

En todo caso, el diagnóstico diferencial del NAEC debe hacerse con todas las proliferaciones vasculares compuestas por células de hábito epitelioides, tales como el hemangioma epitelioides (o HAE), el angiosarcoma epitelioides, el hemangioma endotelial epitelioides y la angiomasia bacilar^{2,8}.

La diferencia con el HAE se puede sustentar tanto en criterios clínicos como histopatológicos. Clínicamente el HAE asienta en cabeza y cuello y en muchas ocasiones se manifiesta en forma de varias lesiones agrupadas, mientras que el NAEC predomina en tronco y habitualmente es una lesión única. Histológicamente, el HAE afecta a dermis profunda e hipodermis, es multilobular y predomina el componente vasoformativo. Sin embargo, el NAEC suele afectar a la dermis superficial, es unilobular y se trata fundamentalmente de una proliferación sólida. Además en el HAE nos encontramos mayor inflamación, mayor cantidad de eosinófilos y un estroma más abundante².

El angiosarcoma epitelioides también debe ser incluido en el diagnóstico diferencial. A pesar del comportamiento biológico más agresivo, comparte algunas características morfológicas al NAEC que pueden conducir a un diagnóstico erróneo. No obstante, no está tan bien circunscrito y muchas veces presenta áreas de necrosis salpicadas o en masa. Además, encontramos una atipia citológica prominente, pleomorfismo nuclear y mitosis atípicas⁹. La inmunohistoquímica es útil porque las citoqueratinas son positivas hasta en el 50% de los angiosarcomas epitelioides, mientras que en el NAEC son negativas².

El hemangioma endotelial epitelioides es un angiosarcoma de bajo grado y es parte del espectro de lesiones vasculares con características epitelioides. Se trata de una lesión más grande, peor delimitada y más profunda que el NAEC. Histológicamente, no suele contener vasos bien formados y presenta un estroma fibromixoides⁹, imitando a la metástasis de un carcinoma. Las citoqueratinas son positivas hasta en el 25% de los casos².

La angiomasia bacilar afecta habitualmente a pacientes inmunodeprimidos, como los VIH positivos², en forma de lesiones eruptivas vasculares múltiples. Histológicamente, exhibe un patrón lobulillar con una proliferación prominente de capilares separados por septos de tejido conectivo. Las células endoteliales que revisten los vasos son grandes, con una apariencia epitelioides y protruyen dentro de las luces vasculares⁹. Además, muestra un infiltrado neutrofílico y agregados de material granular que corresponden a colonias bacterianas (*Bartonella henselae*)³.

Aunque la patogénesis del NAEC es desconocida, parece ser un proceso reactivo debido a su corta evolución y a la

presencia de hiperplasia epidérmica, así como de respuesta inflamatoria⁴.

Bibliografía

1. Brenn T, Fletcher CD. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule: a distinct lesion in the morphologic spectrum of epithelioid vascular tumors. *Am J Dermatopathol*. 2004;26:14-21.
2. Requena Caballero C, Nicolau MJ, Haro R, Martorell A, Sanmartín O, Llobart B. Proliferative cutaneous epithelioid angiomatous nodule. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:137-41.
3. Solís-García E, Segura-Sánchez JM, Rodríguez-Enríquez B, Sánchez-Sánchez-Vizcaino F, González-Serrano MT. Nódulo angiomatoso epitelioides cutáneo ¿Variante superficial y extrafacial de hemangioma epitelioides? *Rev Esp Patol*. 2006;39:59-62.
4. Álvarez-Argüelles-Cabrera H, Guimera-Martín-Neda F, Carrasco JL, García-Castro MC, Hernández-León CN, Díaz-Flores L. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:1383-5.
5. Zamecnik M. Relationship between cutaneous epithelioid angiomatous nodule and epithelioid hemangioma. *Am J Dermatopathol*. 2004;26:351-2.
6. Fernández-Flores A. D2-40 and cutaneous epithelioid angiomatous nodule. *Am J Dermatopathol*. 2008;30:302-4.
7. Al-Daraji WI, Prescott RJ, Abdellaoui A, Khan MM, Kulkarni K, Youssef MM. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule: different views or interpretations in the analysis of ten new cases. *Dermatol Online J*. 2009;15:2.
8. Fernández-Flores A, Montero MG, Renedo G. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule of the external ear. *Am J Dermatopathol*. 2005;27:175-6.
9. Sangüeza OP, Walsh SN, Sheehan DJ, Orland AF, Llobart B, Requena L. Cutaneous epithelioid angiomatous nodule: a case series and proposed classification. *Am J Dermatopathol*. 2008;30:16-20.

