

en niños para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Kuo TT, Chan HL, Hsueh S. Clear cell papulosis of the skin. A new entity with histogenetic implications for cutaneous Paget's disease. *Am J Surg Pathol.* 1987;11:827-34.
2. Wang D, Ho MS, Koh MJ, Giam YC. A Case Report of Clear Cell Papulosis and a Review of the Literature. *Ann Acad Med Singapore.* 2017;46:160-6.
3. Tseng FW, Kuo TT, Lu PH, Chan HL, Chan MJ, Hui RC. Long-term follow-up study of clear cell papulosis. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63:266-73.
4. Kim SW, Roh J, Park CS. Clear Cell Papulosis: A Case Report. *J Pathol Transl Med.* 2016;50:401-3.
5. Kim YC, Mehregan DA, Bang D. Clear cell papulosis: An immunohistochemical study to determine hystogenesis. *J Cutan Pathol.* 2002;29:11-4.
6. Benouni S, Kos L, Ruggeri SY, North PE, Drolet BA. Clear cell papulosis in Hispanic sibilings. *Arch Dermatol.* 2007;143:358-60.
7. Gianotti R, Cambiaghi S, Locatelli A, Gelmetti C. Clear cell papulosis (pagetoid papulosis) in a non-Asian patient. *Dermatology.* 2001;203:260-1.
8. Bisi Dos Santos JE, Ribeiro de Miranda MF. Clear Cell Papulosis: Report of a case with unique clinical and histologic findings. *Am J Dermatopathol.* 2016;38:924-6.

9. Mohanty SK, Arora R, Kakkar N, Kumar B. Clear cell papulosis of the skin. *Ann Diagn Pathol.* 2002;6:385-8.
10. Wysong A, Sundram U, Benjamin L. Clear-Cell Papulosis: A Rare Entity That May Be Misconstrued Pathologically as Normal Skin: Clear-Cell Papulosis. *Pediatr Dermatol.* 2012;29:195-8.

C. Apagüño<sup>a,\*</sup>, R. Pomar<sup>a</sup>, J. Peceros<sup>a</sup>, F. Velásquez<sup>a</sup>, R. Ballona<sup>a</sup>, R. Castro<sup>b</sup>, R. Lipa<sup>c</sup>, C. Chian<sup>d</sup>, R. Cano<sup>e</sup> y M. Larralde<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología Pediátrica, Instituto Nacional de Salud del Niño, Breña, Lima, Perú

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología Pediátrica, Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja, Lima, Perú

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja, Lima, Perú

<sup>d</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú

<sup>e</sup> Servicio de Dermatología Pediátrica, Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [consuelodejesus111@hotmail.com](mailto:consuelodejesus111@hotmail.com) (C. Apagüño).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.03.028>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

## Características ecográficas de los lipomas linguales



### Ultrasound Characteristics of Lipoma of the Tongue

Sr. Director:

Se presenta el caso de un varón de 60 años con antecedentes personales de diabetes mellitus no insulino dependiente y dislipidemia que consultaba por una lesión asintomática en la lengua de aproximadamente 2 años de evolución. El paciente refería crecimiento de la lesión al inicio, pero estabilidad de la misma desde hacía meses.

En la exploración física, el paciente presentaba, en el tercio anterior del borde lateral derecho de la lengua, un nódulo redondeado, bien definido, de aproximadamente 6 mm de eje mayor, con una coloración amarillenta y rosada en su superficie. La lesión se palpaba elástica y no estaba adherida a planos profundos. Se realizó ecografía dermatológica con sonda de 18 MHz, donde se visualizaba en la parte más superficial del tejido celular subcutáneo una tumoración ovalada ligeramente hipoeoica con respecto a las estructuras adyacentes, bien delimitada pero no encapsulada, de 7,5 × 2,5 mm, sin flujo Doppler ni en la periferia ni en el centro de la lesión (fig. 1, eje longitudinal de la lesión). Con la sospecha de una tumoración de partes blandas de características benignas y avascular, se llevó a cabo

una biopsia con un *punch* de 4 mm para estudio histopatológico. Este mostraba una proliferación de adipocitos maduros dispuestos en pequeños lóbulos separados por finos tractos fibrosos rodeados de un estroma de características histológicas normales (fig. 2 hematoxilina-eosina ×20, ×40). Con base en todo lo anterior se estableció el diagnóstico de lipoma lingual.

Tras la biopsia, quedó una lesión residual de 2,5 mm de diámetro (fig. 3). Dada la benignidad de la lesión, su carácter asintomático y la preferencia del paciente de actuar en lo posible de forma conservadora, se optó por una actitud expectante.

