

7. Cousen P, Colver G, Helbling I. Eruptive melanocytic naevi following melanotan injection. *Br J Dermatol.* 2009;5: 219-23.
8. Ellis R, Kirkham N, Seukeran D. Malignant melanoma in a user of melanotan I. *BMJ.* 2009. Rapid responses.
9. Paurobally D, Jason F, Dezfoulian B, Nikkels AF. Melanotan-associate melanoma. *Br J Dermatol.* 2011;164:1403-5.
10. Hueso L, Requena C, Serra-Guillen C, Alfaro A, Nagore E, Llobart B, et al. Nevos plantares múltiples posquimioterapia. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:327-9.
11. Affleck A. Consider underlying body dysmorphic disorder in users of melanotan. *Br J Dermatol.* 2010;162:459-60.

L. Hueso-Gabriel^{a,*}, L. Mahiques Santos^a, L. Terrádez Mas^b e N. Santonja López^b

^a *Servicio de Dermatología, Hospital de Manises, Valencia, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Manises, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luishueso@msn.com (L. Hueso-Gabriel).

doi:10.1016/j.ad.2011.10.001

Paniculitis sarcoidea fibrosante

Fibrosing Cutaneous Sarcoidosis

Sr. Director:

La sarcoidosis subcutánea supone entre el 1,4 y el 6% de las lesiones cutáneas atribuibles a la sarcoidosis siendo, por tanto, el subtipo de lesión específica sarcoidea menos frecuente¹. Afecta sobre todo a mujeres blancas entre la quinta y la sexta décadas de la vida y las lesiones características son nódulos firmes, redondeados o fusiformes, indoloros, en número variable, con tamaños entre 0,5 y 2 cm, principalmente localizados en los miembros superiores, de manera bilateral y asimétrica¹. Su diagnóstico requiere la demostración, en tejido subcutáneo, de granulomas epitelioides no caseificantes con ausencia de microorganismos¹.

Describimos el caso de una mujer de 78 años con antecedentes de asma intrínseco desde hacía tres años, que presentó un cuadro de sarcoidosis subcutánea con llamativa fibroplasia. La paciente acudió por la aparición, un año antes, de una «masa» en el antebrazo izquierdo, otra similar, un mes después, en el antebrazo derecho y desde hacía tres meses una más en el codo derecho. Según nos comentaban tanto ella como su familia, las lesiones se mantenían estables en tamaño y resultaban ligeramente dolorosas a la presión. No refería síntomas sistémicos, salvo artralgias ocasionales en los miembros superiores. En la exploración física se observaban dos nódulos, localizados en el antebrazo izquierdo y en la región cubital derecha, de 2,5 y 5 cm de diámetro, de consistencia dura, no adheridos a planos profundos y sin cambios epidérmicos. En el antebrazo derecho se observaba una lesión similar, de consistencia pétrea y no adherida a planos profundos (fig. 1 A y B). La biopsia del nódulo del codo derecho presentaba tejido esclerosado en el seno, del cual se reconocían abundantes granulomas sarcoideos, localizados en el tejido celular subcutáneo (figs. 2 y 3). Además, existía un discreto infiltrado linfocitario asociado y no se observaban focos de necrosis. Una ecografía del antebrazo derecho mostraba un área bien definida no encapsulada, ovalada, de 4,3 × 1,2 cm que no afectaba a planos musculares ni óseos y de aspecto ligeramente hiperecogénico, con áreas hipocóicas que le conferían un aspecto moteado en su interior. La placa de tórax revelaba un aumento de los hilios pulmonares

res que se confirmó con tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR), evidenciando además un infiltrado reticulonodular que abarcaba ambos pulmones. La espirometría mostró un patrón respiratorio obstructivo, con un cociente FEV₁/FVC del 66% de su valor de referencia. El electrocardiograma fue normal. El Mantoux fue negativo. En la analítica se observó un aumento de creatinina (2,08 mg/dl), así como un aumento del índice de excreción de calcio, de 0,64 (0,07-0,17 mg/dl), junto con disminución de la reabsorción tubular de fosfatos del 51 (79-89%). La vitamina D, la PTH, el calcio y el fósforo séricos y la enzima convertidora de angiotensina estaban dentro de la normalidad. No se encontraron alteraciones oftalmológicas. Con el diagnóstico clínico-patológico y radiológico de sarcoidosis, la paciente recibió tratamiento con prednisona 30 mg/24 horas durante un mes y medio, con importante mejoría de la clínica respiratoria, así como disminución del tamaño de las lesiones cutáneas.

