



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.actasdermo.org



## CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

### Osteoma cutáneo múltiple secundario en paciente con foliculitis decalvante



#### Multiple Secondary Cutaneous Osteomas in a Patient With Folliculitis Decalvans

Sra. Directora:

El diagnóstico de las enfermedades del cabello y el cuero cabelludo se basa, en la mayoría de las ocasiones, en el reconocimiento de signos clínicos. A veces dichos signos no son característicos y tenemos que recurrir a técnicas más invasivas como el tricograma o la biopsia<sup>1</sup>. El estudio histológico del cuero cabelludo es a menudo difícil de interpretar y a veces no concluyente. Por otro lado, la dermatoscopia es una técnica diagnóstica no invasiva que facilita el diagnóstico de muchas de las alteraciones del pelo<sup>2</sup>.

En este artículo comentamos un caso de una foliculitis decalvante que desarrolló un osteoma cutáneo (OC) secundario en las zonas de alopecia cicatricial.

Varón de 45 años de edad, sin antecedentes personales de interés, en seguimiento por el servicio de dermatología debido a una alopecia cicatricial en cuero cabelludo de 9 años de evolución. Había realizado tratamiento, sin éxito, con corticoides y antibióticos tópicos, e hidroxycloquina oral.

A la exploración física observamos una placa de alopecia cicatricial que afectaba al vértex y áreas frontal y parietal. En los márgenes de la placa presentaba pápulas y pústulas foliculares, y foliculitis en penacho (fig. 1). A la dermatoscopia apreciamos politricia, pústulas foliculares y áreas rojo-lechosas con pérdida de orificios foliculares (fig. 2A). El estudio histopatológico mostró en dermis un infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso histiocitario perifolicular. En dermis reticular dicho infiltrado ocupaba la localización de los tallos pilosos (fig. 2B).

En el área de alopecia cicatricial presentaba numerosas lesiones papulosas blancas de menos de 2 mm de diámetro (fig. 1), cuya imagen dermatoscópica evidenciaba únicamente áreas blanquecinas (fig. 2C). El estudio histopatológico mostró tejido óseo maduro con médula ósea inmerso en el colágeno dérmico y el tejido celular

subcutáneo (fig. 2D). El TAC craneal evidenció lesiones cutáneas puntiformes de alto valor de atenuación en relación con calcio (fig. 3A). Cuanto más alto era el corte más lesiones se visualizaban. En la imagen en 3D se veían las lesiones a nivel frontal y parietal (fig. 3B). Y en otra más superficial se apreciaba su localización a nivel cutáneo (fig. 3C). Los estudios analíticos incluido Ca (Ca en orina de 24 h), P, PTH y 25-hidroxi-vitamina D fueron normales.

