



**Figura 2** Caso 2. Pigmentación de las papilas fungiformes linguales de distribución difusa y simétrica, predominantemente en las caras laterales de la lengua en una paciente de origen étnico sudamericano.

dencia en estas razas es desconocida, pero se considera sustancialmente inferior a la de la raza negra<sup>4,5,7,8</sup>.

La patogenia de la pigmentación de las papilas fungiformes es desconocida. Werchniack et al<sup>9</sup>, a partir de la presencia de pigmentación de las papilas fungiformes en madre e hija sugieren una herencia autosómica dominante que no ha sido previamente descrita ni corroborada por otros artículos. La razón por la que las alteraciones están limitadas a las papilas fungiformes es también desconocida. Histológicamente en la pigmentación de las papilas fungiformes se observan numerosos melanófagos en el corion de las papilas fungiformes, sin la presencia de infiltrado inflamatorio<sup>4,9</sup>. El pigmento localizado en el interior de los melanófagos muestra positividad para melamina con la tinción de Fontana-Masson y negatividad para hierro con la tinción azul Prusia<sup>9</sup>. La naturaleza adquirida de las lesiones y la presencia de melanófagos sugiere un periodo transitorio de inflamación, pero la falta de infiltrado inflamatorio es uno de los marcadores histológicos de la entidad<sup>9</sup>.

El diagnóstico diferencial debería establecerse con respecto a otras pigmentaciones de la mucosa oral tales como la observada en la hemocromatosis, la anemia perniciosa, los tatuajes por amalgama o la enfermedad de Addison. Sin embargo, en todos los casos bien la distribución y características clínicas, bien las manifestaciones acompañantes permiten su diagnóstico de forma clara.

No se ha descrito ningún tratamiento eficaz de la pigmentación de las papilas fungiformes<sup>9</sup>, aunque en un caso asociado a anemia ferropénica se observó una moderada reducción de la pigmentación después del tratamiento de la misma<sup>7</sup>.

Describimos el primer caso de pigmentación de las papilas fungiformes en un individuo de origen étnico sudamericano y consideramos que puede observarse en todas las razas intensamente pigmentadas. Debido a la creciente migración cada vez veremos más casos en Europa, y es importante reconocer la pigmentación de las papilas fungiformes de la lengua para evitar presunciones diagnósticas erróneas y estudios complementarios innecesarios<sup>4,10</sup>.

## Bibliografía

1. Leonard TMR. Ankylostomiasis or uncinariasis. *JAMA*. 1905;45:588-94.
2. Kaplan BJ. The clinical tongue. *Lancet*. 1961;277:1094-7.
3. Koplon BS, Hurley HJ. Prominent pigmented papillae of the tongue. *Arch Dermatol*. 1967;95:394-6.
4. Holzwanger JM, Rudolph RI, Heaton CL. Pigmented fungiform papillae of the tongue: a common variant of oral pigmentation. *Int J Dermatol*. 1974;13:403-8.
5. Isogai Z, Kanzaki T. Pigmented fungiform papillae of the tongue. *J Am Acad Dermatol*. 1993;29:489-90.
6. Millington GWM, Shah SN. A case of pigmented fungiform lingual papillae in an Indian woman. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2007;21:705.
7. Ahn SK, Chung J, Lee SH, Lee WS. Prominent pigmented fungiform lingual papillae of the tongue. *Cutis*. 1996;58:410-2.
8. Oh CK, Kim MB, Jang HS, Kwon KS. A case of pigmented fungiform papillae of the tongue in an Asian Male. *J Dermatol*. 2000;27:350-1.
9. Werchniak AE, Storm CA, Dinulos JG. Hyperpigmented patches on the tongue of a young girl. Pigmented fungiform papillae of the tongue. *Arch Dermatol*. 2004;140:1275-80.
10. Scarff CE, Marks R. Pigmented fungiform papillae on the tongue in an Asian man. *Australas J Dermatol*. 2003;44:149-51.

J. Marcoval\*, J. Notario, S. Martín-Sala e I. Figueras

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmarcoval@bellvitgehospital.cat](mailto:jmarcoval@bellvitgehospital.cat) (J. Marcoval).

doi:10.1016/j.ad.2011.01.012

## Reacción retardada a cuerpo extraño por alambre de acero inoxidable simulando un carcinoma basocelular

### Delayed Foreign Body Reaction to Steel Wire Suture Resembling Basal Cell Carcinoma

*Sr. Director:*

Cualquier material (vivo o no) introducido en el cuerpo humano representa un cuerpo extraño y nuestro organismo responde como tal mediante mecanismos de defensa. Aunque una amplia definición incluiría también los microorganismos que provocan una respuesta inmunitaria,



**Figura 1** A. Pápula perlada de 1,5 centímetros de diámetro sobre la cicatriz previa. B. Pieza quirúrgica con el alambre de sutura de acero en su interior.



**Figura 2** Radiografía de huesos propios. Alambre de sutura radioopaco e injerto de cadera sustituyendo la anatomía nasal normal.

