

invaginata, la pediculosis, las vainas peripilares y las pie-dras, entre otros¹⁰.

El tratamiento consiste en medidas generales como la higiene adecuada y el rasurado de la zona, junto con el control de la hiperhidrosis y el empleo de tratamientos tópicos (peróxido de benzoilo o antibióticos como eritromicina y clindamicina)^{1,3}.

En conclusión, la tricomicosis axilar es una entidad probablemente infradiagnosticada. La dermatoscopia es una técnica útil, rápida y barata para apoyar al diagnóstico clínico, al identificar signos característicos de esta entidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bonifaz A, Vázquez-González D, Fierro L, Araiza J, Ponce RM. Trichomycosis (trichobacteriosis): Clinical and microbiological experience with 56 cases. *Int J Trichology*. 2013;5:12-6.
2. Fernández-Crehuet P, Almazán-Fernández FM. Trichomycosis axillaris. *An Pediatr (Barc)*. 2015;12.
3. Ma DL, Vañó-Galván S. Images in clinical medicine. Trichomycosis axillaris. *N Engl J Med*. 2013;369:1735.
4. Rho NK, Kim BJ. A corynebacterial triad: Prevalence of erythrasma and trichomycosis axillaris in soldiers with pitted keratolysis. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58Suppl, 57S-8S.
5. Bapu NG, Chandrashekar L, Munisamy M, Thappa DM, Mohanan S. Dermoscopic findings of alopecia areata in dark skinned individuals: An analysis of 116 cases. *Int J Trichology*. 2014;6:156-9.
6. Puhan MR, Sahu B. Pseudofolliculitis corporis: A new entity diagnosed by dermoscopy. *Int J Trichology*. 2015;7:30-2.
7. Salim G, Zahra MF. Trichobacteriosis: Contribution of dermoscopy. *Dermatol Online J*. 2014;16:20.
8. Guiotoku MM, Ramos PM, Miot HA, Marques SA. Trichobacteriosis: Case report and dermoscopic study. *An Bras Dermatol*. 2012;87:315-6.
9. Bonifaz A, Ramírez-Ricarte I, Rodríguez-Leviz A, Hernández MA, Mena C, Valencia A. Tricomicosis (trichobacteriosis) en un infante. Aspectos microbiológicos, dermatoscópicos y ultraestructurales. *Rev Chil Pediatr*. 2016. En prensa.
10. Asz-Sigall D, Solís-Arias MP, Arenas R. Estructuras nodulares del pelo. *Dermatol Rev Mex*. 2015;59:411-20.

E. Rojas Mora*, A. Freitas Martínez, A. Hernández-Núñez y J. Borbujo Martínez

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

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: esterrojas@salud.madrid.org
(E. Rojas Mora).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.018>
0001-7310/

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Granuloma aséptico facial idiopático. Utilidad de la ecografía cutánea



Idiopathic facial aseptic granuloma: Usefulness of cutaneous ultrasound

Sra. Directora:

El granuloma aséptico facial idiopático (GAFI) es una entidad pediátrica de curso benigno, descrita inicialmente en 1999 como *pyodermite froide du visage*, dada su similitud con un absceso con escasos signos inflamatorios¹. Posteriormente en 2001, Roul et al. establecieron su denominación actual². Se caracteriza por la aparición de uno o varios nódulos eritematovioláceos, asintomáticos, localizados en las mejillas, sin factores predisponentes³. Presentamos un caso de GAFI haciendo hincapié en sus hallazgos ultrasonográficos, los cuales, asociados a una clínica compatible, nos permitirán un correcto diagnóstico, sin procedimientos innecesarios.

Niño sano de 2 años de edad, que consultó por 2 lesiones faciales asintomáticas de 4 meses de evolución. A la exploración física se observaron 2 nódulos eritematovioláceos en mejilla izquierda y párpado inferior derecho, de consistencia media de 1 y 3 cm de tamaño, respectivamente (fig. 1).

No presentaba dolor ni fluctuación a la palpación. No se identificaron adenopatías localregionales.

Los padres no referían sangrado, ulceración ni emisión de líquido purulento. Negaban picadura o traumatismo previo. En otro centro se habían realizado cultivos para bacterias, hongos y micobacterias, que fueron negativos, y se había



Figura 1 Nódulos eritematovioláceos asintomáticos en párpado inferior derecho y en mejilla izquierda.



Figura 2 Estudio ultrasonográfico del nódulo de la mejilla izquierda. Se observa una lesión dérmica, hipoeoica, ovalada, bien delimitada, sin depósitos de calcio en su interior.

indicado tratamiento con eritromicina oral y metronidazol tópico.

La ecografía cutánea (sonda 18MHz) del nódulo de la mejilla izquierda mostró una lesión dérmica de 1,37 × 0,24 cm de tamaño, hipoeoica, bien delimitada, sin refuerzo posterior. No presentaba señal doppler ni depósitos de calcio en su interior (fig. 2).

