

## Sinus piloso plantar. Utilidad de la dermatoscopia

### Usefulness of Dermoscopy in Plantar Pilonidal Sinus

Sr. Director:

La dermatoscopia se ha incorporado como una útil herramienta diagnóstica en dermatología a lo largo de los últimos años. Su indicación original —el diagnóstico diferencial de las lesiones pigmentarias— se ha extendido y ampliado a otras dermatosis no tumorales; estas incluyen, entre otras, las enfermedades del pelo<sup>1</sup>, la psoriasis, la escabiosis<sup>2</sup> o las conectivopatías<sup>3</sup>. Creemos de interés comunicar un caso en el que la dermatoscopia demostró su utilidad para descartar la presencia de una lesión pigmentaria plantar.

Una mujer de 67 años de edad fue remitida a nuestro Servicio para el diagnóstico de una presunta lesión pigmentaria que había aparecido en la planta del pie derecho. La sospecha del médico de Atención Primaria era de melanoma. La paciente no podía relacionarla con ningún tipo de traumatismo, y explicaba que había aparecido a lo largo del mes previo, negando cualquier tipo de lesión pigmentaria preexistente en esta localización.

A la inspección podía comprobarse que se trataba de una mácula de color marrón claro, no uniforme, de 3 mm de diámetro. A simple vista, la naturaleza de la lesión no era claramente identificable (fig. 1).

Exploramos la lesión con un dispositivo de dermatoscopia digital (MoleMax III<sup>®</sup>, Derma Medical Systems, Wien, Austria) (fig. 2). Bajo una capa córnea normal se observaba un tallo capilar enrollado sobre sí mismo, simulando una colección de pigmento, hallazgos que condujeron al diagnóstico de



**Figura 1** Imagen clínica de la lesión: mácula pigmentaria en la planta del pie.



**Figura 2** Imagen dermatoscópica: tallo piloso bajo la capa córnea.

sinus piloso. El pelo fue extraído tras un raspado de la capa córnea con una hoja de bisturí del número 11. Explicamos a la paciente la naturaleza banal y benigna de la lesión plantar. Cuando fue interrogada acerca de sus hábitos, negó estar trabajando como peluquera, por lo que se supuso que el pelo acabó introduciéndose bajo la capa córnea plantar de modo fortuito.

El llamado sinus piloso o «sinus de barbero»<sup>4</sup> es una dermatosis ocupacional bien conocida que suele afectar a peluqueros o barberos. Estos profesionales pueden sufrir la introducción involuntaria de pelos bajo su piel. Es frecuente que se forme una reacción inflamatoria y un granuloma a cuerpo extraño. La localización más habitual de este trastorno son los espacios interdigitales de las manos, aunque se han descrito también casos en las plantas de los pies<sup>5</sup>. En nuestra paciente no se generó reacción inflamatoria alguna. De este modo, el fenómeno observado recuerda más a los pelos que crecen enrollados bajo la capa córnea en las piernas de algunas mujeres, tras la depilación o el afeitado. La confusión del sinus piloso con otros procesos no es excepcional. De este modo, se ha descrito un caso en el que un pelo enrollado bajo la capa córnea de la piel del pubis simulaba una larva migrans<sup>6</sup>.

Resaltamos la utilidad de la dermatoscopia en este caso, evitando así una innecesaria extirpación quirúrgica de la lesión.

### Bibliografía

1. Tosti A, Torres F. Dermoscopy in the diagnosis of hair and scalp disorders. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:114–9.
2. Levitt JO. Digital photography in the diagnosis of scabies. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:53–62.
3. Tosti A, Torres F, Misciali C, Vincenzi C, Starace M, Miteva M, et al. Follicular red dots: a novel dermoscopic pattern

- observed in scalp discoid lupus erythematosus. Arch Dermatol. 2009;145:1406–9.
4. Uysal AC, Alagöz MS, Unlü RE, Sensöz O. Hairdresser' s syndrome: a case report of an interdigital pilonidal sinus and review of the literature. Dermatol Surg. 2003;29:288–90.
  5. Morrell JF. Pilonidal' sinus of the sole. Arch Dermatol. 1957;75:269.
  6. Sakai R, Higashi K, Otha M, Sugimoto Y, Ikoma Y, Horiguchi Y. Creeping air: an isolated hair burrowing in the uppermost dermis resembling larva migrans. Dermatology. 2006;213:179–81.