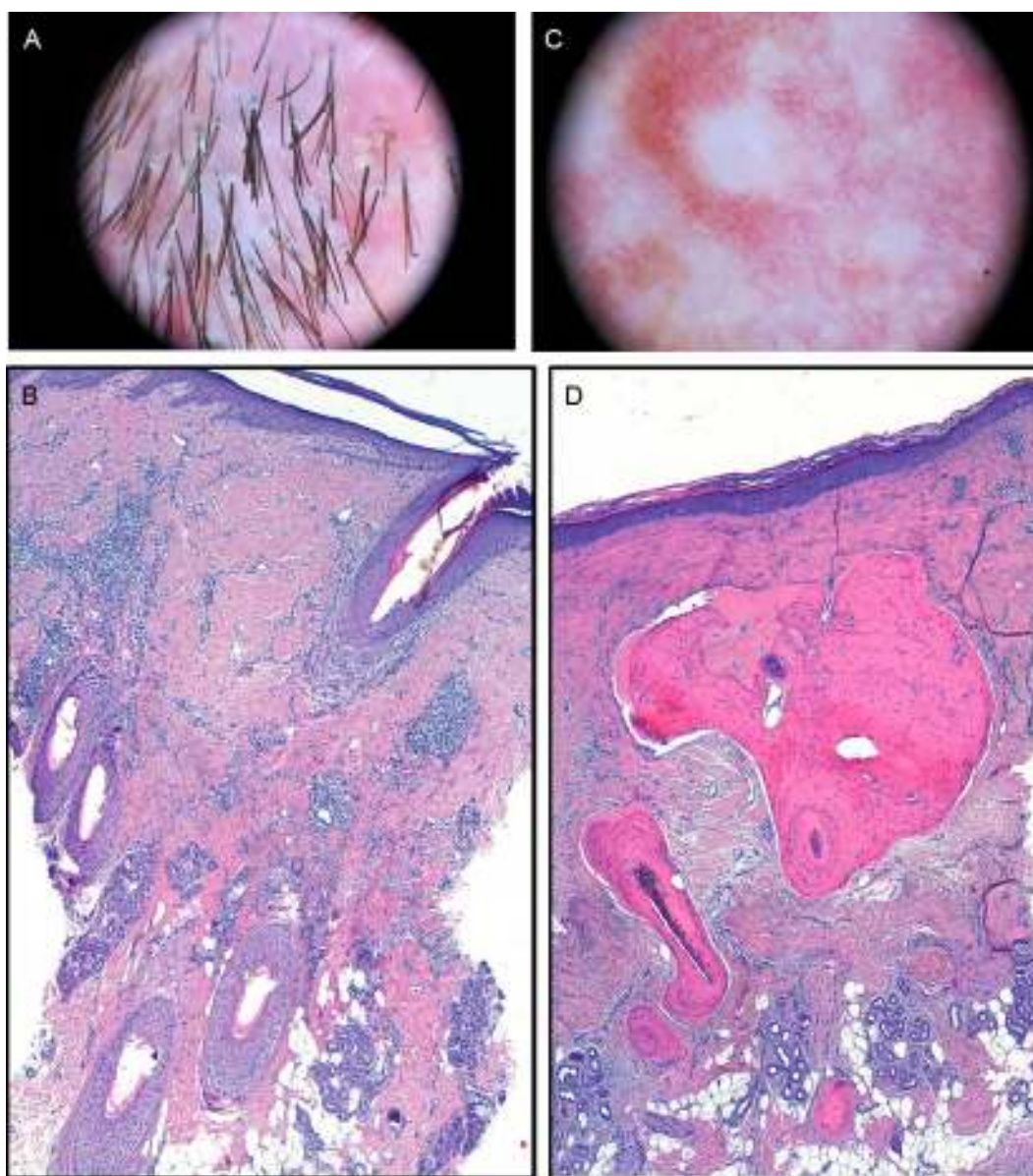
Con el diagnóstico de foliculitis decalvante se pautó la combinación de rifampicina y clindamicina orales. Dado que las lesiones de OC eran asintomáticas, el paciente prefirió no realizar tratamiento.

La foliculitis decalvante es una alopecia cicatricial neutrofílica, más frecuente en varones jóvenes o adultos de edad media. Su etiología se relaciona con una infección por *Staphylococcus aureus*, alteraciones inmunitarias y una predisposición genética. Se presenta en el vértex y el área occipital en forma de una o varias placas de alopecia cicatricial, irregulares, atróficas, de crecimiento lento y con datos de actividad en el margen. Es típica la presencia de foliculitis en penacho que le da un aspecto de «pelo de muñeca»<sup>3–5</sup>.

Algunos hallazgos dermatoscópicos característicos de esta entidad son la salida de múltiples pelos de un solo



**Figura 1** En área parietal y vértex, placa de alopecia cicatricial con numerosas lesiones papulosas blancas en su interior (→), y pápulas y pústulas foliculares, y foliculitis en penacho en sus márgenes (▲).



