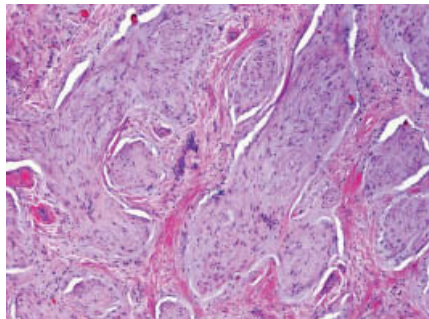


**Figura 2.**

A mayor detalle se objetiva que las formaciones nodulares están constituidas por células fusiformes con núcleo único entre haces de colágeno (hematoxilina-eosina,  $\times 20$ ).



de la lesión, se decidió seguimiento en consulta. A los 10 meses de seguimiento tras la biopsia, el nódulo persiste sin cambios estructurales ni sintomáticos.

Correspondencia:  
Verónica Monsálvez Honrubia.  
Servicio de Dermatología.  
Hospital 12 Octubre.  
Avda. Córdoba, s/n.  
28041 Madrid. España.  
monsalvezhonrubia@hotmail.com

**Conflicto de intereses**

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

**Bibliografía**

1. Fetsch JF, Brinsko RW, Davis CJ Jr, Mostofi FK, Sesterhenn IA. A distinctive myointimal proliferation («myointimoma») involving the corpus spongiosum of the glans penis: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 10 cases. *Am J Surg Pathol.* 2000; 24:1524-30.
2. McKenney JK, Collins MH, Carretero AP, Boyd TK, Redman JF, Parham DM. Penile myointimoma in children and adolescents: a clinicopathologic study of 5 cases supporting a distinct entity. *Am J Surg Pathol.* 2007;31:1622-36.
3. Katona TM, López-Beltrán A, MacLennan GT, Cheng L, Montironi R, Cheng L. Soft tissue tumors of the penis: a review. *Anal Quant Cytol Histol.* 2006;28:193-206.
4. Val-Bernal JF, Garijo MF. Solitary cutaneous myofibroma of the glans penis. *Am J Dermatopathol.* 1996;18:317-21.
5. Robbins JB, Kohler S. Penile nodule in a 54-year-old man: a case of a myointimoma. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53:1084-6.
6. Vardar E, Gunlusoy B, Arslan M, Keceli S. Myointimoma of the glans penis. *Pathol Int.* 2007;57:158-61.

## Espinulosis como manifestación de demodicidosis

**B. Monteagudo<sup>a</sup>, M. Cabanillas<sup>a</sup>, J.A. García-Rego<sup>b</sup> y C. de las Heras<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. A Coruña. España.

*Sr. Director:*

Las espículas hiperqueratósicas son lesiones cutáneas infrecuentes, de origen desconocido, definidas por la presencia, sobre todo en el área facial, de múltiples áreas de hiperqueratosis circunscrita compuestas de material quera-



**Figura 1.** Múltiples lesiones hiperqueratósicas filiformes foliculares localizadas en la mejilla izquierda.

tómico que protruye desde el estrato córneo<sup>1</sup>. Puede ser un proceso idiopático o asociado a diversas enfermedades, como la hipovitaminosis A, la insuficiencia renal crónica, la enfermedad de Crohn, el linfoma, la gammapatía monoclonal, el mieloma múltiple, etc.<sup>1,2</sup>.

En esta carta queremos comentar el caso de una mujer de 43 años vista en nuestro Servicio, con múltiples espículas hiperqueratósicas localizadas en la mejilla izquierda, y cuyo estudio histopatológico mostró material queratósico y múltiples *Demodex folliculorum* en los infundíbulos foliculares dilatados.

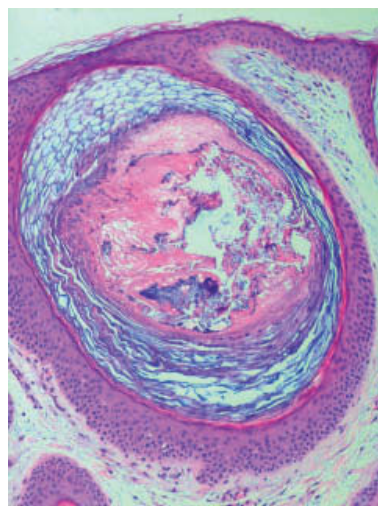
Se trata de una mujer de 43 años de edad, con antecedentes personales de depresión y enfermedad fibroquística de mama, que consultó por la presencia, desde hacía un año, de múltiples lesiones asintomáticas en la mejilla izquierda. La paciente negaba la utilización de cosméticos y no había realizado ningún tratamiento salvo aseo facial con agua y jabón dos veces al día.

A la exploración presentaba decenas de espículas hiperqueratósicas filiformes, de 1 a 3 mm de altura, blanco-amarillentas y foliculares, localizadas en la mejilla izquierda (fig. 1). No presentaba eritema facial difuso ni lesiones similares en otra localización.