J. Romani\*, M. Sábat, L. Leal y J. Luelmo

Servicio de Dermatología, Hospital Parc Taulí, Sabadell, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: jromani@tauli.cat  
(J. Romani).

doi:10.1016/j.ad.2010.09.017

## Enfermedad de Paget extramamaria tratada con imiquimod 5% crema

### Extramammary Paget Disease Treated With 5% Imiquimod Cream

Sr. Director:

La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es una neoplasia cutánea infrecuente. Se trata de un adenocarcinoma intraepitelial que se presenta en áreas ricas en glándulas apocrinas<sup>1</sup>. La mayoría de las veces la EPEM se localiza en la vulva, seguida en orden de frecuencia por el escroto, la región perianal y la axila<sup>2</sup>. Exige un estudio de extensión debido a su asociación con neoplasias malignas en otras localizaciones.

La EPEM afecta con más frecuencia a mujeres caucásicas de entre 50 y 80 años de edad, y debido a que presenta una clínica variada e inespecífica, a menudo se confunde con una dermatitis, retrasando el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento<sup>1</sup>.

Clásicamente, el tratamiento de elección ha sido la extirpación quirúrgica con márgenes de seguridad amplios, pero aun así, se asocia a una tasa alta de recidiva que alcanza hasta un 43%<sup>1</sup>.

Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 72 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó por presentar, desde hacía más de un año, una lesión cutánea de aspecto eczematoso localizada en la vulva. A la exploración observamos en la región vulvar una placa eritematodescematosa de 8 x 5 cm, con islotes blanquecinos en su interior junto a áreas erosionadas y exudativas (fig. 1). Refería que había sido tratada durante meses con corticoides, antibióticos y antifúngicos tópicos sin resultados.

Tomamos una biopsia cutánea de la lesión vulvar para confirmar la sospecha diagnóstica. El estudio histológico mostraba hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis y la infiltración difusa de unas células de citoplasma amplio y claro con núcleos vacuolados —células de Paget— en todas las capas de la epidermis, respetando la capa dérmica. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para CEA, EMA CK7, CK18 (fig. 2).

Con el diagnóstico de EPEM se le realizó un estudio de extensión para descartar una neoplasia subyacente, con resultado negativo.

Debido a las importantes secuelas funcionales y estéticas que hubiera supuesto el tratamiento quirúrgico, y

tras analizar las diferentes estrategias terapéuticas disponibles, optamos por tratar a la paciente con imiquimod 5% en crema. Tras informar de la existencia de casos similares al suyo tratados con esta terapéutica con buenos resultados, así como de los inconvenientes de la misma, se obtuvo el consentimiento informado. La crema se aplicaba por la noche tras la higiene de la zona, 6 días a la semana sobre la lesión incluyendo 1-2 cm de piel sana. La paciente toleró bien el tratamiento, a pesar de la aparición de erosiones y pequeñas costras sobre la lesión tras las primeras aplicaciones de imiquimod, que no impidieron continuar con la terapia. Se le recomendó la aplicación de ácido fusídico en pomada para evitar sobreinfección y ayudar al desprendimiento de las pequeñas costras. Tras 6 semanas de tratamiento pudo evidenciarse la curación clínica de la lesión (fig. 3). Recomendamos a la paciente la aplicación del tratamiento hasta cumplir 16 semanas. Con posterioridad la pauta fue reducida a tres veces a la semana, con seguimiento en consulta externa de Dermatología cada mes hasta cumplir 24 semanas de tratamiento. Para confirmar la curación de la enfermedad, meses después se tomó una biopsia cutánea que demostró la ausencia de neoplasia. Finalmente se pautó imiquimod tópico una vez a la semana como mantenimiento<sup>3</sup>.

Tras 14 meses sigue revisiones periódicas en Dermatología, sin apreciarse hasta el momento signos de recidiva.



Figura 1 Placa eritematodescematosa con islotes blanquecinos en su interior junto a áreas erosionadas y exudativas localizada en la vulva.