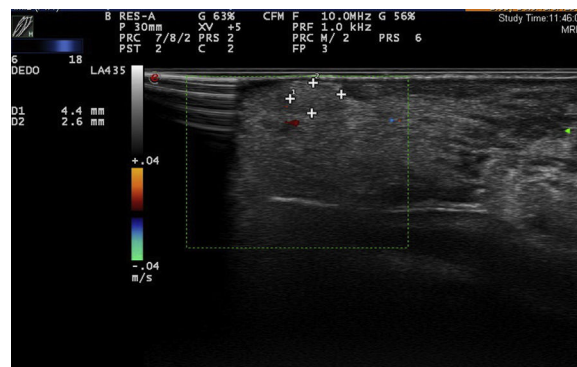
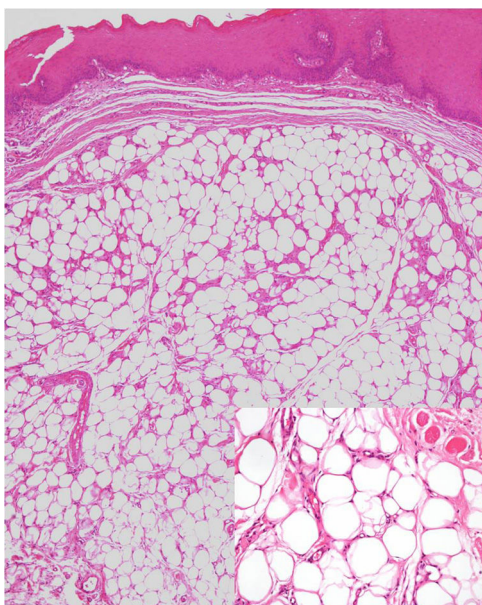


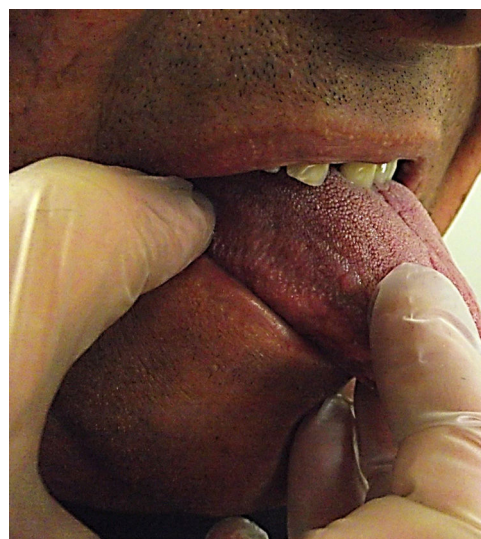
Figura 1 Imagen ecográfica de la lesión.



**Figura 2** Imagen histológica (hematoxilina-eosina,  $\times 20$ ).

Los lipomas son neoplasias benignas compuestas de adipocitos maduros. Se trata de lesiones muy frecuentes en determinadas localizaciones como los brazos, las piernas, el tronco o incluso la región facial. Su localización dentro de la cavidad oral es excepcional, representando apenas entre el 1% y el 4% de todas las lesiones benignas. En la cavidad oral, la lengua es la más frecuente (alrededor del 30%), y suele presentarse, como en el caso expuesto, en el tercio anterior del borde lateral. Otras localizaciones más inusuales son la mucosa yugal, los labios, o el paladar<sup>1,2</sup>.

Desde el punto de vista clínico, son más frecuentes en personas mayores de 40 años y se manifiestan como



**Figura 3** Imagen clínica de la lesión residual tras la biopsia.

lesiones solitarias, esféricas, bien delimitadas, firmes, pero no adheridas y de coloración ligeramente amarillenta, especialmente los más superficiales. Rara vez dan síntomas salvo molestias locales y con la masticación en aquellos casos que alcanzan un mayor tamaño, aunque es raro que sobrepasen los 2 cm<sup>3</sup>.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras lesiones que pueden asentar en la lengua, como mucocelos, fibromas, quistes dermoides, tumores de glándulas salivares, linfangiomas, hemangiomas, neuromas, neurofibromas, schwannomas, adenocarcinomas, adenomas pleomórficos, tejido tiroideo ectópico o restos del conducto tirogloso<sup>3,4</sup>.

Muchas de las lesiones mencionadas se presentan habitualmente con una clínica muy similar entre ellas y el

**Tabla 1** Principales características ecográficas de los tumores linguales más frecuentes

Lesión	Morfología	Características ecográficas	Compresibilidad	Flujo Doppler
Lipoma	Redondeado u ovalado, bien definido	Hipoecoico, en ocasiones bandas cortas paralelas hiperecoicas	Sí	Ausente, escaso
Quiste	Redondeado, bien definido	Encapsulado, anecoico, refuerzo posterior	Parcial	No
Neurofibroma	Ovalado, bien definido	Hipoecoico y heteroecoico, en ocasiones refuerzo posterior	No	Puede estar aumentado en el centro y/o en la periferia
Linfangioma	Ovalado, irregular	Encapsulado, alternancia de áreas anecoicas e hipoeoicas separadas por septos hiperecoicos	Sí	Escaso
Hemangioma	Irregular, bien definido	Hipoecoico, alternancia de áreas anecoicas separadas por septos hiperecoicos. Ocasionalmente calcificaciones hiperecoicas con sombra acústica posterior	Sí	Espacios anecoicos que se rellenan en el estudio Doppler
Granuloma piógeno	Irregular, mal definido, no encapsulado	Hipoecoico y heteroecoico, refuerzo posterior ocasional	No, parcial	Aumentado

diagnóstico anatomopatológico es el único que permite establecer diferencias. Las pruebas de imagen tradicionales (radiografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética) tienen la dificultad añadida de que muy frecuentemente se ven alteradas por artefactos procedentes de implantes y/o empastes. Por todo ello, las lesiones linguales muchas veces son extirpadas única y exclusivamente en función de los hallazgos de la exploración física<sup>5</sup>.