J.M. Segura-Palacios^{a,*}, E. Gómez-Moyano^a,
A. Hiraldo-Gamero^a y A. Sanz-Trelles^b

^aServicio de Dermatología y Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmanuelo_1983@hotmail.com
(J.M. Segura-Palacios).

doi:10.1016/j.ad.2010.04.008

Dermatoscopia en la miasis forunculoide

Dermoscopy in Furuncular Myiasis

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón peruano de 40 años que acudió por la aparición, hacía 3 semanas de 2 lesiones papulosas en la región pectoral izquierda, persistentes pese a

ser drenadas y tratadas con pantomicina, ciprofloxacino y cloxacilina durante 10 días. Dichas lesiones habían aparecido pocos días antes de regresar de una estancia de 21 días en Minas Gerais, Brasil. Refería la presencia inicial de 6 a 7 lesiones que describía como «picaduras de insecto», así como sensación de escozor y punzadas desde hacía 1 semana en las dos lesiones persistentes. En la exploración física presentaba en región pectoral izquierda, dos pápulas induradas, de 0,5 y 2 cm de diámetro, próximas pero no confluyentes, de bordes violáceos y zona central erosiva, amarillenta, con un pequeño orificio milimétrico central



Figura 1 Pápula y placa de 0,5 y 2 cm de diámetro de bordes bien delimitados y con zona central erosiva. En la lesión de mayor tamaño se observa un orificio milimétrico puntiforme.

(fig. 1). A través de dicho orificio aparecían burbujas esporádicamente, por lo que realizamos dermatoscopia, que tras unos minutos demostró la presencia de una larva en el interior de ambas lesiones mediante visualización del movimiento de sus espiráculos posteriores que se deslizaban repetidamente a través del orificio central (fig. 3). Se ocluyó el poro respiratorio con vaselina y apósito plástico transparente y, 24 h después, se extrajeron con pinzas y mosquito 2 larvas (una de cada lesión) que fueron identificadas por nuestro servicio de microbiología como larvas en estadio 2 de *Dermatobia hominis* (fig. 2). Las lesiones desaparecieron en 1 semana dejando ligera hiperpigmentación residual.

La miasis forunculoide por *D. hominis*, entidad fundamentalmente importada de Sudamérica, se caracteriza por la aparición de un número limitado de lesiones papulosas, frecuentemente precedidas de picaduras de diferentes especies de mosquito, que actúan como vectores de los huevos de la *Dermatobia*, al llevarlos adheridos a su abdomen, fenómeno de ovoposición único de esta especie y denominado foresis¹. Dichas lesiones aumentan de tamaño durante 3 semanas, debido al crecimiento progresivo de la larva a lo largo de 6 a 12 semanas, que se mantiene estrechamente adherida al huésped mediante varias coronas de ganchos de quitina², llegando a formar nódulos bien delimitados, similares a forúnculos, pero de consistencia firme. En esta fase se puede observar, algunas veces, un punto central de color crema que corresponde a los segmentos posteriores o espiráculos respiratorios de la larva. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en la visualización del parásito. El diagnóstico diferencial se realiza con los forúnculos, los quistes epidermoides y los abscesos. Existen varios artículos sobre métodos de visualización de la larva «in vivo». Así, en mamografías se observan masas hiperecoicas con morfología en botella rodeadas de un halo hipocoico³. Con eco-doppler se identifica el número y la posición de las larvas en la lesión y puede resultar útil en caso de duda⁴. Incluso se describen artefactos de imagen en RMN potenciada en T2, que podrían corresponder a migración



Figura 2 Larva L2 de *Dermatobia hominis*. Se observa su característica morfología en «botella» así como la presencia de varios anillos formados por estructuras negras que se corresponden a ganchos de quitina.

intracerebral a través de una fractura abierta de larvas de *D. hominis*⁵. Aunque en este último caso, la falta de confirmación histológica de la infestación y la existencia de otras miasis potencialmente invasivas, obliga a considerar estas imágenes como sugestivas de infestación con dudosa relación con una miasis forunculoide previa. La dermatoscopia en este tipo de lesiones puede ayudar a confirmar el diagnóstico de sospecha al permitir una visualización más nítida del parásito⁶, como sucedió en nuestro caso. Recomendamos mantener el dermatoscopio aplicado sobre la lesión durante varios minutos, ya que, al ocluir el orificio respiratorio, se estimula la salida del extremo caudal de la larva, posiblemente para mejorar la oxigenación de la misma. Con este método, puede observarse el parásito en movimiento y se aprecian nítidamente las estructuras correspondientes a los espiráculos posteriores. Además, la amplia difusión e inmediatez de la dermatoscopia la convierte en una herramienta especialmente adecuada para el diagnóstico de estas lesiones.

