

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).



Figura 1. Tumor parduzco de 1 cm de diámetro localizado en el codo izquierdo.



Figura 2. Histiocitos y abundantes fibroblastos entre haces gruesos de colágeno en la dermis media y profunda, respetando una estrecha banda superficial (hematoxilina-eosina, x100).

También presentaba un patrón lipodistrófico, con adiposidad central y lipoatrofia en la cara y en los miembros. No se apreciaron manifestaciones cutáneas de hiperlipoproteinemia.

Con el diagnóstico clínico de DF se procedió a una extirpación simple de la lesión localizada en el codo izquierdo, cuyo estudio histopatológico mostró una proliferación nodular mal delimitada, simétrica, constituida por histiocitos, y una proliferación abundante de fibroblastos entre haces gruesos de colágeno, que ocupaba la dermis media y profunda, respetando una estrecha banda superficial (fig. 2). En el seno de la lesión se apreciaban depósitos de cristales fusiformes biconvexos de colesterol agrupados (fig. 3). La epidermis suprayacente era acantósica y papilomatosa con hiperpigmentación basal.

Posteriormente se extirparon las otras dos lesiones, confirmando el estudio histopatológico el origen fibrohistiocitario de las mismas, pero sin apreciarse depósitos de cristales de colesterol. En los exámenes complementarios realizados, que incluían un hemograma y una bioquímica, sólo destacaba una hipertransaminemia y unos niveles normales de colesterol (214 mg/dl, intervalo de referencia: 145-255 mg/dl) y de triglicéridos: (115 mg/dl, intervalo de referencia: 35-150 mg/dl).

La variante colesterínica del DF se caracteriza por depósitos de cristales de colesterol y se incluye entre los DF con peculiaridades estromales (junto con los que presentan esclerosis, mucina o hemosiderina). La primera referencia la comunicaron Hunt et al cuando presentaron el caso de una mujer con historia conocida de hipercolesterolemia, con dos lesiones clínicamente sugestivas de DF, cuyo estudio histopatológico evidenció depósitos de colesterol en el interior de la lesión, rodeados de numerosos histiocitos y células gigantes de tipo cuerpo extraño. Estos autores concluyen que los DF, de igual forma que el histiocitoma fi-

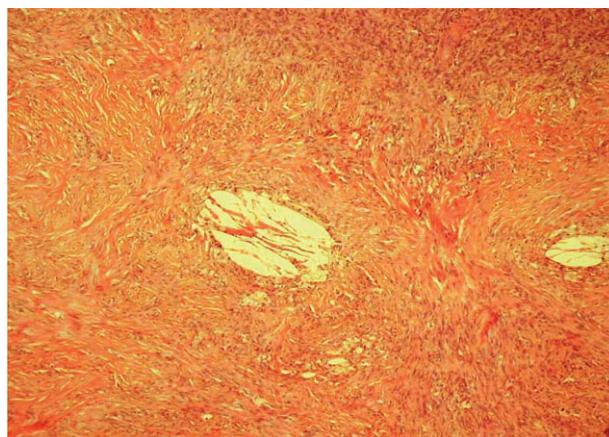


Figura 3. En la dermis media y profunda se aprecian depósitos de cristales fusiformes biconvexos de colesterol, agrupados y rodeados de histiocitos, con proliferación de fibroblastos y haces gruesos de colágeno (hematoxilina-eosina, x200).

bro maligno⁵, son tumores con capacidad histiocítica que puede ser expresada en el curso de una hiperlipoproteinemia. Esto originaría cambios xantomatosos y depósitos de colesterol similares a los encontrados en xantomas tuberosos y granulomas colesterínicos. El hallazgo de esta variante de DF debe alertar sobre la necesidad de un examen de los niveles de lípidos plasmáticos en el paciente⁴. El diagnóstico diferencial clínico e histológico hay que realizarlo con el dermatofibrosarcoma *protuberans*, el xantoma tuberoso (incluidos los xantomas cutáneos normolipémicos tipo II que se asocian a desórdenes linfoproliferativos, como la infección por el VIH)⁶, el tumor xantomoso plexiforme⁷, procesos infecciosos (micobacteriosis atípicas), el eritema *elevatum diutinum*, el sarcoma de Kaposi y el dermatofibroma lipidizado⁸.