Los nódulos de sarcoidosis subcutánea son clínicamente bastante inespecíficos, aunque Pérez-Cejudo et al. destacaron que pueden adoptar una conformación alargada sin llegar a ser cordones, como sucede en la dermatitis granulo-

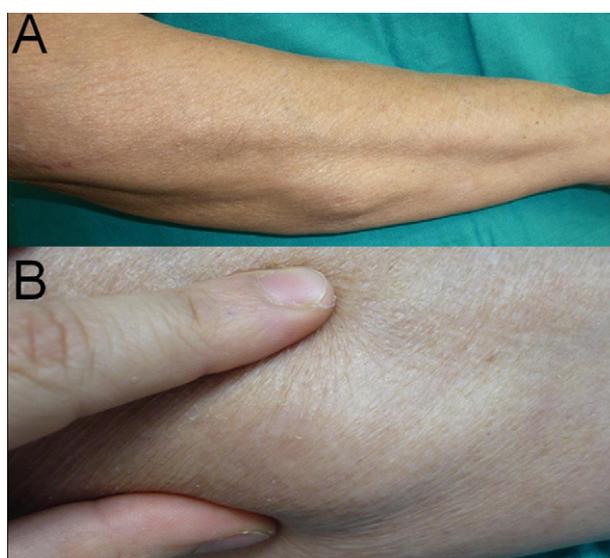


Figura 1 A. Presencia de un nódulo color piel de bordes bien definidos y consistencia firme. B. Detalle de la lesión: ausencia de cambios epidérmicos.

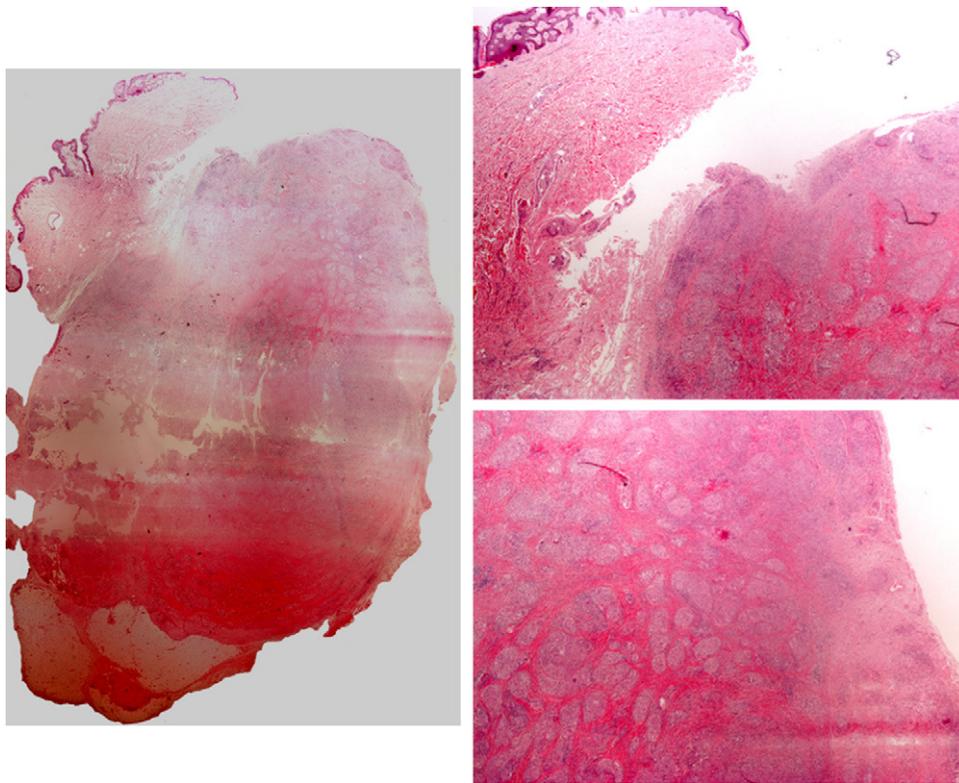


Figura 2 Izquierda: macromicrofotografía (imágenes de H-E x2 ensambladas con Photomerge®): epidermis y dermis normal. Lesión nodular subcutánea compuesta de granulomas sarcoides y acompañada por fibroplasia perigranulomatosa. Derecha: H-E x2: imágenes representativas de la zona de aspecto nodular.