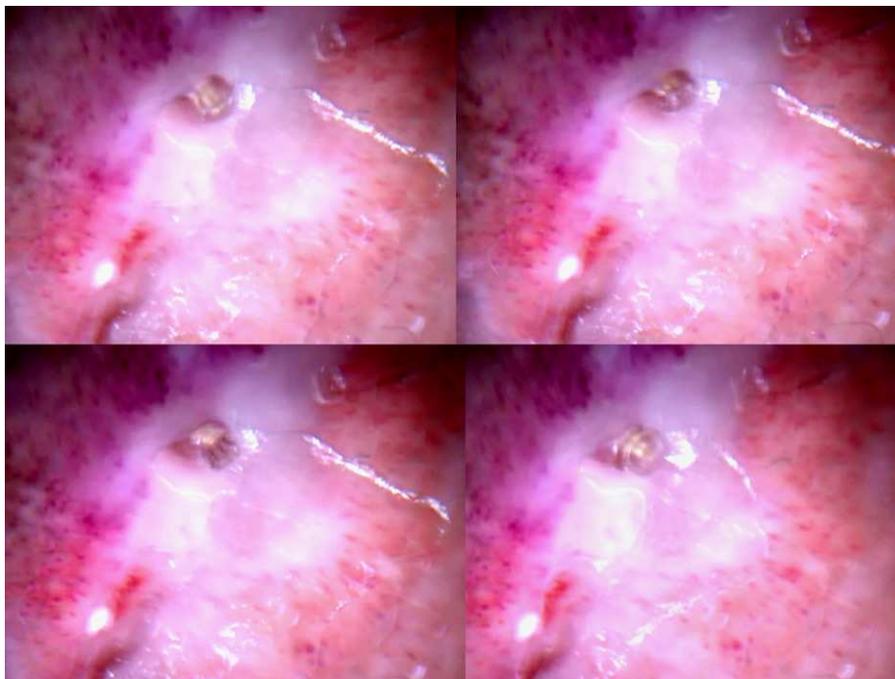


Figura 3 Dermoscopia x15 realizada con Dermlite Pro[®] (3G, LLC, San Juan Capistrano, CA, EE.UU.) acoplada a la cámara digital Sony[®] DSC-T200 de 8.1 MP: tejido fibroso central y glóbulos rojos periféricos. En el centro se observa una estructura alargada, amarillenta, formada por dos proyecciones digitiformes, que corresponden al segmento caudal con los espiráculos posteriores o respiratorios de una larva de *Dermatobia hominis*.

Bibliografía

1. Contreras-Ruiz J, Arenas-Guzman R, Vega-Memije ME, Castillo-Díaz M. Furunculoid myiasis due to *Dermatobia hominis*. A case imported to the Mexican capital's Federal District from Costa Rica. *Gac Med Mex.* 2004;140:81-3.
2. Mohrenschlager M, Mempel M, Weichenmeier I, Engst R, Ring J, Behrendt H. Scanning electron microscopy of *Dermatobia hominis* reveals cutaneous anchoring features. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:716-8.
3. De Barros N, D'Avila MS, de Pace Bauab S, Issa FK, Freitas FJ, Kim SJ, et al. Cutaneous myiasis of the breast: mammographic and us features-report of five cases. *Radiology.* 2001;218:517-20.
4. Quintanilla-Cedillo MR, León-Urena H, Contreras-Ruiz J, Arenas R. The value of Doppler ultrasound in diagnosis in 25 cases of furunculoid myiasis. *Int J Dermatol.* 2005;44:34-7.
5. Marco de Lucas E, Díez C, Gutiérrez A, Montaña F, Arnaiz J, Mandly AG, et al. Unusual MRI findings in a patient with history of

frontal fracture and skin infestation by fly larvae, as a possible sign of intracerebral myiasis. *Clin Neurol Neurosurg.* 2008;110:725-8.

6. Bakos RM, Bakos L. Dermoscopic diagnosis of furuncular myiasis. *Arch Dermatol.* 2007;143:123-4.

M. Llamas-Velasco*, R. Navarro,
D. Santiago Sánchez-Mateos y D. De Argila

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mar.llamasvelasco@gmail.com (M. Llamas-Velasco).

doi:10.1016/j.ad.2010.03.026

Quemadura química por airbag

Chemical Burn from an Airbag

Sr. Director:

El airbag es un mecanismo de seguridad con demostrada eficacia en la reducción de la gravedad y fatalidad de los accidentes de tráfico¹. No obstante, se han observado múltiples daños directamente relacionados con el disparo del airbag,

siendo la mayoría de ellos abrasiones superficiales, contusiones, laceraciones, quemaduras térmicas y químicas²⁻⁴.

Un varón de 21 años consultó en urgencias de dermatología por presentar quemaduras faciales y daño ocular secundarios al disparo brusco y rápida inflación del airbag del vehículo que conducía. Las lesiones consistían en una placa bien delimitada en la frente, con aspecto erosivo, muy superficial, que respetaba el fondo de los pliegues frontales, sin ampollas ni exudado evidente, que sugería el diagnóstico de abrasión traumática, en relación con el impacto frontal del airbag en su rápida inflación (fig. 1A). En la hemicara derecha, presentaba una placa de gran tamaño,