

Los siringomas acrales son aquellos cuya localización se encuentra limitada a las zonas distales de las extremidades superiores y/o inferiores. Esta forma de presentación es un hallazgo muy infrecuente, con pocos casos publicados en la literatura (tabla 1)^{6,7}. En ellos se podrían señalar algunas características distintivas, como son su presentación en edades más avanzadas y su similar prevalencia en varones y en mujeres^{6,8}. La mayoría de los casos publicados no tienen afectación periorbitaria concomitante. Resaltamos la asociación, en algunos casos, con neoplasias malignas: tumor carcinoide pulmonar, melanoma cutáneo y carcinomas basocelulares, carcinoma de mama y leucemia promielocítica⁶⁻⁸. En nuestro caso se trataba de una mujer sana, asintomática y sin ninguna neoplasia conocida.

Es necesario incluir los siringomas en el diagnóstico diferencial de lesiones papulosas de localización acral, junto con el liquen plano, los quistes de *millium*, la urticaria pigmentosa, las verrugas planas o algunas fotodermatosis^{8,9}.

No es necesario instaurar ningún tratamiento dada la naturaleza benigna del proceso, aunque con frecuencia se demanda por motivos estéticos o sintomáticos. Entre las opciones terapéuticas disponibles se encuentran la exéresis quirúrgica, la electrocoagulación, la crioterapia, la ablación con láser, los retinoides tópicos o el ácido tricloroacético entre otras.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hughes PS, Apisarnthanarax P. Acral syringoma. *Arch Dermatol*. 1977;113:1435-6.
- Friedman SJ, Butler DF. Syringoma presenting as milia. *J Am Acad Dermatol*. 1987;16:310-4.

- Dupré A, Carrère S, Bonafé JL, Christol B, Lassère J, Tournon P. Syringomes éruptifs généralisés, grains de milium et atrophodermie vermiculée. *Syndrome de Nicolau et Balus*. *Dermatológica*. 1981;162:281-6.
- Klein W, Chan E, Seykora JT. Tumors of the epidermal appendages. En: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL Jr, Murphy GF, editores. *Lever's Histopathology of the skin*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 900.
- Henner MS, Shapiro PE, Ritter JH, Leffell DJ, Wick MR. Solitary syringoma: Report of five cases and clinicopathologic comparison with microcystic adnexal carcinoma of the skin. *Am J Dermatopathol*. 1995;5:465-70.
- Valdivielso-Ramos M, de la Cueva P, Gimeno M, Hernanz JM. Acral syringomas. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:458-60.
- Varas-Meis E, Prada-García C, Samaniego-González E, Rodríguez Prieto MA. Acral syringomas associated with hematological neoplasm. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017;83:136.
- Iglesias Sancho M, Serra Llobet J, Salleras Redonnet M, Sola Casas MA, Creus Vila L, Sánchez Regaña M, et al. Siringomas diseminados de inicio acral, aparecidos en la octava década. *Actas Dermosifiliogr*. 1999;90:253-7.
- Martín-García RF, Muñoz CM. Acral syringomas presenting as a photosensitive papular eruption. *Cutis*. 2006;77:33-6.

C. Gómez-de Castro^{a,*}, B. Vivanco Allende^b
y B. García-García^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: celiagomez_88@hotmail.com
(C. Gómez-de Castro).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.10.014>
0001-7310/

© 2017 AEDV.

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

Evaluación ecográfica de un eumicetoma subcutáneo ciliar en una paciente inmunodeprimida

Ultrasound Assessment of a Subcutaneous Eumycetoma of the Eyebrow in an Immunocompromised Patient

Sra. Directora:

Una mujer española de 74 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y un trasplante renal en 2013 por insuficiencia renal crónica secundaria a su diabetes, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus 1 mg/12 h, everolimus 1 mg/12 h y prednisona 5 mg/24 h, consultó en el servicio de dermatología por lesiones asintomáticas en región ciliar derecha de 2 meses de evolución y crecimiento progresivo. La paciente no refería antecedente



de traumatismo en la zona afectada. En la exploración física se evidenciaban 2 nódulos en ceja derecha de 1 cm de diámetro y del color de la piel vecina, no dolorosos a la palpación, sin signos de flogosis asociados (fig. 1A y B).

Se realizó una ecografía cutánea (Esaote MyLab[®] 25Gold, sonda de 18 MHz), la cual, en modo B, evidenció la presencia de 2 imágenes redondeadas subdérmicas, hipo/anecoicas, bien delimitadas, con refuerzo posterior y sombras laterales (fig. 1C). Con el modo Doppler color se apreciaba un aumento de flujo perilesional (fig. 1D). No se evidenció afectación de estructuras adyacentes como músculo y/o hueso. Bajo la sospecha de que las lesiones fueran quistes simples se decidió exéresis de las mismas y se remitieron muestras para estudio anatomopatológico y cultivo.

