

iniciarse las lesiones foliculares<sup>1,2</sup>. Ocasionalmente pueden desarrollarse vesículo-ampollas<sup>1,3,6,7,9</sup>.

El diagnóstico de esta entidad se basa en la presentación clínica junto con el contexto de un viaje reciente a un país tropical o subtropical, no siendo necesaria la realización de pruebas complementarias<sup>1,7,11</sup>. El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con otras etiologías más frecuentes de foliculitis, como la bacteriana, que no suelen asociar prurito tan intenso<sup>2,7</sup>, y con la escabiosis<sup>6,7,11</sup>, que asocia prurito de predominio nocturno. La analítica puede mostrar eosinofilia<sup>1,3</sup>. En el análisis anatomopatológico, ocasionalmente pueden visualizarse los parásitos en los conductos foliculares, aunque lo más frecuente es un infiltrado eosinofílico en la biopsia junto con perifoliculitis<sup>2-5,8</sup>, como en el caso de nuestra paciente. De hecho, en una serie de 8 casos de larva *migrans* cutánea publicada en esta revista solo se consiguió encontrar restos del parásito en una de las biopsias, considerando los hallazgos secundarios mencionados orientativos del diagnóstico<sup>11</sup>.

Se han descrito la ivermectina y el albendazol como tratamiento de primera línea<sup>1,5,10,11</sup>. En el tratamiento del SLMC la ivermectina se suele utilizar en dosis única de 12 mg<sup>2</sup>; mientras que el albendazol debe ajustarse por peso (400 a 800 mg/día/durante 4 días)<sup>1</sup>. En la FLN el tratamiento puede ser menos eficaz que en la larva *migrans* clásica<sup>1,2,5,7,9,10</sup>, teniendo que utilizar más dosis de ivermectina o combinar ambos tratamientos<sup>3,10</sup>. Además, en caso de contraindicación a tratamiento oral o de niños con bajo peso puede utilizarse albendazol tópico al 10%<sup>1</sup>. También se ha descrito un caso con respuesta a ivermectina tópica<sup>12</sup>. Existen casos que incluso sin tratamiento pueden ser autorresolutivos en semanas/meses<sup>3,5-8,11</sup>.

Como conclusión, mencionar que a pesar de que la FLN es muy infrecuente en nuestro medio, el incremento de viajes a países tropicales y subtropicales exige que cada vez se tenga un mayor conocimiento de las enfermedades tropicales<sup>5</sup>, para mejorar la calidad asistencial a estos pacientes mediante un rápido diagnóstico y tratamiento, evitando sobreinfecciones y otras complicaciones<sup>5,6</sup>.

Por tanto, como clave diagnóstica de esta entidad, debemos sospecharla ante lesiones cutáneas de tipo foliculitis con intenso prurito de predominio nocturno y que hayan realizado un viaje reciente a un país tropical.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Hochedez P, Caumes E. Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans. *J Travel Med.* 2007;14:326–33.
2. Caumes E, Ly F, Bricaire F. Cutaneous larva migrans with folliculitis: Report of seven cases and review of the literature. *Br J Dermatol.* 2002;146:314–6.
3. Lockmann A, Seitz CS, Schön MP, Möbner R. Creeping eruption and eosinophilic folliculitis: Atypical cutaneous larva migrans. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16:202–4.
4. Opie KM, Heenan PJ, Delaney TA, Rohr JB. Two cases of eosinophilic pustular folliculitis associated with parasitic infestations. *Australas J Dermatol.* 2003;44:217–9.
5. Van Nispen tot Pannerden C, van Gompel F, Rijnders BJ, Caumes E, den Hollander JG. An itchy holiday. *Neth J Med.* 2007;65:188–90.
6. Malvy D, Ezzedine K, Pistone T, Receveur MC, Longy-Boursier M. Extensive Cutaneous Larva Migrans With Folliculitis Mimicking Multimetric Herpes Zoster Presentation in an Adult Traveler Returning From Thailand. *J Travel Med.* 2006;13:244–7.
7. Ezzedine K, Pistone T. Hookworm folliculitis. *CMAJ.* 2013;185:E213.
8. Rivera-Roig V, Sánchez JL, Hillyer GV. Hookworm folliculitis. *Int J Dermatol.* 2008;47:246–8.
9. Veraldi S, Bottini S, Carrera C, Gianotti R. Cutaneous larva migrans with folliculitis: A new clinical presentation of this infestation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:628–30.
10. Vanhaecke C, Perignon A, Monsel G, Regnier S, Bricaire F, Caumes E. The efficacy of single dose ivermectine in the treatment of hookworm related cutaneous larva migrans varies depending on the clinical presentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:655–7.
11. Sàbat Santandreu M, Ribera Pibernat M, Bielsa Narsol I, Rex Caballe J, Ferrándiz Foraster C. Larva migrans cutánea Presentación de 8 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:443–7.
12. Fischer S, Nenoff P. Cutaneous larva migrans: successful topical treatment with ivermectin – A case report. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016;14:622–3.