Se realizaron estudios de laboratorio, que incluían hemograma, bioquímica, proteinograma, fosfatasa alcalina,  $\beta$ 2-microglobulina, autoanticuerpos, hormonas tiroideas, serologías del virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que fueron normales o negativos. Se realizó una biopsia cuyo estudio histopatológico mostró los infundíbulos foliculares ocupados por queratina y restos de *Demodex folliculorum* (fig. 2).

Tras la aplicación diaria de crema de permetrina al 5% durante dos semanas se observó una resolución completa de las lesiones.

*Demodex folliculorum* es un ácaro saprofito que habita en los folículos pilosos. Su prevalencia varía desde el 10 al 50% según las distintas series<sup>3</sup>. Se consideran factores predisponentes para la infestación por *Demodex*: una mayor edad (100% en personas ancianas), determinados hábitos higiénicos, exposición a la radiación ultravioleta A y B, el empleo de corticoides tópicos, alteraciones metabólicas (diabetes mellitus) y estados de inmunosupresión (VIH, neoplasias hematológicas o medicaciones inmunosupresoras tópicas o sistémicas)<sup>4</sup>. Su presencia en la piel se considera patógena cuando: a) alcanza una densidad mayor o igual a 5 ácaros por  $\text{cm}^2$ ; b) se sitúa en la dermis, o c) hay respuesta al tratamiento antidemodex (terapias tópicas como metronidazol al 0,75%, permetrina al 5%, crotamitón, benzoato de bencilo al 10% o ácido salicílico y orales como el metronidazol, los retinoides o la ivermectina)<sup>5</sup>. Los cuadros clínicos con los que se ha relacionado son muy variados: pitiriasis *folliculorum*, demodicidosis similar a la rosácea, demodicidosis *gravis* (similar a la rosácea granulomatosa grave), rosácea, dermatitis perioral, blefaritis, foliculitis pustulosa (facial, en pacientes inmunodeprimidos puede ser más extensa), foliculitis eosinofílica, erupciones pápulo-pustulosas del cuero cabelludo, granuloma solitario, erupciones faciales tras fototerapia, hiperpigmentaciones faciales, etc.<sup>3,5-7</sup>.



**Figura 2.** Infundíbulos foliculares ocupados por material queratósico y restos de *Demodex folliculorum* (hematoxilina-eosina,  $\times 100$ ).

Recientemente se han descrito varios casos de espinulismo facial en cuyo estudio histopatológico se ha demostrado la presencia de este ácaro, y curiosamente todos los pacientes descritos padecían una policitemia vera (tabla 1)<sup>8-10</sup>. El papel del *Demodex* en la etiopatogenia de este proceso es motivo de controversia; en algún caso no se demostró una relación causal al no conseguir una mejoría clínica con el tratamiento y evidenciarse ácaros tanto en la piel afecta como sana<sup>9</sup>. En otro caso la resolución del cuadro cutáneo sólo se alcanzó al suspender la hidroxiurea, considerando los autores que la infestación por *Demodex* era el resultado del efecto inmunosupresor de este fármaco<sup>10</sup>. En nuestra paciente el diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con la pitiriasis *folliculorum*, producida por *Demodex* y que se caracteriza por pápulas foliculares a modo de tapones foliculares asociadas a escamas secas y eritema facial difuso que ocasiona prurito y

**Tabla 1.** Pacientes con espinulismo facial asociado a múltiples *Demodex folliculorum* en los infundíbulos foliculares dilatados

Referencias	Edad/sexo	Antecedentes personales	Intervalo*	Localización	Tratamiento (respuesta)
Fariña et al <sup>8</sup>	78 años/M	Policitemia vera	2 semanas	Cara (más en mejillas)	Permetrina 1% crema (R)
Ballesteró Díez et al <sup>9</sup>	76 años/M	Policitemia vera, hipertensión y DM	2 años	Cara (más en región temporal y frontal, mejillas, mentón y orejas)	Permetrina 5% crema (NR). Metronidazol 0,75% crema (NR). Metronidazol oral (NR)
Boutli et al <sup>10</sup>	71 años/V	Policitemia vera	6 meses	Ambas mejillas	Metronidazol 1% crema (NR). Metronidazol oral (NR). Láser argón (NR). Isotretinoína oral (NR). Suspender hidroxiurea (R)
Monteagudo et al (caso actual)	43 años/M	Depresión y enfermedad fibroquística de mama	1 año	Mejilla izquierda	Permetrina 5% crema (R)

DM: diabetes mellitus; M: mujer; NR: sin respuesta al tratamiento; R: respuesta favorable al tratamiento; V: varón.

\*Tiempo de evolución de las lesiones.

sensación de quemazón, siendo más frecuente en mujeres con higiene facial escasa o uso inadecuado de jabones, desmaquillantes y cremas<sup>4,6</sup>.