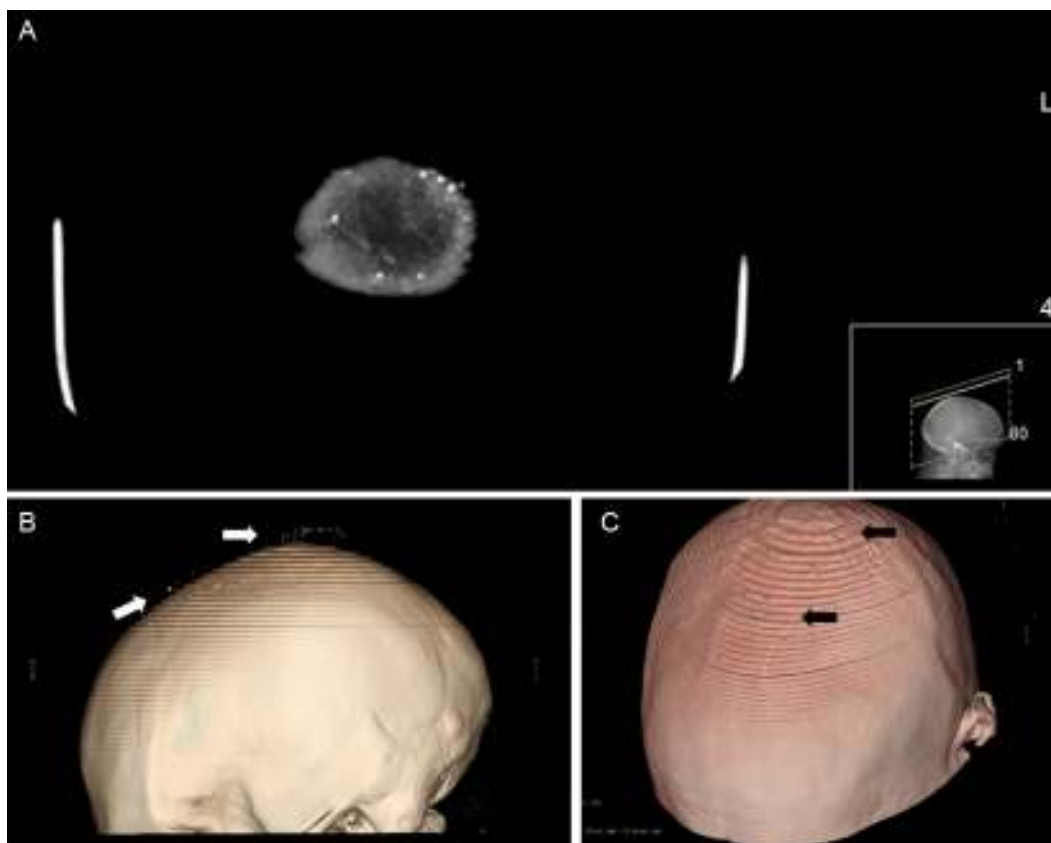
**Figura 2** A) Imagen dermatoscópica. Politriquia, pústulas foliculares y áreas rojo-lechosas con pérdida de orificios foliculares. B) En dermis, infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso histiocitario perifolicular (hematoxilina-eosina  $\times 100$ ). C) Imagen dermatoscópica. Áreas blanquecinas. D) Tejido óseo maduro con médula ósea inmerso en colágeno dérmico y tejido celular subcutáneo (hematoxilina-eosina  $\times 100$ ).

orificio folicular dilatado (politriquia), eritema, costras y escamas perifoliculares, y áreas rojo-lechosas sin orificios foliculares<sup>6</sup>. Histopatológicamente, en las fases iniciales, se observa dilatación infundibular y un infiltrado neutrofílico intrafolicular y perifolicular en las partes superiores y medias del folículo. En fases avanzadas se afecta todo el folículo y además de los neutrófilos se aprecian linfocitos, histiocitos, células plasmáticas y células gigantes multinucleadas. Finalmente, los tractos fibrosos sustituyen los folículos pilosos<sup>7</sup>.

En la osificación cutánea, los depósitos de Ca y P se disponen de forma organizada como si fuese hueso normal. Clínicamente, las lesiones son duras, y el estudio

histopatológico muestra una proliferación de tejido óseo con osteoblastos y a veces osteoclastos. Se clasifica en formas primarias o secundarias en función de la ausencia o presencia de una lesión cutánea previa. Estas últimas son más frecuentes y se han relacionado, entre otras, con cicatrices y procesos inflamatorios, cuadros en los que se podría incluir la foliculitis decalvante. A diferencia de la osificación, en la calcificación cutánea la fase mineral se deposita de forma desorganizada y el material es blando y pastoso<sup>8</sup>.

En este caso el diagnóstico diferencial debe establecerse con otros tipos de OC, como el OC en placa, forma primaria e idiopática que suele presentar lesiones tipo placa en cuero cabelludo, aunque inicialmente se consideró un proceso



**Figura 3** TAC craneal. A) Lesiones cutáneas puntiformes de alto valor de atenuación. B) Imagen en 3D, lesiones a nivel frontal y parietal (→). C) Imagen en 3D más superficial, localización cutánea de las lesiones (→).

congénito, se han descrito casos adquiridos<sup>9</sup>; y el OC miliar múltiple, forma primaria o asociada a acné, caracterizada por múltiples pápulas duras distribuidas fundamentalmente en área facial, pero también en cuero cabelludo<sup>10</sup>.

El tratamiento del OC no está claramente definido, y dado que las lesiones habitualmente son asintomáticas y permanecen sin generar complicaciones, este suele realizarse por motivos estéticos. En las lesiones de OC miliar múltiple se ha utilizado, en ocasiones de forma combinada, la extirpación quirúrgica, la incisión con aguja u hoja de bisturí, la biopsia en sacabocados, el curetaje, la laserterapia (láser erbio:YAG y láser CO<sub>2</sub>), la dermoabrasión, los retinoides sistémicos y tópicos (tretinoína), los bifosfonatos y la antibioterapia oral<sup>10</sup>.

