

3. Aguado M, Espinosa P, Romero-Maté A, Tardío JC, Córdoba S, Borbujo J. Outbreak of cutaneous leishmaniasis in Fuenlabrada, Madrid. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:334-42.
4. Bari AU, Rahman SB. Many faces of cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74:23-7.
5. Robati RM, Qeisari M, Saeedi M, Karimi M. Auricular enlargement: An atypical presentation of old world cutaneous leishmaniasis. *Indian J Dermatol*. 2011;56:428-9.
6. Blasco Morente G, Rodríguez-Granger J, Tercedor Sánchez J, Latorre Fuentes JM. Infección del lóbulo auricular por *Leishmania* en el Viejo Mundo: una localización excepcional. *Actas Dermo-Sifiliogr*. 2014;105:628-30.
7. Calvopina M, Gomez EA, Uezato H, Kato H, Nonaka S, Higuchi Y. Atypical clinical variants in New World cutaneous leishmaniasis: Disseminated erysipeloid, and recidiva cutis due to *Leishmania* (V.) *panamensis*. *Am J Trop Med Hyg*. 2005;73:281-4.
8. Ceyhan AM, Yildirim M, Basak PY, Akkaya VB, Erturan I. A case of erysipeloid cutaneous leishmaniasis: Atypical and unusual clinical variant. *Am J Trop Med Hyg*. 2008;78:406-8.
9. Aronson N, Herwaldt BL, Libman M, Pearson R, Lopez-Velez R, Weina P, et al. Diagnosis and Treatment of Leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH). *Am J Trop Med Hyg*. 2017;96:24-45.
10. Handler MZ, Patel PA, Kapila R, Al-Qubati Y, Schwartz RA. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis Differential diagnosis, diagnosis, histopathology, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:911-26.

E. Rojas Mora*, A. Garrido Ríos, B. Echeverría García y J. Borbujo

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esromo16@gmail.com (E. Rojas Mora).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.025>

0001-7310/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV.

Hipoqueratosis circunscrita palmar: tratamiento mediante crioterapia



Circumscribed Palmar Hypokeratosis: Treatment with Cryotherapy

Sr. Director:

La hipoqueratosis circunscrita palmar (HCP) es una alteración de la piel caracterizada por la aparición de una zona deprimida de coloración rojiza, bien delimitada y con un borde descamativo. Suele ser única y localizarse en eminencias tenar o hipotenar de la palma y cuyo tratamiento no está establecido. Presentamos 2 casos de HCP con lesiones localizadas en la eminencia tenar de las manos de 2 pacientes tratadas mediante crioterapia.

El primer caso es el de una mujer de 60 años sin antecedentes de interés, quien presentaba desde hacía un año una lesión eritematosa, deprimida, no infiltrada al tacto, bien delimitada y con un borde escalonado, ubicada en la eminencia tenar de la mano derecha (fig. 1a). Había realizado tratamiento con corticoides tópicos sin mejoría. El segundo caso corresponde a otra mujer de 66 años sin antecedentes de interés, quien consultaba por una placa de características similares a las de la paciente anterior, también localizada en la eminencia tenar de la mano derecha desde hacía 7 años, con un crecimiento progresivo a lo largo de este tiempo (fig. 2a). Ambas pacientes negaban posibles desencadenantes.

El estudio dermatoscópico de ambos casos reveló un área central circular eritematorrosada con puntos blancos y con descamación en escalera delimitando la lesión. En ambos se realizó estudio histológico (fig. 3) que evidenció la presencia de una depresión de la epidermis, con un límite neto en escalera, entre la piel normal y la piel afectada. La epidermis bajo la depresión mostraba hipoqueratosis e

hipogranulosis respecto a la piel circundante. Los cortes seriados no demostraron la presencia de lamela corneida. Tampoco se observaron signos de atipia. Los hallazgos fueron diagnósticos de HCP. La HCP fue descrita por primera vez en el año 2002¹. Clínicamente se presenta como una lesión redondeada, eritematosa, circunscrita, deprimida y asintomática que generalmente es única y se localiza en eminencias tenar o hipotenar de las palmas, aunque