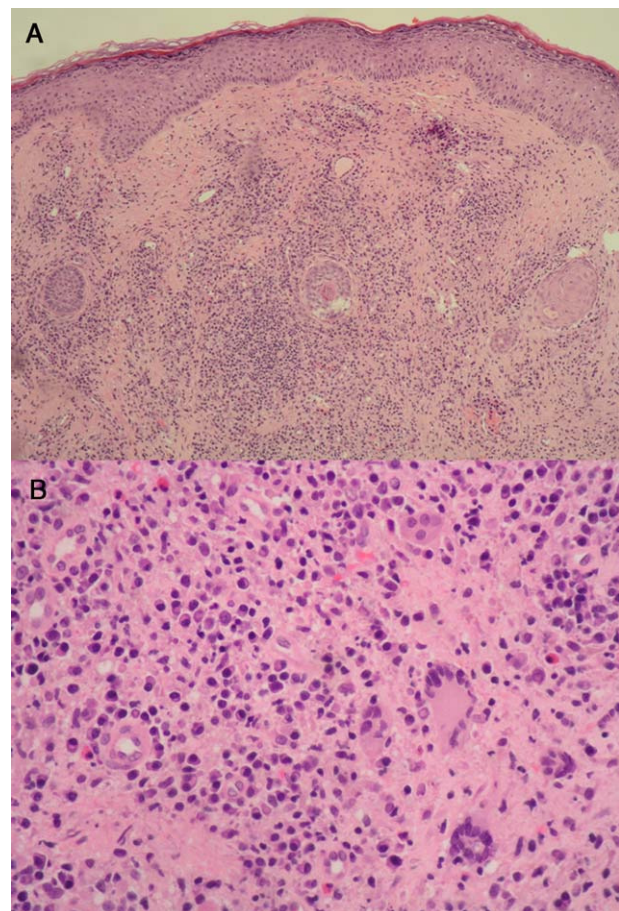
generalmente denominamos cuerpos extraños a aquellos compuestos inorgánicos o materiales orgánicos de alto peso molecular que resisten a la degradación de las células inflamatorias<sup>1</sup>. Una de las vías de entrada de estas sustancias es la iatrogénica mediante procedimientos quirúrgicos, como las reacciones a cuerpo extraño por material de sutura<sup>2</sup>.

Se presenta el caso de un varón de 87 años de edad con antecedentes de carcinoma de próstata, fibrilación auricular, hipertensión arterial y bronquitis crónica, que 30 años atrás fue intervenido por un proceso neoplásico maligno catalogado en su hospital de origen como linfoma NK nasal, del que no disponemos de información adicional. En marzo de 2010 consultó por presentar un elemento excrescente, de 5 meses de evolución, en el puente nasal, sobre una cicatriz antigua. A la exploración se observó una placa eritematosa, perlada, de 1,5 cm de diámetro máximo que se adhería a plano profundo (fig. 1) y en la dermatoscopia presentaba telangiectasias ramificadas y áreas azul-grisáceas.

Con la sospecha clínica de carcinoma basocelular, y para descartar una posible recidiva del proceso linfoproliferativo, se realizó una biopsia de la lesión que nos reveló, en el mismo acto quirúrgico, la presencia de un alambre de sutura de acero inoxidable (fig. 1).

Se reinterrogó al paciente que relató que en una de las intervenciones previas, y para reconstruir la anatomía nasal, se realizó un injerto con hueso propio de la cadera. Realizamos un estudio radiográfico que evidenció la presencia de otro alambre de sutura que servía para fijar una estructura ósea anómala que correspondía al injerto de cadera utilizado para la reconstrucción nasal (fig. 2).

El estudio histológico puso de manifiesto la presencia de un infiltrado inflamatorio difuso en la dermis compuesto predominantemente por células plasmáticas, linfocitos y ocasionales células gigantes multinucleadas (fig. 3). No existía afectación epidérmica ni tampoco se observaron granulomas bien constituidos. La celularidad linfoide no mostraba atipia y las técnicas de inmunohistoquímica descartaron la posible recidiva de una neoplasia linfoide. La



**Figura 3** A. Infiltrado inflamatorio difuso en la dermis. Epidermis sin alteraciones histológicas significativas (HE x25). B. El infiltrado inflamatorio era linfoplasmocitario y contenía aisladas células gigantes multinucleadas (HE x200).

biopsia, con la eliminación del alambre y sutura directa, supuso la resolución del cuadro.

El acero inoxidable es un material lo suficientemente fuerte, flexible, dúctil y biocompatible como para realizar la mayoría de los implantes en cirugía maxilofacial<sup>3</sup>. Además es barato y fácil de manipular, por lo que ha sido utilizado frecuentemente en forma de agujas, alambres y placas en la cirugía reconstructiva de la región facial. Actualmente ha sido sustituido por otros materiales, como los implantes de titanio<sup>4</sup>.

