

Bibliografía

1. Corbalán-Vélez R, Ruiz-Maciá JA, Brufau C, Carapeto FJ. Carcinoma espinocelular cutáneo y papilomavirus (VPH). *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:583-93.
2. Casanova JM, Sanmartín V, Soria X, Baradad M, Martí RM, Font A. Dermatitis infantiles en la consulta de Dermatología de un hospital general universitario en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:111-8.
3. Avilés-Izquierdo JA, Izquierdo del Monte MG, Martín-Madruga ME, Ardiaca-Burgues L, Pulido-Fernández S, Lázaro-Ochaita P. Enfermedades dermatológicas como motivo de consulta en atención primaria. *Piel.* 2006;21:176-9.
4. Van Haalen FM, Bruggink SC, Gussekloo J, Assendelft WJ, Eekhof JA. Warts in primary schoolchildren: prevalence and relation with environmental factors. *Br J Dermatol.* 2009;161:148-52.
5. Ciconte A, Campbell J, Tabrizi S, Garland S, Marks R. Warts are not merely blemishes on the skin: A study on the morbidity associated with having viral cutaneous warts. *Australas J Dermatol.* 2003;44:169-73.
6. Wortsman X, Sazunic I, Jemec GB. Sonography of plantar warts: role in diagnosis and treatment. *J Ultrasound Med.* 2009;28:787-93.

R. Corbalán-Vélez*, T. Martínez-Menchón, A. Clemente-Ruiz De Almirón y J. Frías-Iniesta

Servicio Dermatología, Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca», Murcia, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: raulcorb@gmail.com
 (R. Corbalán-Vélez).

doi:10.1016/j.ad.2010.02.014

Dermatitis granulomatosas faciales

Facial Granulomatous Dermatoses

Sr. Director:

Bajo el término de dermatosis granulomatosas faciales tienden a agruparse una serie de procesos caracterizados por pápulas faciales cuyo sustrato histológico son granulomas epitelioides. Presentamos el caso de una paciente que se podría englobar dentro de esta entidad tanto clínica como histológicamente, siendo un buen ejemplo de la dificultad de manejo de estos pacientes.

Se trata de una mujer de 64 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que en 2005 consultó por lesiones faciales asintomáticas. En la exploración física presentaba pápulas eritematosas de 1 mm de diámetro localizadas a nivel peribucal, sin comedones, ni pústulas (fig. 1). Con la sospecha inicial de dermatitis perioral inició



Figura 1 Paciente con pápulas eritematosas y pústulas periorales. No se objetivan comedones.

tratamiento con doxiciclina v.o. (100 mg/12 h) durante 3 meses, sin mejoría, por lo que se realizó una biopsia en la que hallaron, en zonas próximas a los folículos pilosos, estructuras granulomatosas múltiples constituidas por células epitelioides con corona linfocitaria con necrosis central, compatible con lupus miliaris disseminatus facialis (LMDF). Se realizó tinción Ziehl Nielsen sobre la pieza histológica que fue negativo para BAAR (fig. 2).

El resto de pruebas complementarias: hemograma, VSG, bioquímica, calcio, Mantoux, radiografía de tórax y niveles de enzima convertidora de angiotensina fueron normales.

A partir de entonces la paciente recibió prednisona oral, con respuesta solo con dosis superiores a 20 mg/d. No ha tolerado minociclina, sulfona ni talidomida y con isotretinoína oral presentó un brote intenso de lesiones que se extendieron a nivel periocular y malar (fig. 3).

A lo largo del tiempo, los brotes han ido afectando a la región periocular, mejillas y cuello acompañándose en el último año de episodios de rubor facial. Algunas lesiones dejaban cicatrices puntiformes.

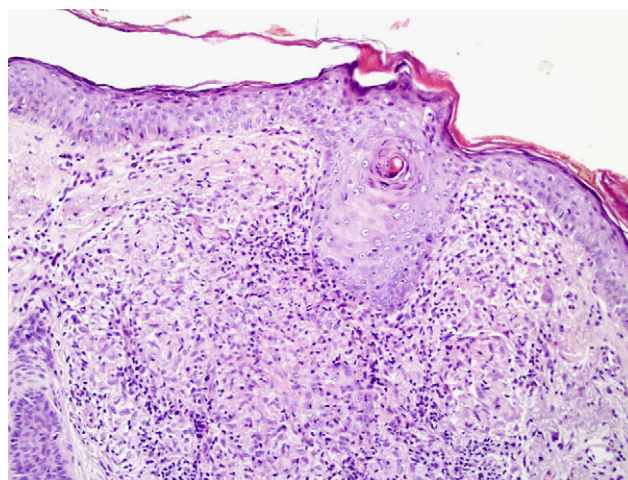


Figura 2 H&E x20. Se objetivan formaciones granulomatosas perifoliculares con células epitelioides con corona linfocitaria con necrosis central.