A. Saenz Aguirre\*, A. Martínez de Salinas Quintana, F.J. de la Torre Gomar e V. Fatsini Blanch

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, Álava, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amaiasaenzaguirre@gmail.com (A. Saenz Aguirre).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.09.024>

0001-7310/ © 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

## Metástasis zosteriformes de porocarcinoma ecrino



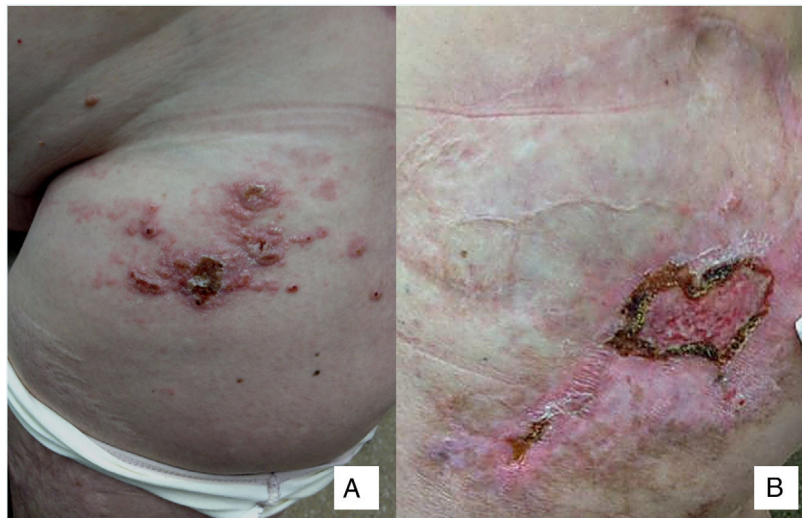
## Zosteriform Metastases From Eccrine Porocarcinoma

Sr. Director:

Una mujer de 58 años fue derivada del Servicio de Oncología por la aparición de unas lesiones cutáneas con una distribu-

ción metamérica localizadas en la región inguinal y el muslo izquierdo de 3 meses de evolución, que inicialmente se asemejaban a un herpes zóster según su criterio. La paciente se encontraba en seguimiento por un porocarcinoma ecrino desde hacía 3 años. A la exploración se observaban unas pápulas y nódulos eritematosos confluentes en la región inguinal y en la cara anterior del muslo izquierdo (fig. 1 A/B).

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico clínico de presunción de metástasis cutáneas de porocarcinoma



**Figura 1** A. Pápulas y nódulos eritematosos confluentes en región inguinal y cara anterior de muslo izquierdo. B. Nódulos y área exulcerada de 4-5 cm de bordes hiperqueratósicos en el interior de placa cicatricial.

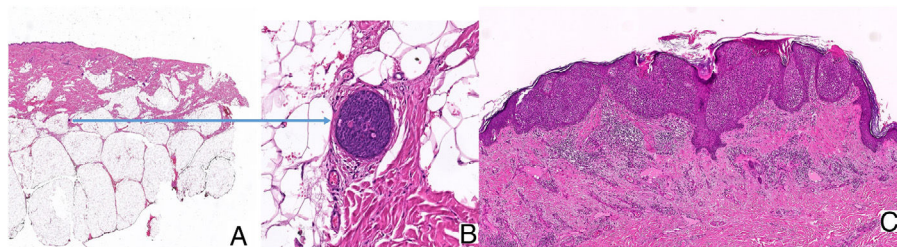
ecrino. Se observaba una importante atipia celular, un estroma desmoplásico y unos nidos tumorales grandes compuestos por células de origen epidérmico que invadían la dermis papilar, reticular, y focalmente la hipodermis, dejando unas áreas de necrosis central y formando unos ductos con diferenciación ecrina (fig. 2 A). Asimismo, se observaban unos focos de invasión linfática abundantes (fig. 2B) y numerosas áreas con epidermotropismo (fig. 2C). El estudio de extensión mediante una PET-TAC reveló la presencia de unos focos hipermetabólicos y unas adenopatías paraaórticas, en la región ilíaca común y externa izquierdas e inguinales derechas.