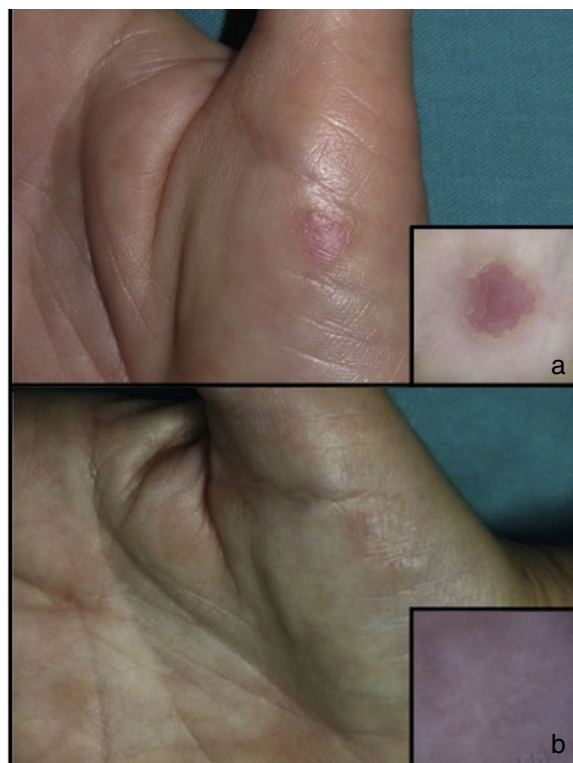


Figura 1 Primer caso: antes y después del tratamiento (a y b).



Figura 2 Segundo caso: antes y después del tratamiento (a y b).

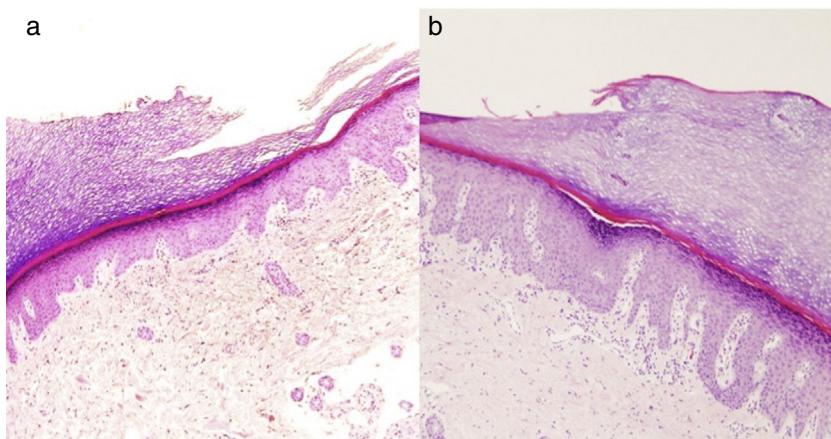


Figura 3 Apréciase en ambas pacientes (a y b) el adelgazamiento epidérmico brusco en escalera mostrando un área epidérmica deprimida, hipoqueratósica y con hipogranulosis. H-E \times 10 aumentos.

también hay casos descritos en las plantas. Generalmente afecta a mujeres de entre 51 y 70 años, aunque existe un caso descrito de origen congénito^{2,3}. En cuanto a la etiopatogenia, se han planteado varias hipótesis, como la infección por el virus del papiloma humano, los traumatismos repetidos, o un trastorno en la queratinización de esta zona, siendo esta última la más aceptada en la actualidad.

Inicialmente se consideró que esta alteración de la queratinización se debía a una malformación epidérmica localizada¹, mientras que actualmente se plantea que pueda deberse a una proliferación clonal de queratinocitos alterados ya que existen publicados casos en los que la lesión presentaba un crecimiento lento, como en una de nuestras pacientes³⁻⁵.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con la porqueratosis de Mibelli, la enfermedad de Bowen, la base de

una ampolla en fase de erosión o, más raramente, con la queratólisis punctata³.

La HCP se considera una patología benigna; sin embargo, está descrito un caso en el que se observaban cambios histológicos asociados a queratosis actínicas sugiriendo una posible malignización de la lesión, por lo que se recomienda llevar a cabo un control evolutivo⁶.

No tiene un tratamiento establecido. Existen casos publicados en los que se ha tratado mediante extirpación quirúrgica, terapia fotodinámica, corticoides tópicos, 5-fluorouracilo y calcipotriol tópico, con resultados muy variables³. Existe un caso de HCP tratado mediante crioterapia con nitrógeno líquido, en el que se aplicaron 2 ciclos de 15 segundos cada uno, con resolución completa de la lesión valorada en una visita de control a los 2 meses⁷. Dada la disponibilidad en consultas, el bajo coste y los escasos

efectos secundarios de este tipo de tratamiento, decidimos emplearlo en nuestras 2 pacientes con esta misma pauta, observando una resolución total de la lesión en la primera paciente (fig. 1b) y quedando una zona papulosa de aspecto cicatricial en la segunda, con resolución de la HCP (fig. 2b). El tratamiento mediante crioterapia se basa en la teoría de la existencia de queratinocitos alterados con un crecimiento clonal cuya destrucción y sustitución por queratinocitos sanos adyacentes resolvería el defecto.