Figura 3 Empeoramiento franco con afectación palpebral y de mejillas.

A los 3 años del diagnóstico inicial, una nueva biopsia mostró de nuevo granulomas epitelioides en relación con los folículos pilosos, algunos de ellos con necrosis central, siendo informada de rosácea granulomatosa.

Debido al fracaso continuo del tratamiento y por la gran afectación facial y ocular de las lesiones, se decidió finalmente, iniciar tratamiento con azitromicina oral (500 mg/d) 3 veces a la semana, con respuesta inmediata a las 2 semanas y mantenido 7 meses después.

El LMDF fue descrito en 1878 por Tibory Fox bajo el término de lupus diseminado folicular y posteriormente ha recibido numerosas denominaciones como acneitis, acné agminata, o granulomas faciales idiopáticos con evolución regresiva¹⁻³.

Clínicamente afecta sobre todo a adultos jóvenes y se caracteriza por pápulas monomorfas de localización preferentemente centroracial con predilección por los párpados y labio superior aunque puede extenderse a cuello y zonas extrafaciales. Son pápulas pardo amarillentas que tienden a dejar cicatrices puntiformes. Característicamente responden mal a los tratamientos habituales para la rosácea, y tienden a regresar espontáneamente en 2-4 años¹.

A nivel histológico es típica la presencia de granulomas epitelioides con necrosis caseosa en relación con estructuras foliculares, pero se ha descrito un espectro de alteraciones que varía según la fase evolutiva de la lesión, desde infiltrados linfocitarios perifoliculares a granulomas epitelioides con o sin caseosis y a fibrosis perifolicular en las lesiones cicatriciales^{4,5}.

El LMDF fue considerado hasta 1966 una forma de tuberculosis cutánea⁶. Descartado este origen, hoy se baraja la hipótesis de un proceso granulomatoso frente a componentes foliculares⁷.

Recientemente en 2005 se ha propuesto incluir al LMDF dentro una categoría diagnóstica para la que se sugiere el término dermatosis granulomatosa facial que también comprende a la rosácea granulomatosa, la dermatitis perioral granulomatosa y la sarcoidosis en su forma clínica cutánea nodular⁸.

Pese a que los pacientes con rosácea clásica pueden mostrar un espectro de alteraciones histológicas que

incluyen granulomas epitelioides, la rosácea granulomatosa se ha separado como variante de rosácea, reservándose para pacientes con clínica caracterizada por «pápulas monomorfas de localización preferentemente periorificial, que pueden dejar cicatriz y aparecen sobre piel normal sin ser necesaria la presencia de otros signos de rosácea»⁹. Si bien responde al tratamiento habitual de la rosácea clásica, con esta definición la rosácea granulomatosa sería un proceso intermedio entre la rosácea clásica y el LMDF.

La dermatitis granulomatosa facial infantil, también tiene un cuadro clínico bien diferenciado con lesiones periorales en cuya histología puede aparecer granulomas epitelioides superponibles a las descritas en el LMDF. Típica de niños prepúberales, sobre todo de raza negra, siendo rara la resolución espontánea de las mismas^{10,11}.

Ninguna de las entidades anteriormente mencionadas se acompaña de clínica sistémica (fiebre, mal estado general, adenopatías), siendo este dato el que lo diferencia de la sarcoidosis cutánea, considerándose esta el polo más extremo de las denominadas dermatosis granulomatosas faciales. La sarcoidosis es considerada por definición un proceso multisistémico, aunque bien es cierto, muchas veces comienza con clínica cutánea solamente, siendo difícil el diagnóstico de la misma. Para ello es necesario excluir el resto de procesos granulomatosos, puesto que el diagnóstico de certeza de la sarcoidosis no existe, ya que se realiza por exclusión¹².

La paciente de nuestro caso presenta una clínica típica de LMDF apoyada por la pobre respuesta a tetraciclinas y a la buena respuesta a esteroides, además de presentar a lo largo de su evolución signos de rosácea (rubor facial). Todo ello nos hace considerar estas entidades bajo la misma categoría diagnóstica, como son las dermatosis granulomatosas faciales.