Valorada la historia clínica previa, la paciente había sido intervenida en 2 ocasiones con cirugía convencional con unos márgenes de seguridad de 2 cm y márgenes quirúrgicos histológicamente libres de neoplasia. Sin embargo, las lesiones habían recidivado junto a la presencia de adenopatías metastásicas inguinales, por lo que se practicó una tercera intervención con cirugía de Mohs (márgenes libres) y una linfadenectomía inguinal (metástasis en 6 de los 12 ganglios aislados). Además había recibido radioterapia paliativa, así como diversos ciclos de quimioterapia con docetaxel 75 mg/m<sup>2</sup>, después con paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> y finalmente con capecitabina 1.250 mg/m<sup>2</sup>; los 2 primeros se suspendieron por falta de eficacia y el tercero por una mala tolerancia digestiva, siendo el más eficaz.

Tras la confirmación histológica de la nueva recidiva, Oncología Médica decidió instaurar de nuevo la capecitabina a una dosis de 1.000 mg/m<sup>2</sup>, con una buena tolerancia con la que se consiguió un intervalo libre de progresión de solo 4 meses. El estudio mediante secuenciación masiva de BRAF, EGFR y receptores hormonales, para la valoración de posibles dianas terapéuticas, fue negativo. Por ello, se instauró tratamiento con doxorubicina 50 mg/m<sup>2</sup>, con la que se obtuvo una respuesta parcial inicial cutánea y ganglionar. Tras 8 ciclos de tratamiento la enfermedad progresó de nuevo con unas lesiones cutáneas extendidas al abdomen, la vulva y el muslo derecho, y en la región retroperitoneal y axilar en al PET-TAC. En el último control, la paciente se encontraba en tratamiento por la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos.

El porocarcinoma ecrino es un tumor maligno poco frecuente (0,005-0,01%)<sup>1</sup> que se origina en el acrosiringio de las glándulas sudoríparas ecrinas. Es más frecuente en personas de edad avanzada, con una mayor incidencia en varones<sup>2,3</sup>. Muestra una predilección por las extremidades inferiores, la cabeza y el cuello<sup>3-5</sup>. Se suele originar de novo o, en el 18% de los casos, a partir de un poroma ecrino<sup>4,6</sup>.

La histopatología determina el pronóstico, y el diagnóstico diferencial con el carcinoma de células escamosas se realiza con marcadores inmunohistoquímicos entre los que destacan CEA (+), EMA (+) y CK19 (+)<sup>7</sup>. El patrón de cre-



**Figura 2** A. HEX2. Nidos tumorales de origen epidérmico que invaden la dermis papilar, reticular y focalmente la hipodermis. B. HEX20. Se observa un vaso linfático localizado en hipodermis con metástasis. C. HEX15. Nidos de células tumorales infiltrando la epidermis.

cimiento infiltrativo y el patrón pagetoide incrementan el riesgo de recidiva locorregional<sup>4</sup>, situación descrita en nuestro caso.

La distribución zosteriforme o metamérica ha sido escasamente reseñada<sup>6</sup> y el caso publicado remedaba lesiones de queratosis seborreica.

Las células tumorales invaden la epidermis debido a su carácter epidermotropo, pero también la dermis profunda y la hipodermis, lo que favorece su diseminación linfática y sanguínea<sup>8</sup>. La presencia de más de 14 mitosis por campo, la invasión linfovascular y/o un espesor tumoral >7mm se correlacionan con un mayor riesgo de enfermedad metastásica<sup>4</sup>. El riesgo de recidiva locorregional es del 20% y se asocia a una mortalidad de un 65%<sup>4</sup>. Las metástasis a distancia (pulmón, médula ósea, hueso y músculo) son menos frecuentes, pero en este caso la mortalidad es de hasta un 80%<sup>3</sup>.

Gómez-Zubiaur et al.<sup>2</sup> han propuesto un interesante algoritmo terapéutico. Tras una primera exéresis de la lesión mediante cirugía convencional, en caso de detectarse alto riesgo de recidiva locorregional se debería realizar cirugía de Mohs, mientras que si estuviera presente alguno de los factores de riesgo de enfermedad metastásica, se recomienda realizar una biopsia selectiva de ganglio centinela, actuando posteriormente en función de los resultados. La linfadenectomía profiláctica es controvertida. Solo excepcionalmente, la cirugía de Mohs ha sido insuficiente en el control de la enfermedad, tal y como se ha publicado previamente en la literatura<sup>9</sup> o como sucedió en el caso presentado.