Con base en la historia clínica y en la exploración clínica y ecográfica se alcanzó el diagnóstico de GAFI. Las lesiones presentaron una mejoría progresiva (fig. 3), y se resolvieron espontáneamente al cabo de 8 meses.

El GAFI es más frecuente en niñas, con una media de edad de 42,3 meses⁴. El 90% de los casos se presentan como lesión única localizada dentro de un triángulo cuyos vértices son la comisura labial, el lóbulo auricular y el canto interno del ojo³.

Su etiopatogenia sigue siendo desconocida. Se ha relacionado con picaduras de insectos o traumatismos, aunque no se ha demostrado historia de inmunodeficiencia o enfermedades graves. No parece existir un desencadenante infeccioso, dado que los cultivos microbiológicos realizados son negativos, y dada la falta de respuesta al tratamiento

antibiótico. Se ha postulado una teoría embriogénica, por la cual el GAFI sería consecuencia de un proceso granulomatoso frente a un remanente embriológico derivado de la migración celular^{3,4}.

Algunos autores plantean la hipótesis de que el GAFI forma parte del espectro de la rosácea infantil, dadas su localización, asociación con chalazión de repetición y la buena respuesta, en algunos casos, a tratamientos empleados en la rosácea^{3,5}. En contra de ello iría el hecho de que el GAFI tiende a la resolución espontánea sin necesidad de tratamiento, algo no observado en la rosácea granulomatosa. Prey et al. establecen que los niños con GAFI tienen más riesgo de desarrollar rosácea infantil, sobre todo ocular, por lo que proponen una valoración oftalmológica anual para realizar un diagnóstico precoz⁶.

Los cultivos microbiológicos son sistemáticamente negativos, excepto si existe sobreinfección, la cual sospecharemos en caso de crecimiento repentino y rápido de la lesión^{3,4}. Histológicamente se caracteriza por una reacción granulomatosa crónica en dermis superficial y profunda, similar a la observada en los granulomas por cuerpo extraño o por micobacterias^{3,4}.

La ecografía cutánea puede ser una herramienta útil para confirmar el diagnóstico de GAFI. El patrón ecográfico habitual es el de una lesión dérmica, sólida, hipoeoica, de límites netos y sin depósitos de calcio¹. Solo en 2 casos se observó una lesión hiperecoica con centro hipoeoico, una de ellas con refuerzo posterior^{5,7}. El estudio en modo doppler fue negativo excepto en 2 casos^{7,8}. En nuestro caso, la ausencia de señal doppler puede estar en relación con el hecho de que la exploración ecográfica se llevó a cabo en una fase evolucionada de la lesión. Por tanto, la exploración doppler del GAFI puede depender del estadio evolutivo en el que esta se realice.

Ecográficamente el diagnóstico diferencial debe plantearse con el quiste epidérmico, lesión anecoica redondeada con refuerzo posterior y sombra acústica lateral; con el pilomatrixoma, lesión dérmica, redondeada, de centro heteroeoico con áreas hipereogénicas correspondientes a calcificaciones, rodeada por un halo hipoeoico; con el granuloma piogénico, lesión hipoeoica, ovalada, mal delimitada, con un vaso nutriente periférico e intenso flujo

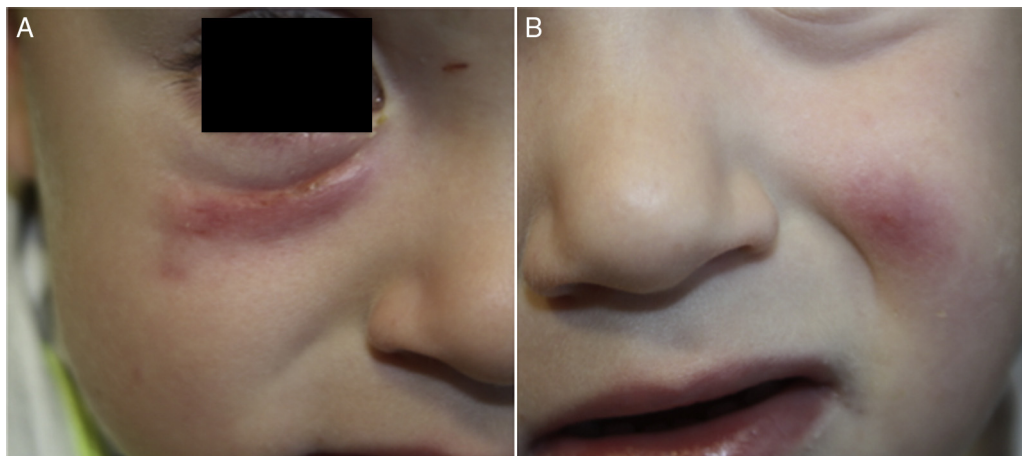


Figura 3 Evolución espontánea de las lesiones tras 4 meses. A) Párpado inferior derecho. B) Mejilla izquierda.

doppler en su interior; con el hemangioma infantil, lesión sólida, bien delimitada, hipoecoica, homogénea y con abundante vascularización; o con el absceso, lesión hipo- o anecoica, bien delimitada, con intenso flujo doppler y trayectos fistulosos lineales anecoicos que lo comunican con la epidermis⁹.