En conclusión, presentamos un nuevo paciente con espiculas foliculares en la cara, con la presencia de *Demodex* en el estudio histopatológico. Consideramos demostrada la relación causal al lograr la resolución clínica tras la aplicación de permectrina.

#### Correspondencia:

Benigno Monteagudo Sánchez.  
C/ Alegre, 83-85, 3.º A.  
15401 Ferrol. A Coruña. España.  
benims@hotmail.com

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Kim TY, Park YM, Jang IG, Yi JY, Kim CW, Song KY. Idiopathic follicular hyperkeratotic spicules. *J Am Acad Dermatol*. 1997;36:476-7.
- García Romero D, Sanz Robles H, Arrue I, Sánchez Largo ME, Rodríguez Peralto JL, Vanaclocha F. Queratosis folicular y mieloma múltiple. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:599-602.
- Baima B, Sticherling M. Demodicidosis revisited. *Acta Derm Venereol*. 2002;82:3-6.
- Kulac M, Ciftci IH, Karaca S, Cetinkaya Z. Clinical importance of *Demodex folliculorum* in patients receiving phototherapy. *Int J Dermatol*. 2008;47:72-7.
- Serrano Falcón C, Serrano Ortega S. *Demodex folliculorum*. *Monogr Dermatol*. 2005;18:41-7.
- Dominey A, Tschen J, Rosen T, Batres E, Stern JK. Pityriasis folliculorum revisited. *J Am Acad Dermatol*. 1989;21:81-4.
- Urbina F, Plaza C, Posada C. Folliculitis por *Demodex folliculorum*: forma pigmentada. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:119-20.
- Fariña MC, Requena L, Sarasa JL, Martín L, Escalonilla P, Soriano ML, et al. Spinulosis of the face as a manifestation of demodicidosis. *Br J Dermatol*. 1998;138:901-3.
- Ballesterio Díez M, Daudén E, Ruiz Genao DP, Fraga J, García Díez A. Presence of *Demodex* in follicular hyperkeratotic spicules on the face. A casual association? *Acta Derm Venereol*. 2004;84:407-8.
- Boutli F, Delli FS, Mourelou O. Demodicidosis as spinulosis of the face—a therapeutic challenge. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:273-4.

## Perineurioma esclerosante cutáneo

M. García-Arpa<sup>a</sup>, L. González-López<sup>b</sup>, E. Vera-Iglesias<sup>a</sup>, C. Murillo<sup>b</sup> y G. Romero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.

#### Sr. Director:

El perineuro es una estructura que rodea y protege los fascículos nerviosos, formado por grupos de células delgadas, bien organizados en una o varias capas. Estas células se caracterizan porque expresan antígeno de membrana epitelial (EMA), vimentina, colágeno IV, laminina y CD 99, y son negativas para S-100 y neurofilamentos. Ultraestructuralmente presentan vesículas picnóticas, procesos citoplasmáticos elongados con lámina basal discontinua, filamentos intermedios dispersos y complejos de unión intercelular rudimentarios.

El perineurioma es una neoplasia benigna infrecuente, descrita en 1978, derivada de las células perineurales en ausencia de otros elementos de la vaina nerviosa<sup>1</sup>. Se distinguen dos variantes fundamentales, el perineurioma intraneural y el de partes blandas, que comparten características citológicas, ultraestructurales e inmunohistoquímicas de células perineurales, pero presentan importantes diferencias clínico-histológicas. Recientemente se ha descrito una tercera variante llamada «perineurioma cutáneo esclerosante» (PNCE), que típicamente afecta los dedos y las palmas de pacientes jóvenes.

Presentamos el caso de una mujer de 54 años, sin antecedentes de interés, que consulta por una verruga vulgar palmar derecha que se trata mediante electrocoagulación. A la exploración se observa casualmente la presencia de dos pápulas fibrosas, en la cara palmar de ambos pulgares, de 3 mm cada una (fig. 1). Refiere que las presenta desde hace más de 20 años y que son estables y asintomáticas, por lo que nunca ha consultado. La biopsia-extirpación de ambas pápulas muestra hallazgos similares. Se observa una proliferación bien delimitada aunque no encapsulada, constituida por nódulos (fig. 2) que a mayor aumento evidencian un patrón concéntrico («en capas de cebolla») de células fusiformes y algunas epitelioides, sin atipia, sobre un estroma colágeno denso (fig. 3A). Mediante técnicas de inmunohistoquímica (IHQ), el patrón de ambas es similar, con intensa expresión de EMA (fig. 3B) y vimentina en las células que componen dichos nódulos arremolinados. El resto de anticuerpos estudiados es negativo (citoqueratinas, S-100, actina del músculo liso, desmina, CD31, CD34 y factor XIIIa). El diagnóstico es de PNCE múltiple.

El PNCE es un tumor benigno descrito en 1997 por Fetsch y Miettinen<sup>2</sup>. Aproximadamente se han descrito