matosa intersticial con artritis². No obstante, por su carácter nodular, hay que hacer diagnóstico diferencial con entidades como enfermedades de depósito, quistes, lipomas, calcinosis, nódulos reumatoides, metástasis, tuberculosis, celulitis e incluso carcinoma de mama¹.

Histopatológicamente, hay pocos estudios sobre la sarcoidosis subcutánea, sugiriendo que se trata de una paniculitis predominantemente lobulillar^{3,4}. Por ello, hay que diferenciarla de otras paniculitis granulomatosas lobulillares como la fiebre Q⁵. Además, por su carácter granulomatoso, también hay que diferenciar la paniculitis sarcoides de ciertas paniculitis granulomatosas septales, a veces de origen medicamentoso^{6,7} o postraumático⁸, y del eritema nudoso, que aunque está clasificado en el grupo de las paniculitis predominantemente septales, cuando presenta granulomas epitelioides puede dar una imagen histopatológica similar a la englobada por algunos autores bajo el término de «paniculitis predominantemente lobulillar granulomatosa y fibrosante»⁹. La presencia de fibroplasia en la sarcoidosis subcutánea, aunque es una característica no mencionada en la mayoría de los libros de texto, es característica y no es algo inesperado, ya que las lesiones pulmonares de sarcoidosis suelen presentarla de manera extensa⁹. Respecto al principal diagnóstico diferencial, el eritema nudoso con granulomas epitelioides, la sarcoidosis subcutánea presenta un infiltrado inflamatorio que suele ser de predominio lobulillar y no septal, con más componente granulomatoso que fibroplasia, y la fibroplasia localizada habitualmente de forma perigranulomatosa, sin que se observen granulomas radiales de

Miescher y resultando excepcional que en el infiltrado inflamatorio acompañante se observen eosinófilos o neutrófilos⁹.

Hasta el momento no se sabe si la intensidad de la fibroplasia se relaciona con la duración de las lesiones o con la intensidad de los infiltrados linfocitarios⁹, pero la paniculitis fibrosante granulomatosa puede ser considerada como un hallazgo histológico altamente específico de sarcoidosis subcutánea¹⁰.

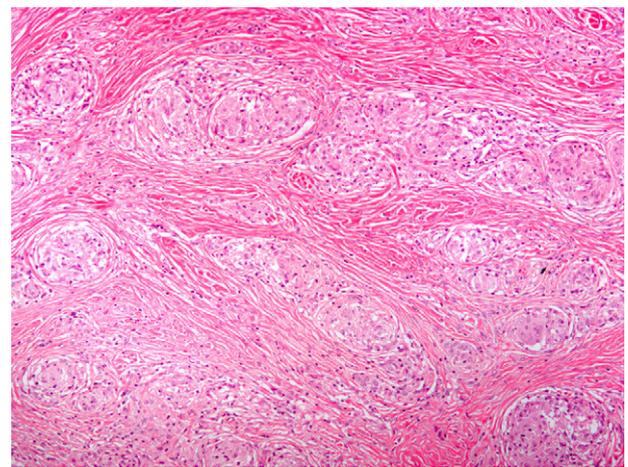


Figura 3 H-E x10. Detalle de la lesión. Granulomas bien definidos que predominan sobre la llamativa fibroplasia que los rodea.

