

de pelos conservados en la línea de implantación pilosa original que le da un aspecto anular.

En conclusión, hemos presentado un nuevo caso de crecimiento concéntrico «en diana» del pelo, una forma de repoblación pilosa paradójica de la AA, posiblemente infra-diagnosticada, que debe ser reconocida para evitar su confusión con otros tipos de alopecia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Moreno-Giménez JC. Alopecia androgenética. *Piel*. 2006;21:1–3.
2. Serrano-Falcón C, Fernández-Pugnaire MA, Serrano-Ortega S. Evaluación del pelo y cuero cabelludo: tricograma. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:867–76.
3. Camacho FM. Alopecia areata. *Epidemiología. Cuadros clínicos. Repoblación. Evolución. Pronóstico*. En: Camacho FM, Tosti A, editores. *Tricología. Enfermedades del folículo pilosebáceo*. Grupo Aula Médica; 2013. p. 721–42.
4. Priego-Recio CM, Rodríguez-Pichardo A, Camacho-Martínez FM. Unusual forms of alopecia areata in a Trichology Unit. *J Eur Acad Dermatol*. 2014;28:1394–6.

5. Tan RS, Delaney TJ. Circular regrowth in alopecia areata. *Br J Dermatol*. 1975;92:233–4.
6. Orecchia G, Rabbiosi G. Patterns of hair regrowth in alopecia areata. *Dermatologica*. 1988;176:270–2.
7. El-Dars LD, Kamath S, Logan R. Targetoid pattern of hair regrowth in alopecia areata: A case report. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34:413.
8. del Río E. Targetoid hair regrowth in alopecia areata: The wave theory. *Arch Dermatol*. 1998;134:1042–3.
9. Eckert J, Church RE, Ebling FJ. The pathogenesis of alopecia areata. *Br J Dermatol*. 1968;80:203–10.
10. Li J, Sinclair R. Clinical observations in alopecia areata: Implications and hypotheses. *Australas J Dermatol*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1111/ajd.12227> [Epub ahead of print].

B. Monteagudo*, O. Suárez-Magdalena,
D. González-Vilas y Ó. Suárez-Amor

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.08.009>

Imagen ecográfica del hidradenoma poroide



Ultrasound Image of Poroïd Hidradenoma

Sra. Directora:

Se presenta a una mujer de 57 años alérgica a codeína, diagnosticada de osteoporosis, hipertensión arterial, rinitis alérgica y ansiedad, en tratamiento con metamizol, enalapril/hidroclorotiazida, ebastina y alprazolam, respectivamente. Consultaba por una lesión asintomática y estable, de unos 4 años de evolución, localizada en el muslo derecho, que no había tratado. A la exploración física se observaba una pápula de 7 mm, eritematosa y descamativa con una costra hemática central (fig. 1A) en la cara externa de la zona distal del muslo derecho, que presentaba en profundidad una lesión elástica de 15 mm de diámetro (fig. 1B).

Se realizó una ecografía dermatológica de alta frecuencia (15 MHz) (fig. 2A) para determinar si ambas lesiones eran independientes o si, al contrario, se trataba de la misma lesión. La ecografía en modo B mostraba una lesión bien delimitada hipoecoica, localizada en el tejido celular subcutáneo (TCS), de apariencia quística con un área ligeramente más ecogénica en el lado derecho de la misma. Justo encima de esa lesión quística y en contacto con ella, se observaba una lesión dérmica hipoecoica excrecente bien delimitada. La línea epidérmica estaba engrosada. El Doppler mostraba vasos en la periferia de la lesión, pero no en su interior (fig. 2B). Estos hallazgos apoyaban la impresión clínica de

que se trataba de una misma lesión, por lo que fue extirpada en bloque.

El estudio histopatológico mostró una lesión nódular sólido-quística que ocupaba la dermis (fig. 3A) y, focalmente, conectaba con la epidermis (fig. 3B). El nódulo estaba compuesto por células poroides con el núcleo redondeado u ovalado, dotado de un pequeño nucléolo y escaso citoplasma (fig. 3C) entre las que se observaban algunas células cuticulares de mayor tamaño, que con frecuencia delimitaban luces ductales (fig. 3D). No se evidenció atipia celular, mitosis o necrosis. Estos hallazgos permitieron hacer el diagnóstico de hidradenoma poroide (HP).

El HP es una variante del poroma ecrino, que pertenece al grupo de las neoplasias poroides descritas en 1990 por Abe-noza y Ackerman¹. Estos autores describieron las 4 variantes histológicas del poroma ecrino: hidroacantoma simple (HS), poroma clásico (PC), tumor del conducto dérmico (TCD) y el tumor que nos ocupa, el HP.

Hasta la fecha se han descrito alrededor de 50 casos de HP. La edad de los pacientes oscila entre los 13 y los 86 años, con un pico en la 6.^a o 7.^a década de la vida^{2,3}, y con una discreta predilección por el sexo femenino.