Bibliografía

1. Borhan R, Vignon-Pennamen MD, Morel P. Lupus miliaris disseminé de la face: 6 cas. *Ann Dermatol Venereol*. 2005;132:526-30.
2. Alonso V, Ramón D, Martín JM, Monteagudo C, Molina I, Jordá E. Lupus miliaris disseminatus faciei. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:182-5.
3. Skowron F, Causeret AS, Pabion C, Viallard AM, Balme B, Thoma L. F.I.GU.R.E: facial idiopathic granulomas with regressive evolution. Is 'lupus miliaris disseminatus faciei' still an acceptable diagnosis in the third millennium? *Dermatology*. 2000;201:287-9.
4. Sehgal VN, Srivastava G, Aggarwal AK, Reddy V, Sharma S. Lupus miliaris Disseminatus Faciei Part I: Significance of histopathologic undertones in diagnosis. *Skinmed*. 2005;4: 151-6.
5. El Darouti M, Zaher H. Lupus miliaris disseminatus faciei – pathologic study of early, fully developed, and late lesions. *Int J Dermatol*. 1993;32:508-11.
6. Nino M, Barberio E, Delfino M. Lupus miliaris disseminatus faciei and its debated link to tuberculosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2003;17:97.
7. Sanz-Sánchez T, Daudén E, Moreno de Vega MJ, Fraga J, García-Díez A. Lupus miliaris disseminatus faciei associated with epidermal cysts. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:320-2.
8. Makker R, Ramesh V. On the diagnosis of facial granulomatous dermatoses of obscure origin. *International Journal of Dermatology*. 2005;44:606-9.

9. Helm KF, Menz J, Gibson LE, Dicken CH. A clinical and histopathologic study of granulomatous rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 1991;25:1038–43.
10. Cribier B, Lieber-Mbomeyo A, Lipsker D. Clinical and histological study of a case of facial Afro-Caribbean childhood eruption (FACE). *Ann Dermatol Venereol.* 2008;125: 663–7.
11. Misago N, Nakafusa J, Narisawa Y. Childhood granulomatous periorificial dermatitis: lupus miliaris disseminatus faciei in children? *J Eur Acad Dermatol.* 2005;19:470–3.
12. Marchell R, Thiers B, Judson M. Sarcoidosis. En: Wolff K, Godsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D. *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine.* McGraw Hill; 2008. p. 1484–92.

V. Monsálvez^{a,*}, R. Chico^a, A. Ballen^b y C. Postigo^a

^a*Servicio de Dermatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*

^b*Servicio Anatomía Patológica, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monsalvezhonrubia@hotmail.com (V. Monsálvez).

doi:10.1016/j.ad.2010.02.011

Linear Basal Cell Carcinoma

Carcinoma basocelular lineal

To the Editor:

Linear basal cell carcinoma was first described by Lewis¹ in 1985 as a rare morphological variant of basal cell carcinoma. Since that time, 35 cases have been reported in the literature. The most common site is the periorcular region.^{2,3}

We report a new case of linear basal cell carcinoma, in which the clinical diagnosis was based on physical examination and dermoscopy and was confirmed by histological study. We review the current literature on linear basal cell carcinoma and discuss its principal features.

The patient, a 42-year-old woman, came to our department for a slowly enlarging, linear pigmented lesion on the right lower eyelid that had appeared one year earlier. She had skin phototype IV. There was no history of trauma or of a previous lesion at that site.

On physical examination there was a linear pigmented lesion measuring 1.5 × 0.4 cm. The lesions had a pearly border and central scarring (Figure 1).



Figure 1 Linear pigmented lesion on the right lower eyelid.

Dermoscopy revealed the absence of a pigmented network pattern and the presence of a specific BCC dermoscopy pattern: multiple blue-gray ovoid nests, arborizing telangiectatic vessels with a feathery appearance, and slight ulceration (Figure 2). The diagnosis of BCC was confirmed by histological study of a punch biopsy (Figure 3A).

The lesion was removed by simple excision, with primary closure of the wound. The surgical margins were free of tumor cells (Figure 3B). Pigmentation was present in tumor and in the stroma (Figure 3C). After 4 years of follow-up there has been no recurrence.



Figure 2 Dermoscopic aspect.