La aparición de un DF con depósitos de colesterol en un paciente infectado por el VIH no la hemos encontrado descrita en la literatura médica. Curiosamente los pacientes seropositivos presentan una estrecha relación tanto con los DF⁹ como con la dislipemia¹⁰, por lo que suponemos que la asociación que presentamos no es debida al azar. La expresión «DF eruptivos múltiples» se emplea para definir la aparición de 5 a 8 lesiones en menos de 4 meses. Suele presentarse en pacientes con enfermedades autoinmunes, especialmente lupus eritematoso sistémico en tratamiento con fármacos inmunosupresores, neoplasias hematológicas, trasplante de órganos, inmunodeficiencias (VIH) y pacientes con síndrome de Down, pero también en sujetos sanos. En algunos pacientes con infección por el VIH las lesiones se desarrollan tras introducir la terapia antirretroviral combinada⁹. Dicho tratamiento se ha asociado con una gran variedad de síndromes metabólicos como lipodistrofia periférica, dislipemia y resistencia a insulina. Las dislipemias son frecuentes en los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral y se presentan con frecuencias diferentes según el fármaco empleado, como elevaciones aisladas o combinadas de los triglicéridos y del colesterol total con cambios variables en las lipoproteínas de baja y de alta densidad^{6,10}.

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

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Zelger B, Zelger BG, Burgdorf WH. Dermatofibroma—a critical evaluation. *Int J Surg Pathol.* 2004;12:333-44.
2. Sánchez Yus E, Soria L, de Eusebio E, Requena L. Lichenoid, erosive and ulcerated dermatofibromas. Three additional clinico-pathologic variants. *J Cutan Pathol.* 2000;27:112-7.
3. Zelger BG, Sidoroff A, Zelger B. Combined dermatofibroma: co-existence of two or more variant patterns in a single lesion. *Histopathology.* 2000;36:529-39.
4. Hunt SJ, Santa Cruz DJ, Miller CW. Cholesterotic fibrous histiocytoma. Its association with hyperlipoproteinemia. *Arch Dermatol.* 1990;126:506-8.
5. Laskin WB, Conklin RC, Enzinger FM. Malignant fibrous histiocytoma associated with hyperlipoproteinemia. *Am J Surg Pathol.* 1988;12:727-32.
6. Brown CA, Leshner JL Jr, Peterson CM. Tuberos and tendinous xanthomata secondary to ritonavir-associated hyperlipidemia. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52 5 Suppl 1:S86-9.
7. Michal M, Fanburg Smith JC. Plexiform xanthomatous tumor: a report of 20 cases in 12 patients. *Am J Surg Pathol.* 2002;26:1302-11.
8. Wagamon K, Somach SC, Bass J, Sigel JE, Xue W, Schluchter M, et al. Lipidized dermatofibromas and their relationship to serum lipids. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:494-8.
9. García Millán C, Aldanondo I, Fernández Lorente M, Carrillo R, Jaén P. Dermatofibromas eruptivos múltiples asociados al virus de la inmunodeficiencia humana. Presentación de dos casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:702-6.
10. Masiá Canuto M, Bernal Morell E, Gutiérrez Rodero F. Alteraciones lipídicas y riesgo cardiovascular asociado a la terapia antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24:637-48.

Escisión en cuña del pabellón auricular: cómo evitar una escotadura en el borde del hélix

B. García-García, L. Sempau-Díaz del Río y M.Á. Rodríguez-Prieto

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial de León. León. España.

Sr. Director:

El pabellón auricular es una estructura anatómica muy expuesta a la radiación solar, sobre la que asientan aproximadamente el 5-8% de todos los tumores cutáneos¹, siendo los más frecuentes el carcinoma epidermoide y el basocelular. Casi la mitad de ellos afectan al borde libre del hélix².

Aunque en una localización lateral, las orejas son estructuras prominentes y simétricas, por lo que cualquier defecto se hace muy evidente desde el punto de vista estético³.

La escisión en cuña es una de las técnicas más utilizadas para reparar defectos de hasta un cuarto de la circunferencia del hélix¹. Es frecuente, sin embargo, que este tipo de intervención produzca, en el proceso de cicatrización, una escotadura en el borde libre^{2,4}.

Para evitar esta complicación nosotros proponemos una técnica de ensamblado del reborde del pabellón auricular. Una vez realizado el dibujo, en forma de cuña, del área que debe ser extirpada (fig. 1), uno de los lados del borde libre se elevará unos 0,5 cm, mientras que