superior	2	2 meses	TGSM
3	Lan MC et al ³	2007	50	V	Labio inferior	1	3 meses	TGSM
4	Sánchez Estella J et al	2009	69	V	Labio inferior	2	1 año	TGSM

*Tamaño de una cereza. M: mujer; TGSM: tumor de glándulas salivales menores; V: varón.

miento idóneo debe ser una combinación de limpieza quirúrgica con antibiótico; el de elección es la penicilina, por lo que se recomienda un tratamiento prolongado para evitar recidivas, variable según la complejidad del cuadro (3 a 18 meses). Dada la falta de experiencia, nosotros decidimos pautar un tratamiento complementario tras la cirugía, de tres meses de duración con un derivado penicilínico oral, con un buen resultado tras su seguimiento.

Lo intrigante es cómo se ha producido la infección en los casos de actinomicosis labial, que carecían de antecedentes recientes favorecedores. Posiblemente una pobre higiene bucal, como la de nuestro paciente, favoreció la infección de autotraumatismos mínimos, o más probablemente de un mucocele previo, como se sugiere en uno de los casos publicados al encontrar histológicamente junto al absceso actinomicótico datos de un posible quiste de retención salival².

Dermatofibroma con depósitos de colesterol en paciente infectado por el VIH

B. Monteagudo, M. Ginarte, Ó. Suárez-Amor y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Sr. Director:

El dermatofibroma (DF), también denominado histiocitoma, fibrohistiocitoma cutáneo, fibrosis nodular subepidérmica o hemangioma esclerosante, es un tumor dérmico benigno de estirpe fibrohistiocitaria muy frecuente. Se presentan como tumores firmes únicos o múltiples, normalmente hiperpigmentados y menores de 1 cm de diámetro, que suelen aparecer en los miembros inferiores de mujeres jóvenes. Histológicamente se caracteriza por un nódulo dérmico, de límites mal definidos, compuesto de cantidades variables de fibroblastos, colágeno joven y maduro, capilares e histiocitos. El tratamiento es la extirpación quirúrgica, aunque no suele ser necesaria. Se discute si es un proceso neoplásico o si en realidad se trata de una proliferación reactiva de los fibroblastos ante picaduras de insectos o traumatismos mínimos¹.

Se han descrito más de 40 variantes clínico-patológicas del DF clasificadas en función de su diferente presentación clínica, sus peculiaridades estructurales, en el estroma o variaciones en su composición celular²; sin embargo, existen muchas otras subvariantes, dado que el 10% de todos los DF son combinados (concurren dos o más formas histopatológicas)³.

El histiocitoma fibroso colesterínico es una variante rara de DF descrita por Hunt, Santa Cruz y Miller en 1990. Consiste en una lesión clínicamente idéntica al DF clásico,

Correspondencia:
Juan Sánchez Estella.
Plaza de Alemania 3, 3.º 1.ª Pta.
49014 Zamora. España.
jsancheze@meditex.es

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kikiewicz D. A case of actinomycosis of the upper lip. *Czas Stomatol.* 1978;3:187-9.
2. Appiah-Anane S, Tickle M. Actinomycosis—an unusual presentation. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995;33:248-9.
3. Lan MC, Huang TY, Lin TY, Lan MY. Pathology quiz case 1. Actinomycosis of the lip mimicking minor salivary gland tumor. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;133:411-4.
4. Brook I. Actinomycosis: diagnosis and management. *South Med J.* 2008;101:1019-23.

donde el diagnóstico se basa en el estudio histopatológico al apreciarse depósitos de colesterol en el interior. Su aparición debe alertar de una posible hiperlipoproteinemia subyacente⁴. Describimos un nuevo caso de DF con depósitos de cristales de colesterol visto en un paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sin dislipemia asociada.

Se trata de un varón de 37 años de edad con antecedentes personales de positividad para el virus de la hepatitis C y el VIH, con un último recuento de linfocitos CD4 de 600/ μ l y con carga viral indetectable, por lo que realizaba una terapia antirretroviral combinada con didanosina, nelfinavir y estavudina. No presentaba historia familiar ni personal de hipercolesterolemia ni de hipertrigliceridemia. Acudió al Servicio de Dermatología para la valoración de tres lesiones localizadas en el pie, el costado y el codo izquierdos, de menos de un año de evolución. Todas eran asintomáticas salvo la situada en el codo izquierdo, que era dolorosa a la presión. No refería traumatismo ni lesiones previas en dichas zonas.

En la exploración física se observaron en el pie, el costado y el codo izquierdos tres tumores de color parduzco, de superficie lisa, de tamaños comprendidos entre 0,5 y 1 cm de diámetro, firmes y desplazables sobre planos profundos a la palpación (fig. 1). Su compresión lateral producía una depresión de la piel suprayacente (signo del hoyuelo).