El tumor se presenta clínicamente como una lesión solitaria, sin preferencia por una localización anatómica, pero no descrita en palmas ni en plantas. Las descripciones clínicas hablan de lesiones inespecíficas cutáneas o subcutáneas, nódulos polipoides o quistes de entre 1 y 2 cm, eritematosas, rojizas o azuladas, en algunos casos ulceradas².

Histopatológicamente muestra hallazgos estructurales de hidradenoma (áreas sólido-quísticas), y características

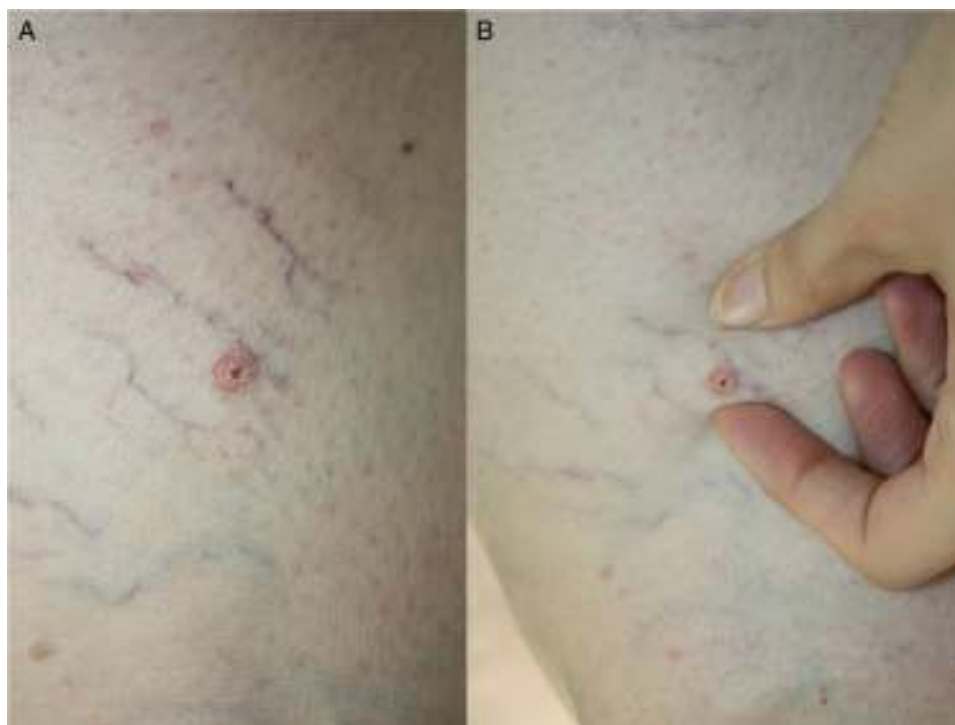


Figura 1 A) Pápula eritematosa en el muslo derecho sobre varículas en mujer con insuficiencia venosa crónica. B) Se aprecia el componente subcutáneo de la lesión.

citológicas de poroma (células poroides y cuticulares, las últimas con diferenciación ductal)⁴.

No hemos encontrado casos en la literatura consultada que describan la ecografía dermatológica del HP o de lesiones de aspecto similar, con un componente quístico y otro papuloso superficial. Nuestro caso, mostró hallazgos superponibles entre la ecografía y la histopatología: una lesión de aspecto quístico en conexión con la epidermis suprayacente, lo que sugería que se trataba de una lesión única.

El pronóstico es excelente, no se han descrito casos de malignidad en este tumor.

Debido a que es una neoplasia originada en la dermis⁵, la extirpación radical de la lesión completa es la técnica recomendada. La extirpación en bloque, como en el caso de nuestra paciente, con la epidermis suprayacente y el tejido adiposo de alrededor previene las recurrencias.

La ventaja que aportó la ecografía en esta paciente fue la correlación clínico-histopatológica y ecográfica: al



Figura 2 A) Ecografía dermatológica: lesión hipoeoica bien delimitada con una zona más hiperecogénica en el lado derecho de la imagen, que podría corresponder con la imagen histológica 3a. La lesión se localiza en el tejido celular subcutáneo, de apariencia quística, de 11,24 mm con refuerzo acústico posterior y sombras oblicuas laterales. B) Modo Doppler. Se observa vascularización en la periferia de la lesión pero no en su interior.

