

- bromas faciales múltiples unilaterales. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2004;32:249-53.
9. Sharma VK, Khandpur S, Khanna N. An interesting case of unilateral angiofibromas successfully treated with pulsed dye laser. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18:641-2.
 10. Mashhood AA, Amjad M. Unilateral tuberous sclerosis complex. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2004;14:628-30.
 11. Camprubi M, Balaguer A, Azon Masoliver A, Jiménez Feijoo R, Escribano Subias J. Unilateral facial angiofibromas; a review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:303-5.
 12. Hall MR, Kovach BT, Miller JL. Unilateral facial angiofibromas without other evidence of tuberous sclerosis: Case report and review of the literature. *Cutis.* 2007;80:284-8.
 13. Cheadle JP, Reeve MP, Sampson JR, Kwiatkowski DJ. Molecular genetic advances in tuberous sclerosis. *Hum Genet.* 2000;107:97-114.
 14. Darling TN, Skarulis MC, Steinberg SM, Marx SJ, Spiegel AM, Turner M. Multiple facial angiofibromas and collagenomas in patients with multiple endocrine neoplasia type 1. *Arch Dermatol.* 1997;133:853-7.
 15. Phillips CM, Rye B. Neurofibromatosis type 1 and tuberous sclerosis: a case of double phakomatosis. *J Am Acad Dermatol.* 1994;31:799-800.
 16. Belmar P, Boixeda P, Baniandrés O, Fernández-Lorente M, Arrazola JM. Seguimiento a largo plazo de angiofibromas tratados con láser de CO₂ en 23 pacientes con esclerosis tuberosa. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:498-503.

Halo naranja pálido perifolicular como signo dermatoscópico en el escorbuto crónico

J. Bastida, L.A. Dehesa y P. de la Rosa

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Sr. Director:

Tradicionalmente se han descrito las lesiones cutáneas del escorbuto como púrpura diseminada, pápulas queratóticas foliculares y pelo rizado «en sacacorchos»¹⁻³. Por otra parte, los hallazgos dermatoscópicos habituales han sido descritos como hiperqueratosis folicular, hemorragias y pelos en sacacorchos⁴. Nosotros hemos tenido la oportunidad de observar un paciente con escorbuto crónico que presentaba unos

hallazgos peculiares en la observación dermatoscópica.

Se trataba de un varón de 68 años, alcohólico, desdentado, con una historia dietética restringida a la ingesta de bizcochos desde hacía mucho tiempo, que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital presentando un importante deterioro de su estado general de dos meses de evolución consistente en astenia, anorexia con pérdida de peso importante y tendencia al en-

camamiento progresivo, así como dolor y tumefacción en la rodilla derecha y lesiones cutáneas purpúricas distribuidas en los miembros inferiores y el abdomen (fig. 1). En su historial constaban varios episodios de hemartrosis y hematurias de repetición durante los últimos dos años que no tuvieron un diagnóstico concreto. La dermatoscopia de las lesiones cutáneas puso de manifiesto la presencia de un halo perifolicular de color anaranjado pálido rodeado por otro halo purpúrico hemorrágico periférico además de los pelos «en sacacorchos» y la hiperqueratosis folicular (fig. 2). Una biopsia de piel



Figura 1. Nuestro paciente mostraba lesiones purpúricas extensas, hiperqueratosis folicular y pelos enroscados.



Figura 2. La imagen dermatoscópica mostraba, además de los pelos «en sacacorchos», un halo anaranjado pálido perifolicular por fuera del cual se distribuían las lesiones purpúricas.

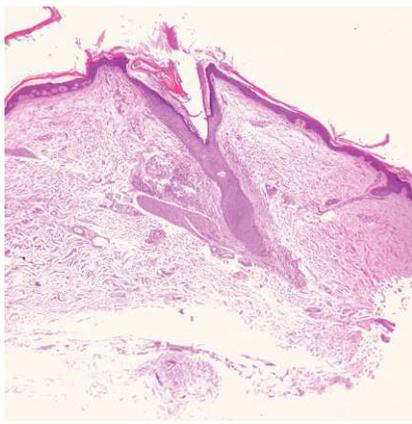


Figura 3. En el estudio histopatológico se observaba una fibrosis perifolicular. Los hematíes extravasados se disponían fuera de la misma, en zonas donde la dermis era más laxa. Obsérvese el tallo piloso seccionado a distintos niveles en el interior del folículo (hematoxilina-eosina, 40).

mostró un tallo piloso ensortijado seccionado a distintos niveles en el interior del folículo, una fibrosis compacta perifolicular y hematíes extravasados en la dermis, pero no en la zona fibrótica perifolicular anteriormente mencionada (fig. 3).