El estudio histológico reveló en la hematoxilina-eosina la presencia de granulomas con centro necrótico, asociados a hifas de aspecto tortuoso que se ponían en evidencia con las tinciones de PAS y plata (fig. 2). El cultivo de la lesión fue positivo para *Fusarium* sp, y el estudio mediante secuenciación por PCR identificó que se trataba de *Fusarium*

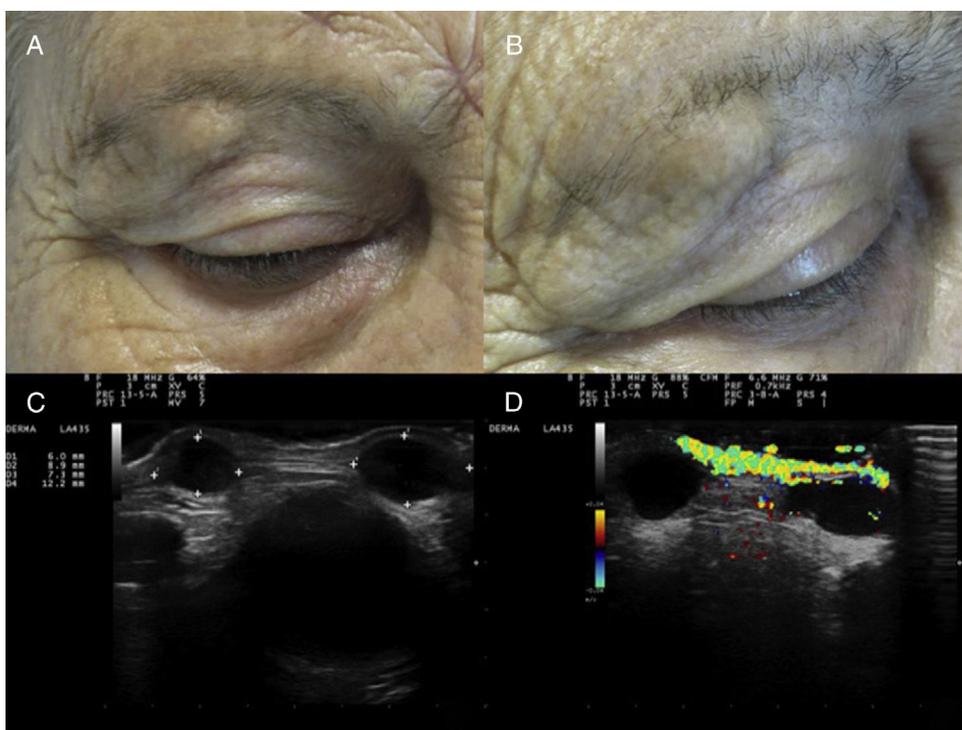


Figura 1 A y B) Dos nódulos en la ceja derecha, de 1 cm de diámetro y del color de la piel vecina, no dolorosos a la palpación, sin signos de flogosis asociados. C) Ecografía cutánea modo B (Esaote MyLab®25Gold, sonda de 18 MHz): dos imágenes redondeadas subdérmicas, hipo/anecoicas, bien delimitadas, con refuerzo posterior y sombras laterales. D) Ecografía cutánea modo Doppler color (Esaote MyLab®25Gold, sonda de 18 MHz): aumento de flujo perilesional.