La generalización del uso de la ecografía en dermatología en la última década también se ha ido aplicando a las mucosas, aunque todavía son pocas las publicaciones en el ámbito de la dermatología sobre el estudio de las lesiones linguales con los ultrasonidos. Con respecto a los lipomas de la lengua, todas las descripciones de la literatura provienen de revistas de estomatología y cirugía maxilofacial. Se describen en general como lesiones de morfología ovoidea, bien circunscritas pero no encapsuladas, heteroecoicas e iso o hipoecoicas con respecto a las estructuras adyacentes con una nula o muy débil señal Doppler (tabla 1). En ocasiones pueden tener un ligero refuerzo posterior y, comparados con los lipomas en otras localizaciones, es menos frecuente ver la imagen de bandas cortas paralelas hiperecoicas<sup>2,5</sup>.

En cuanto a la técnica de exploración, esta no difiere en esencia con respecto a otras localizaciones. La exploración de los dos tercios anteriores de la lengua en pacientes adultos no suele requerir ayuda de terceros, aunque por motivos de espacio pueden ser más útiles y facilitar la movilidad las sondas de menor tamaño o en «palo de hockey». Por tratarse de una mucosa, es obligado el uso de funda protectora, y debe advertirse al paciente de la no toxicidad del gel ecográfico.

Es preciso por tanto considerar la realización de ecografía dermatológica en el diagnóstico diferencial de las lesiones de la lengua, ya que permite conocer el tamaño, la demarcación, así como la vascularización y la conexión con otras estructuras vecinas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Egido-Moreno S, Lozano-Porras AB, Mishra S, Allegue-Allegue M, Mari-Roig A, López-López J, et al. Intraoral lipomas: Review of literature and report of two clinical cases. *J Clin Exp Dent.* 2016;8:e597-603.
2. Boffano P, Gallesio C. Lipoma of the tongue. *N Engl J Med.* 2012;367:e37.
3. Baonerkar HA, Vora M, Sorathia R, Shinde S. The lipoma of tongue. A rare site for a tumor: Case report and review of the literature. *Indian J Dent.* 2015;6:207-10.
4. Magadum D, Sanadi A, Agrawal JM, Agrawal MS. Classic tongue lipoma: A common tumour at a rare site. *BMJ Case Rep.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-007987>.
5. Sugawara C, Takahashi A, Kawano F, Kudo Y, Ishimaru N, Miyamoto Y, et al. Intraoral ultrasonography of tongue mass lesions. *Dentomaxillofac Radiol.* 2016;45:20150362.

J. Ruiz-Rivero<sup>a,\*</sup>, B. Echevarría-García<sup>a</sup>, J.C. Tardío<sup>b</sup>  
y J. Borbujo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Dermatología y Venereología Médico-Quirúrgica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Juncal.ruiz@madrid.salud.org](mailto:Juncal.ruiz@madrid.salud.org)  
(J. Ruiz-Rivero).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.028>  
0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

## Terapia fotodinámica con luz de día en el tratamiento de queratosis actínicas en pacientes portadores de albinismo oculocutáneo: presentación de 3 casos

### Daylight Photodynamic Therapy in the Treatment of Actinic Keratosis in Carriers of Oculocutaneous Albinism: Report of Three Cases

Sr. Director:

El albinismo oculocutáneo (AOC) es responsable de una hipopigmentación de la piel, del pelo y de los ojos<sup>1</sup>. El fenotipo con mayor afectación es el AOC1 y este se caracteriza por



una completa ausencia de producción de melanina. En los subtipos AOC2, AOC3 y AOC4 con el transcurso de los años se irá produciendo pigmento, pero en escasas cantidades<sup>2</sup>.

Las queratosis actínicas (QA) son lesiones premalignas de la piel que se localizarán con frecuencia en zonas expuestas a la radiación ultravioleta (UV)<sup>3</sup>. Los pacientes con AOC por otro lado se caracterizarán por tener una mayor sensibilidad a la radiación UV, hecho que conllevará al mayor desarrollo de QA, así como de carcinomas espinocelulares, incluso desde edades tempranas.

En la terapia fotodinámica con luz de día (TFDLD), el uso de la luz visible para activar al fotosensibilizante protoporfirina IX (PpIX) a partir del ácido metil-aminolevulinato (MAL), hará que los efectos adversos normalmente asociados al tratamiento de las QA, como son el dolor y el eritema, sean de menor intensidad<sup>4</sup>. Esto favorecerá el uso de la TFDLD como alternativa a la TFD convencional, sobre todo en el caso de pacientes con excesiva fotosensibilidad<sup>5</sup>. Entre otras opciones terapéuticas utilizadas para el tratamiento del campo