Ante la sospecha clínica de que se trataba de un caso de escorbuto se midieron los niveles plasmáticos de ácido ascórbico, que estaban muy disminuidos (menos de 0,1 mg/dl; normal de 0,2 a 0,4 mg/dl), lo que permitió con-

firmar el diagnóstico. Además, el paciente respondió espectacularmente al tratamiento oral con vitamina C y suplementos nutricionales de frutas y verduras, desapareciendo las lesiones cutáneas en menos de 15 días y mejorando notablemente su estado general.

Una explicación para esta observación dermatoscópica podría ser que el peculiar halo naranja pálido fuera debido a los cambios habituales observados en las lesiones purpúricas una vez que comienzan a reabsorberse los hematíes extravasados. Dicha reabsorción podría comenzar por la parte más próxima al folículo y explicar la presencia del halo anaranjado como un hallazgo temporal dentro de un proceso dinámico. Sin embargo, en contra de esta explicación cabría argumentar que el paciente no había iniciado todavía el tratamiento ni había comenzado por tanto la mejoría clínica. Más sugestiva es para nosotros la hipótesis de que existe una correlación entre la imagen dermatoscópica y los hallazgos histopatológicos encontrados. La fibrosis perifolicular observada en este caso rechazaría o impediría la acumulación de eritrocitos en esa zona y ambos factores, la fibrosis y la ausencia de eritrocitos, explicarían el halo claro de color naranja ya mencionado. Fuera de la zona de fibrosis el colágeno dérmico

sería más laxo y permitiría la acumulación de los eritrocitos, lo que se traduciría en lesiones hemorrágicas en la periferia de la zona clara anaranjada.

Pensamos, por lo tanto, que esta observación dermatoscópica no es banal, sino que puede correlacionarse con los hallazgos histopatológicos encontrados. Nos ha parecido interesante comunicarla, ya que, de confirmarse, podría permitir diferenciar con un signo clínico el escorbuto crónico evolucionado del agudo. Este último no tendría por qué presentar dicho halo, ya que no habría desarrollado la fibrosis perifolicular que suponemos determinante de este signo dermatoscópico. Sin embargo, son necesarias más observaciones que confirmen la validez de esta observación.

Bibliografía

1. Valdés F. Vitamina C. *Actas Dermosifilogr.* 2006;97:557-68.
2. Roe E, Dalmau J, Peramiqel L, Puig L, Alomar A. Escorbuto: púrpura foliular como signo guía. *Actas Dermosifilogr.* 2005;96:400-2.
3. Leggett J, Convery R. Scurvy. *N Engl J Med.* 2001;345:1818.
4. Walters RW, Grichnik JM. Follicular hyperkeratosis, hemorrhage, and corkscrew hair. *Arch Dermatol.* 2006;142:658.

Reticulohistiocitoma solitario simulando un queratoacantoma

F. Guerrero^a, G. Rouston^a y E. Tejerina^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Sr. Director:

Las reticulohistiocitosis son una forma infrecuente de presentación de las histiocitosis de células no Langerhans (HCNL)¹. Tienen un amplio espectro de presentación, desde una lesión cutánea nodular única (reticulohistiocitoma cutáneo solitario) a lesiones múltiples (reticulohistiocitoma cutáneo múltiple), hasta formas más agresivas con lesiones múltiples y afectación ar-

ticular (reticulohistiocitosis multicéntrica), existiendo en esta última, en un porcentaje significativo de casos, una neoplasia interna asociada². Presentamos el caso de un reticulohistiocitoma solitario (RHS) que hemos tenido la oportunidad de observar en nuestro Servicio.

Se trata de un varón de 23 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Consultó en nues-

tro Servicio de Dermatología en febrero de 2007 por la aparición 6 meses antes de una lesión nodular en la cara lateral del tercer dedo de la mano derecha, de crecimiento progresivo y que le producía dolor al mínimo roce. En la exploración se apreció un nódulo cupuliforme de consistencia firme, de color rojo-violáceo y de aproximadamente 1 cm de diámetro, con el centro algo umbilicado y queratósico, que le daba