El diagnóstico diferencial clínico debe plantearse también con otros tumores benignos como quiste dermoide, xantogranuloma juvenil o nevus de Spitz; con procesos infecciosos bacterianos, fúngicos, por protozoos o micobacterias; con picaduras de insectos; con malformaciones arteriovenosas o con acné infantil noduloquístico paucisintomático^{3,10}.

Las lesiones tienden a curar espontáneamente sin dejar cicatriz tras una media de 11 meses³. Por lo general, la antibioterapia resulta ineficaz, aunque existen algunos casos con buena respuesta a macrólidos orales o a metronidazol tópico⁷.

Debemos incluir el GAFI dentro del diagnóstico diferencial de nódulos faciales adquiridos en la edad pediátrica. La historia clínica junto con los hallazgos clínicos, microbiológicos y ecográficos nos permitirán un diagnóstico precoz, así como evitar procedimientos agresivos e innecesarios para el paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Léaute-Labrèze C, Maleville J, Taïeb A. Dermatoses bactériennes. En: Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM, editores. *Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles*. 3.^a ed. París: Masson; 1999. p. 114–21.
- Roul S, Léaute-Labrèze C, Boralevi F, Bioulac-Sage P, Maleville J. Idiopathic aseptic facial granuloma (pyodermite froige du visage): A pediatric entity. *Arch Dermatol*. 2001;137:1253–5.
- Boralevi F, Léaute-Labrèze C, Lepreux S, Barbarot S, Mazereeuw-Hautier, Eschard C, et al. Idiopathic facial aseptic granuloma: A multicentre prospective study of 30 cases. *Br J Dermatol*. 2007;156:705–8.
- Satta R, Montesu MA, Biondi G, Lissia A. Idiopathic facial aseptic granuloma: Case report and literature review. *Int J Dermatol*. 2016. Epub ahead of print.
- Zitelli KB, Sheil AT, Fleck R, Schwentker A, Lucky AW. Idiopathic facial aseptic granuloma: Review of an evolving clinical entity. *Pediatr Dermatol*. 2015;32:e136–9.
- Prey S, Ezzedine K, Mazereeuw-Hautier J, Eschard C, Barbarot S, Boralevi F, et al. IFAG and childhood rosacea: A possible link. *Pediatr Dermatol*. 2013;30:429–32.
- Neri I, Raone B, Dondi A, Misciali C, Patrizi A. Should idiopathic facial aseptic granuloma be considered granulomatous rosacea. Report of three pediatric cases. *Pediatr Dermatol*. 2013;30:109–11.
- González-Rodríguez AJ, Jordá-Cuevas E. Idiopathic facial aseptic granuloma. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40:298–300.
- García-Martínez FJ, Muñoz-Garza FZ, Hernández-Martín A. Ecografía en dermatología pediátrica. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:76–86.
- Hiraldo-Gamero A, Vera-Casaño A, Sanz-Trélles A. Idiopathic facial aseptic granuloma. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:635–6.

I. Vázquez-Osorio*, C.C. Álvarez-Cuesta,
L. Rodríguez-González
y E. Rodríguez-Díaz

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rogivaos@gmail.com

(I. Vázquez-Osorio).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.017>
0001-7310/

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Sarcoma de Kaposi de tipo linfangiomatoso



Lymphangioma-like Kaposi sarcoma

Sra. Directora:

El sarcoma de Kaposi de tipo linfangiomatoso (SKTL) es una rara variante histológica del sarcoma de Kaposi, que puede ocurrir en cualquiera de las 4 variantes clínicas reconocidas. Es una neoplasia vascular que se desarrolla de forma secundaria a la infección por el virus herpes humano de tipo 8 (VHH-8) (también denominado virus del sarcoma de Kaposi). Clínicamente puede presentarse con las manifestaciones habituales de manchas, placas o nódulos, sin embargo, en algunos pacientes aparece como ampollas que pueden confundirse con enfermedades ampollas cutáneas.

Caso clínico

Un varón de 80 años, sin antecedentes de interés, presenta desde hace 5 años unas placas ovaladas eritematosas sobrelevadas, de 1-3 cm de diámetro que, en ocasiones, llegan a confluir, localizadas en miembros inferiores, superiores y en zona lumbar, y que han ido aumentando en número y tamaño. Dichas lesiones no son dolorosas ni pruriginosas. Durante la exploración destaca la presencia de ampollas flácidas, con contenido seroso de 1 cm de tamaño (fig. 1). Han sido abordadas con diferentes tratamientos tópicos, sin mejoría.

Se realizó un estudio analítico completo incluyendo hemograma y bioquímica, que muestra una anemia ferropénica. La serología para VIH fue negativa.

El estudio histopatológico mostró una epidermis conservada; destacaba una proliferación de espacios vasculares