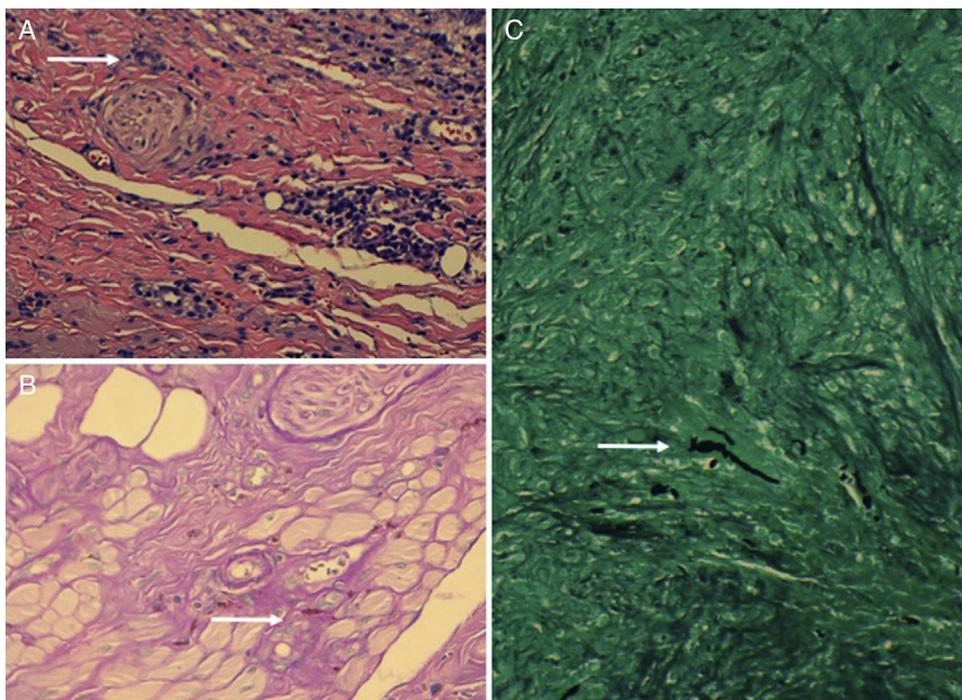


Figura 2 A) Tinción hematoxilina-eosina $\times 200$: se aprecian granulomas y células gigantes multinucleadas. La flecha blanca señala una de las células gigantes multinucleadas. B) Tinción de PAS $\times 400$ en donde se ponen en evidencia hifas de aspecto tortuoso. La flecha blanca señala una de las hifas. C) Tinción de plata $\times 200$, en donde se ponen en evidencia hifas de aspecto tortuoso. La flecha blanca señala una de las hifas.

solani. Con estos datos se realizó el diagnóstico de infección micótica con reacción granulomatosa secundaria. El estudio de extensión descartó invasión local e infección sistémica asociada. Conjuntamente con el servicio de infecciones se decidió no administrar tratamiento sistémico específico, y se consideró tratamiento curativo la exéresis completa de las lesiones. Tras 8 meses de seguimiento la paciente sigue asintomática y las lesiones no han recidivado.

El micetoma es una enfermedad propia de regiones tropicales y subtropicales, donde representa un importante problema de salud¹. Consiste en una infección destructiva local, crónica, lentamente progresiva y a menudo indolora de la piel, tejido subcutáneo, aponeurosis, músculo y hueso², de difícil diagnóstico y de complejo tratamiento. El origen suele estar en la implantación por traumatismo de hongos (eumicetoma) o bacterias (actinomicetoma). La producción de eumicetomas por parte de especies de *Fusarium* es infrecuente¹. *Fusarium solani* es un hongo dimórfico que forma clamidosporas, y ocasiona infecciones en humanos llamadas fusariosis. Se encuentra en el suelo y en aguas contaminadas, por lo que suele inocularse en la piel de agricultores, trabajadores de la construcción o tras un traumatismo accidental. Por este motivo, la localización más frecuente es en el pie y/o en la mano, siendo excepcional la localización en la zona facial³. El diagnóstico se realiza al identificar el microorganismo causante, pudiendo ser de utilidad en estos casos la biopsia y/o la aspiración con aguja fina mediada por ecografía.

La imagen ecográfica del eumicetoma subcutáneo puede recordar un quiste simple hipervascularizado en periferia, o presentar múltiples gránulos hiperecoicos en su interior^{3,4}, lo que permite realizar el diagnóstico diferencial con el actinomicetoma en algunos casos⁴. Se ha definido el «dot-in-circle» —área central hiperecoica (dot) dentro de área hipoecoica (circle)— como un marcador ecográfico muy específico para la identificación de los eumicetomas en tejidos blandos y en hueso⁵, sin embargo, existen muy pocos casos en la literatura en los que se reporte dicha imagen. Este hallazgo también ha sido definido en resonancia magnética nuclear³.

En nuestro caso, la ecografía cutánea revelaba la presencia de unos nódulos de apariencia quística, muy vascularizados en periferia, pero no pudimos observar el dot-in-circle, el cual hubiera podido ser clave para el diagnóstico. Debemos tener en cuenta el eumicetoma

subcutáneo dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones con apariencia quística en pacientes inmunodeprimidos, y recordar que la ecografía cutánea es una herramienta útil para el diagnóstico diferencial entre este tipo de lesiones y otras lesiones cutáneas. En nuestro caso, pese a que la paciente lo negaba, un traumatismo puede haber sido el motivo de la inoculación del hongo en el tejido.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Salas-Coronas J, Cabezas-Fernández T, Martínez-Lage MJ, Villarejo-Ordóñez A. Mycetoma caused by *Fusarium solani*. *Rev Clin Esp*. 2011;211:e16–8 [Article in Spanish].
2. Tomimori-Yamashita J, Ogawa MM, Hirata SH, Fischman O, Michalany NS, Yamashita HK, et al. Mycetoma caused by *Fusarium solani* with osteolytic lesions on the hand: Case report. *Mycopathologia*. 2002;153:11–4.
3. Fahal AH, Mahgoub el S, El Hassan AM, Abdel-Rahman ME. Mycetoma in the Sudan: An update from the Mycetoma Research Centre, University of Khartoum, Sudan. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9:e0003679.
4. Fahal AH, Skeik HE, Homeida MMA, Arabi Y, Mahgoub ES. Ultrasonographic imaging of mycetoma. *Br J Surg*. 1997;84:1120–2.
5. Laohawiriyakamol T, Tanutit P, Kanjanapradit K, Hongsakul K, Ehara S. The «dot-in-circle» sign in musculoskeletal mycetoma on magnetic resonance imaging and ultrasonography. *Springerplus*. 2014;3:671.

A. Combalia*, P. Giavedoni, R. Pigem y J.M. Mascaró Jr

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andreamcombalia@gmail.com (A. Combalia).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.019>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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