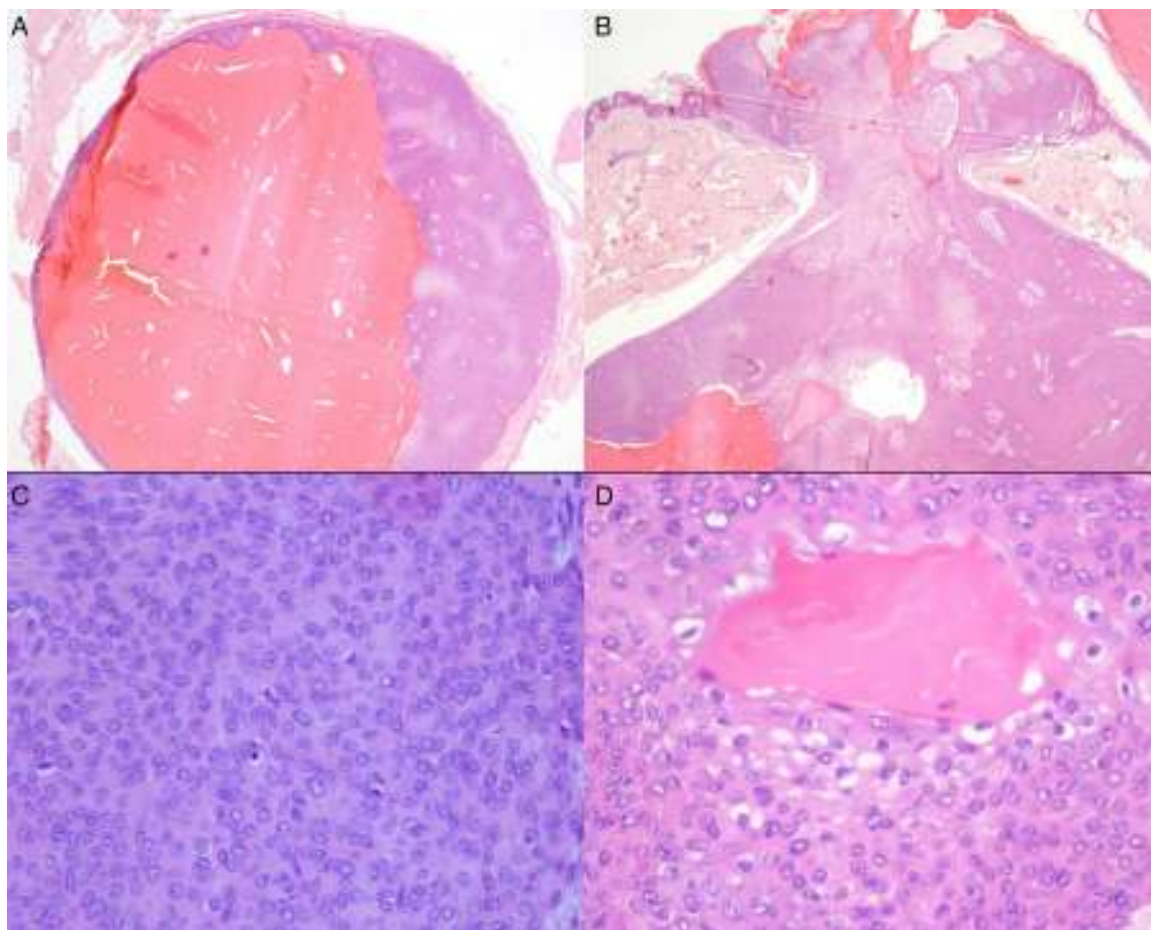


Figura 3 Histopatología: A) Lesión sólido-quística localizada en la dermis (HE $\times 20$). B) Imagen que muestra la conexión focal con la epidermis suprayacente (HE $\times 20$). C) Células poroides con escaso citoplasma y un núcleo redondo u ovalado dotado de un pequeño nucléolo (HE $\times 400$). D) Células cuticulares con citoplasma eosinófilo amplio revistiendo una luz ductal (HE $\times 400$).

confirmar la sospecha clínica de que se trataba de una lesión dérmica conectada con la epidermis y benigna (en la ecografía se observaba vascularización periférica) se planificó la cirugía de extirpación en bloque y sin márgenes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Abenzoa P, Ackerman B. Poromas. Neoplasms with eccrine differentiation. Philadelphia: Lea and Febiger; 1990. p. 113–85.
2. Battistella M, Langbein L, Peltre B, Cribier B. From hidrocantoma simplex to poroid hidradenoma: Clinicopathologic and immunohistochemic study of poroid neoplasms and reappraisal of their histogenesis. *Am J Dermatopathol*. 2010;32:459–68.
3. Cho S, Kim JS, Shin JH, Kim JH, Kim HJ, Whang KK, et al. Poroid hidradenoma. *Int J Dermatol*. 2001;40:62–4.
4. Monteagudo B, Iglesias B, de la Torre C, Paredes C, Vázquez-Blanco M, Ginarte M, et al. Hidroadenoma poroide. *Actas Dermosifiliograf*. 2005;96:398–9.
5. Delfino S, Toto V, Brunetti B, di Marino MP, Baldi A, Persichetti P. Poroid hidradenoma: A case report. *In Vivo*. 2007;21:905–7.

C. Martínez-Morán^{a,*}, R. Khedaoui^b, B. Echeverría-García^a y J. Borbujo^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmmoran@salud.madrid.org (C. Martínez-Morán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.07.018>