La reacción a cuerpo extraño por alambre de acero inoxidable es poco frecuente. Hay algunos casos descritos asociados a la degradación del alambre utilizado para la reconstrucción de esternotomías<sup>5</sup>. En estos la reacción aparecía en los meses posteriores a la intervención y los pacientes consultaban por dolor torácico atípico.

La aparición de la reacción 30 años después de la introducción del alambre es también infrecuente, y no se explica con los antecedentes del paciente, ya que no hubo ningún traumatismo ni manipulación reciente en la zona. Además el paciente no utilizaba gafas ni mascarilla de oxígeno. Un caso de reacción retardada similar fue descrito por Surov et al en 2006<sup>6</sup>. Estos autores presentaron a un varón de 84 años que, 60 años después de haber sido herido en el hombro por una granada en la Segunda Guerra Mundial, desarrolló una tumoración en la zona causada por una reacción a cuerpo extraño por los fragmentos de acero de dicha arma.

En conclusión, se describe una reacción a cuerpo extraño por alambre de acero inoxidable tres décadas después de su implantación. En este caso la lesión simulaba un carcinoma basocelular. La excepcionalidad del proceso, 30 años después del implante, sin traumatismo desencadenante previo, justifica esta presentación. La reacción a cuerpo extraño ha

de incluirse siempre en el diagnóstico diferencial de cualquier proceso cutáneo que se desarrolle sobre una cicatriz quirúrgica, aunque este aparezca muchos años después de la intervención.

## Bibliografía

1. Hirsh BC, Johnson WC. Pathology of granulomatous diseases. Foreign body granulomas. *Int J Dermatol*. 1984;23:531-8.
2. Abdallah MA. Foreign body reactions. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*, 94. Madrid: Elsevier; 2003. p. 1471-9.
3. Panje WR, Hetherington HE. Use of stainless steel implants in facial bone reconstruction. *Otolaryng Clin North Am*. 1995;28:341-9.
4. Sajjadian A, Rubins R, Naghshineh N. Current status of graft and implants in rhinoplasty: part I. Autologous graft. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125:40-9.
5. Eastridge CE, Mahfood SS, Walker WA, Cole Jr FH. Delayed chest wall pain due to sternal wire sutures. *Ann Thorac Surg*. 1991;51:56-9.
6. Surov A, Taege C, Behrmann C. A Delayed Complication after Injury in World War II. *N Engl J Med*. 2006;18:1963-4.

J. Neila<sup>a,\*</sup>, M. Perea<sup>a</sup>, J.J. Ríos-Martín<sup>b</sup> y F.M. Camacho<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Dermatología Médico Quirúrgica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: drneils@hotmail.com* (J. Neila).

doi:10.1016/j.ad.2011.03.017

## Embolia cutis medicamentosa (síndrome de Nicolau) tras inyección de acetato de glatirámico

### Embolia Cutis Medicamentosa (Nicolau Syndrome) After Glatiramer Acetate Injection

*Sr. Director:*

Las reacciones en el punto de inyección son las complicaciones más frecuentes de la mayoría de los tratamientos que se administran por vía subcutánea.

Presentamos una mujer de 31 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de asma e hidradenitis supurativa, ambos sin tratamiento actual, y esclerosis múltiple (EM) en su forma remitente-recurrente (EM-RR). Desde hace 4 años y medio la paciente realizaba tratamiento con inyecciones subcutáneas diarias de 20 mg de acetato de glatirámico (AG, Copolymero-1, Copaxone®, Sanofi-Aventis Barcelona, España).

Consultó en Urgencias por un dolor agudo en el momento de la inyección del acetato de glatirámico (AG) en el glúteo izquierdo que no presentaba en las inyecciones habituales,

junto con la aparición en la zona del pinchazo de una placa blanquecina que fue cambiando a eritematosa y necrótica en los 5 días siguientes.

A la exploración (fig. 1) se observaba en el glúteo izquierdo una placa eritemato-grisácea de unos 3 cm, de configuración geográfica, con un centro necrótico, borde eritemato-violáceo más marcado y morfología livedoide. En la zona más caudal de la lesión se apreciaba una costra redondeada, profunda y adherida de unos 8 mm.

Interrogando a la paciente esta realizaba de forma adecuada el protocolo de inyección: no repetía el mismo lugar de aplicación en menos de una semana, dejaba el fármaco a temperatura ambiente 20 minutos antes de su uso y colocaba la aguja en la posición adecuada. Además, había seguido inyectándose el tratamiento en los días siguientes en los muslos y el abdomen sin apreciar ninguna lesión en esos nuevos puntos de inyección. Refería un cuadro de características similares al actual en el mismo glúteo un año antes que se había resuelto sin tratamiento y que había dejado una zona de hipopigmentación residual.

Se realizó una biopsia de la zona periférica de la lesión cutánea del glúteo, en la que se observó una epidermis parcialmente necrosada con necrosis coagulativa del colágeno dérmico, necrosis grasa y presencia de algunos trombos de