Finalmente, y en consonancia con el trabajo de Boffa y Degaetano (2007), opinamos que la crioterapia podría considerarse una opción terapéutica de primera línea, segura, accesible, económica y efectiva para la HCP.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Pérez A, Rütten A, Gold R, Urbina F, Misad C, Izquierdo MJ, et al. Circumscribed palmar or plantar hypokeratosis: A distinctive epidermal malformation of the palms or soles. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:21-7.
- Arbesman J, Loss LC, Helm KF, Rothman IL. A congenital case of circumscribed acral hypokeratosis. *Pediatr Dermatol.* 2012;29:485-7.
- Urbina F, Pérez A, Requena L, Rütten A. Hipoqueratosis circumscrita palmar o plantar. Conocimientos y controversias tras 10 años de su descripción. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:574-82.
- Obermoser G, Zelger B. Multifocal circumscribed palmar hypokeratosis: Malformation or not? *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:1197-8.
- Ishiko A, Dekio I, Fujimoto A, Kameyama K, Sakamoto M, Benno Y, et al. Abnormal keratin expression in circumscribed palmar hypokeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:285-91.
- Kanitakis J, Lora V, Balme B, Roby J. Premalignant circumscribed palmar hypokeratosis: A new form of circumscribed palmar hypokeratosis? Case report and literature review. *Dermatology.* 2010;220:143-6.
- Boffa MJ, Degaetano JS. Circumscribed palmar hypokeratosis: Successful treatment with cryotherapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:420-1.

J. Boix-Vilanova^{a,*}, M.C. Montis-Palos^a, A. Giacaman^a y E. Antón-Valentí^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julian.boix@gmail.com

(J. Boix-Vilanova).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.026>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

Utilidad de la microscopía confocal de reflectancia para el diagnóstico in vivo de los sebomatricomas



Usefulness of Reflectance Confocal Microscopy For in Vivo Diagnosis of Sebomatricomas

Sr. Director:

El espectro de las neoplasias sebáceas es amplio y engloba desde lesiones indolentes hasta el carcinoma sebáceo. Su nomenclatura ha sido objeto de controversia en la literatura y aún hoy no se dispone de un esquema de clasificación estandarizada¹. Sánchez Yus et al.² propusieron que adenoma sebáceo y sebaceoma representan los dos polos de un espectro de neoplasias benignas con diferenciación sebácea y distinto grado de maduración, con mayor o menor porcentaje respectivamente de células maduras, sugiriendo el término «sebomatricoma» para englobar dicho espectro. A continuación presentamos 2 casos que ilustran la utilidad de la microscopía confocal de reflectancia (MCR) para el diagnóstico y caracterización de los sebomatricomas.

Caso 1. Mujer de 48 años, hipotiroidea, que consulta por una lesión en dorso nasal de años de evolución y crecimiento lento. Se trataba de una pápula color piel de

4 mm que presentaba a la dermatoscopia glóbulos marrones predominando en su mitad superior, áreas amarillentas sin estructura en la inferior y vasos lineales regulares (fig. 1). Se realizó MCR, que permitió identificar células ovoides con un núcleo central redondo oscuro y citoplasma abundante granular brillante con bordes muy bien definidos, rasgos típicos de los sebocitos. En este caso se observaron escasas células muy grandes y brillantes salpicadas (sebocitos maduros) y un predominio de células con menor citoplasma y reflectancia (sebocitos inmaduros) agregadas en nódulos. Además se identificaron espacios circulares hiporreflectantes (conductos, en este contexto, de diferenciación sebácea), estructuras redondeadas hiperreflectantes rodeadas por un halo oscuro (quistes córneos) y abundantes células brillantes de aspecto algodonoso sin núcleo visible, morfología irregular y bordes mal definidos, en pequeños grupos (macrófagos). Se diagnosticó por MCR de sebaceoma que fue confirmado mediante estudio histológico (fig. 2).

Caso 2. Mujer de 81 años, dislipémica sin otros antecedentes, que consulta por una lesión en abdomen de un año de evolución. Se trataba de una placa eritematoanaranjada de bordes bien definidos y 2,5 × 1,5 cm cuya dermatoscopia reveló un fondo eritematoblanquecino con abundantes estructuras globulares amarillentas, erosiones y vasos ramificados (fig. 3). La MCR mostró abundantes células ovoides con citoplasma amplio lleno de gránulos hiperreflectantes