Bibliografía

1. Marcoval J, Moreno A, Mana J, Peyri J. Subcutaneous sarcoidosis. *Dermatol Clin*. 2008;26:553-6.
2. Pérez-Cejudo JA, Piqué E, Palacios SL, Martínez-Martin M. Sarcoidosis subcutánea, lesiones nodulares que adoptan configuraciones cordonales o en bandas. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:223-4.
3. Mangas C, Fernández-Figueras MT, Fite E, Fernández-Chico N, Sabat M, Ferrandiz C. Clinical spectrum and histological analysis of 32 cases of specific cutaneous sarcoidosis. *J Cutan Pathol*. 2006;33:772-7.
4. Marcoval J, Mana J, Moreno A, Peyri J. Subcutaneous sarcoidosis: clinicopathological study of 10 cases. *Br J Dermatol*. 2005;153:790-4.
5. Galache C, Santos-Juanes J, Blanco S, Rodriguez E, Martinez A, Soto J. Q fever: a new cause of 'doughnut' granulomatous lobular panniculitis. *Br J Dermatol*. 2004;151:685-7.
6. Dalmau J, Roe E, Puig L, Alomar A. Granulomatous septal panniculitis associated with capecitabine (Xeloda). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:121-2.
7. Kalayciyan A, Makosz T, Assaf C, Geilen CC, Orfanos CE. Trastuzumab-induced cytoplasmic anti-neutrophilic cytoplasmic antibody necrotizing granulomatous panniculitis. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:249-51.
8. Davis MD, Wright TI, Shehan JM. A complication of mesotherapy: noninfectious granulomatous panniculitis. *Arch Dermatol*. 2008;144:808-9.
9. Resnik KS. The findings do not conform precisely: fibrosing sarcoidal expressions of panniculitis as example. *Am J Dermatopathol*. 2004;26:156-61.
10. Resnik KS. Subcutaneous sarcoidosis histopathologically manifested as fibrosing granulomatous panniculitis. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:918-9.

M. Llamas-Velasco*, A. Godoy, J. Fraga y J. Sánchez-Pérez

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.2011.06.009

Lesiones costrosas y pustulosas después de aplicar crioterapia

Crusted Pustular Lesions After Cryotherapy

Sr. Director:

Se trata de una mujer de 84 años de edad visitada en el Servicio de Dermatología por presentar queratosis actínicas faciales tratadas con crioterapia en varias ocasiones. Entre sus antecedentes personales destaca un adenocarcinoma gástrico intervenido mediante gastrectomía hace más de 30 años.

Acudió a nuestra consulta por presentar, desde hacía tres meses, lesiones pustulosas y costrosas persistentes localizadas en la frente y que aparecieron tras la aplicación de nitrógeno líquido (fig. 1). Una biopsia mostraba múltiples pústulas con inflamación aguda y presencia de gran cantidad de hifas septadas de unos 2 µm de diámetro con ramificaciones dicotómicas en ángulo de 45° (figs. 2 y 3). El cultivo de una de las lesiones reveló el crecimiento de *Aspergillus niger* y *Klebsiella oxytoca*.

Se solicitaron analíticas completas que estaban dentro de los rangos de normalidad, exceptuando anemia ferropénica. Una radiografía de tórax no mostró masas ni infiltrados.

Se estableció el diagnóstico de aspergilosis cutánea primaria tras quemadura por crioterapia en una paciente inmunocompetente y se pautó tratamiento según antibiograma con ciprofloxacino oral (500 mg/12 horas) durante dos semanas e itraconazol oral (100 mg/12 horas) durante mes y medio, con resolución de las lesiones y negativización de los cultivos.

Aspergillus es un hongo filamentoso que se encuentra en zonas húmedas o con materia orgánica en descomposición¹. Es uno de los más ubicuos, ya que puede soportar un amplio

rango de temperaturas y produce una alta cantidad de conidias, lo que facilita su diseminación aérea. Forma parte de la flora habitual de los exteriores y también suele encontrarse en los hospitales, a los que accede a través de las ventanas y los conductos de ventilación. Puede provocar un fenómeno de hipersensibilidad alérgico o producir una infección local o diseminada, comportándose como un patógeno oportunista. Las principales vías de entrada son la inhalación de esporas o la penetración de las mismas en cirugías, procedimientos médicos invasivos o soluciones de continuidad en la piel.

La aspergilosis cutánea primaria es una infección crónica de la piel sin que exista evidencia de afectación de otros órganos. Es una entidad muy poco frecuente debida a la inoculación directa del hongo en una piel previamente dañada. Suele afectar a neonatos prematuros² y a pacientes inmunocomprometidos, siendo mucho más rara en



Figura 1 Lesiones pustulosas y costrosas en la frente después de aplicar crioterapia.