El tratamiento de la enfermedad metastásica requiere un abordaje multidisciplinar. Diversos ciclos de quimioterapia, basados en taxanos, carboplatino en combinación con epirrubicina, docetaxel o paclitaxel asociado a interferón alfa han mostrado un éxito relativo y la electroquimioterapia es una opción a valorar<sup>10</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Al Dr. José Aneiros Fernández, patólogo del Hospital Universitario San Cecilio de Granada por su contribución al desarrollo del presente caso clínico.

## Bibliografía

1. Wick MR, Goellner JR, Wolfe JT Jr, Su WP. Adnexal carcinomas of the skin. I. Eccrine carcinomas. *Cancer*. 1985;56:1147-62.
2. Gómez-Zubiaur A, Medina-Montalvo S, Vélez-Velázquez MD, Polo-Rodríguez I. Porocarcinoma eccrino: aspectos demográficos, clínicos, histopatológicos y terapéuticos en una serie de 7 pacientes. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:e27-32.
3. Salih AM, Kakamad FH, Essa RA, Rauf GM, S A M, H M S, et al. Porocarcinoma: A systematic review of literature with a single case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017; 30:13-16.
4. Robson A, Greene J, Ansari N, Kim B, Seed PT, McKee PH, et al. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma). A clinicopathologic study of 69 cases. *Am J Surg Pathol*. 2001;25:710-20.
5. Skowron F, Poulhalon N, Balme B, Touzet S, Thomas L. Primary eccrine porocarcinoma: A clinicopathological study of 50 cases. *Ann Dermatol Venereol*. 2014;141:258-64.
6. Müller NS, Zschoche C, Hartschuh W, Lonsdorf AS. Zosteriform metastases of eccrine porocarcinoma mimicking eruptive seborrheic keratosis. *Acta Derm Venereol*. 2015;95:245-6.
7. Kim JW, Oh DJ, Kang MS, Lee D, Hwang SW, Park SW. A case of metastatic eccrine porocarcinoma. *Acta Derm Venereol*. 2007;87:550-2.
8. Marone U, Caracò C, Anniciello AM, di Monta G, Chiofalo MG, di Cecilia ML, et al. Metastatic eccrine porocarcinoma: Report of a case and review of the literature. *World J Surg Oncol*. 2011;16:32.
9. Vleugels VR, Girouard SD, Schmults CD, Ng AK, Russell SE, Wang LC, et al. Metastatic eccrine porocarcinoma after Mohs micrographic surgery: A case report. *J Clin Oncol*. 2012;30:e188-91.
10. Testori A, Tosti G, Martinoli C, Spadola G, Cataldo F, Verrecchia F, et al. Electrochemotherapy for cutaneous and subcutaneous tumor lesions: A novel therapeutic approach. *Dermatol Ther*. 2010;23:651-61.

C. Cuenca-Barrales<sup>a,\*</sup>, F.J. Navarro-Triviño<sup>a</sup>,  
B. Espadafor-López<sup>b</sup>, S.A. Arias-Santiago<sup>b</sup> y  
R. Ruiz-Villaverde<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [carloscuenca1991@gmail.com](mailto:carloscuenca1991@gmail.com)  
(C. Cuenca-Barrales).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.10.024>

0001-7310/ © 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

## Fístula mamilar como una posible manifestación de una hidradenitis supurativa



### Mamillary Fistula as a Possible Manifestation of Hidradenitis Suppurativa

Sr. Director:

La fístula mamilar (FM) o enfermedad de Zuska fue descrita por primera vez en 1951<sup>1</sup>, como la aparición de pequeños

nódulos inflamatorios dolorosos en la región periareolar, que generalmente evolucionan a la formación de abscesos recurrentes, sinus y fístulas. Posteriormente, Atkins<sup>2</sup> acuñó el término FM para referirse a esta entidad, que supone entre un 1-2% de todas las afecciones mamarias sintomáticas, que es de difícil tratamiento y asocia una morbilidad prolongada, con un profundo impacto en la calidad de vida de los pacientes<sup>3</sup>.

Una mujer de 23 años, fumadora, se encontraba en seguimiento por la unidad de patología mamaria (UPM) de nuestro hospital por brotes recurrentes de mastitis izquierda