En conclusión, el caso trata de un varón con una foliculitis decalvante y un OC múltiple secundario, asociación que no hemos encontrado descrita en la literatura, y cuya clínica simula un OC en placa o miliar múltiple en cuero cabelludo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Serrano-Falcón C, Fernández-Pugnaire MA, Serrano-Ortega S. Evaluación del pelo y cuero cabelludo: tricograma. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:867–76.
- Ferrándiz L, Moreno-Martínez D, Peral-Rubio F, Camacho Martínez FM. Tricoscopia. *Piel (Barc).* 2011;26:323–9.
- Lattouf C, Tosti A. Alopecias cicatriciales neutrofílicas. En: Camacho FM, Tosti A, editores. *Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo.* Grupo Aula Médica; 2013. p. 1021–8.
- Vañó-Galván S, Molina-Ruiz AM, Fernández-Crehuet P, Rodríguez-Barata AR, Arias-Santiago S, Serrano-Falcón C, et al. Folliculitis decalvans: A multicentre review of 82 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:1750–7.
- Bunagan MJ, Banka N, Shapiro J. Retrospective review of folliculitis decalvans in 23 patients with course and treatment analysis of long-standing cases. *J Cutan Med Surg.* 2015;19:45–9.
- Rocha Fabris M, Pereira Melo C, Fernandes Melo D. Folliculitis decalvans: The use of dermatoscopy as an auxiliary tool in clinical diagnosis. *An Bras Dermatol.* 2013;88:814–6.
- Bernárdez C, Molina-Ruiz AM, Requena L. Histopatología de las alopecias. Parte II: alopecias cicatriciales. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:260–70.
- Urbina F, Pérez L, Sudy E, Misad C. Calcificación y osificación cutánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:255–69.
- Orme CM, Hale CS, Meehan SA, Long W. Plate-like osteoma cutis. *Dermatol Online J.* 2014;20:1.
- Ma HJ, Jia CY, Yang Y, Song LJ, Hu R, Li TH. Primary multiple miliary osteoma cutis: An unusual Chinese case. *Int J Dermatol.* 2014;53:73–5.

B. Monteagudo<sup>a,\*</sup>, A. Varela-Veiga<sup>a</sup>, J.Á. Vázquez-Bueno<sup>b</sup> y A.M. Porta<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

<sup>c</sup> Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

[benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es](mailto:benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es) (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.017>

## Acropigmentación dorsal por elaboración de mojitos: una fitofotodermatosis por lima



## Acropigmentation of the Dorsum of the Hands From Preparing Mojitos: A Lime-Induced Phytophotodermatosis

Sra. Directora:

La fitofotodermatosis fue descrita en 1942 por Klaber como una reacción cutánea a la exposición solar tras el contacto previo con plantas, por reacción fototóxica a furocumarinas y derivados de las antraquinonas<sup>1</sup>. Las especies vegetales que más comúnmente causan este tipo de reacción son el apio (familia umbelífera), seguido de la lima y el limón (familia de las rutáceas).

Se presenta una serie de 9 pacientes cuyas características epidemiológicas se definen en la [tabla 1](#) con manifestaciones clínicas similares consistentes en pigmentación irregular homogénea en dorso de manos ([figs. 1 y 2](#)). La edad media

fue de 25,5 años, el rango de 14-41 años y la desviación típica de 9,8 años. Las lesiones fueron asintomáticas con ausencia de signos de eczema, todos los pacientes presentaban como antecedente común a su aparición la preparación de mojitos, con un intervalo variable de 7-14 días en la mayoría de los casos. Como dato curioso, referir que ningún paciente relacionó la aparición de sus lesiones con la elaboración de combinados, siendo unánime la sorpresa al ser preguntado si había realizado esta bebida días antes.

Proponemos la denominación acropigmentación dorsal por elaboración de mojitos para definir una variante de



**Figura 1** Hiperpigmentación homogénea en dorso del primer dedo de ambas manos, asintomáticas, que se iniciaron varios días tras realizar mojitos en una fiesta en la playa.



**Figura 2** Hiperpigmentación irregular en dorso de ambas manos que aparecieron 3 días después de la manipulación de mojitos en una boda y exposición franca al sol en unos jardines colindantes.