

purulenta en la que se aislaron neumococo y *Haemophilus influenzae*⁶. En 6 casos, la morfología de las lesiones era de PL aguda, con pápulas ulceronecroticas que se resolvieron con tratamiento esteroideo tópico en un periodo máximo de 2 meses^{3,7,8}. Los 3 casos restantes presentaron lesiones compatibles clínica e histológicamente con PL crónica⁴⁻⁶. Dos de estos pacientes tuvieron una evolución tórpida; un caso desarrolló una placa indurada en la fosa iliaca derecha al cabo de año y medio, inicialmente compatible con papulosis linfomatoide pero que 2 años más tarde fue diagnosticada histológicamente de linfoma cutáneo de células T⁵. El segundo caso se transformó en parapsoriasis a los 10 años de seguimiento⁶.

Dado que son pocos los casos descritos no se pueden establecer conclusiones, pero la revisión de la literatura médica indica que la PL en niños menores de 12 meses es muy rara, con solo 10 casos (incluido el nuestro) publicados. Dentro de este grupo de edad, es más frecuente en el sexo masculino, suele ser de morfología aguda y tiende a la curación espontánea sin complicaciones en pocos meses. No obstante, ante la posibilidad de una asociación con trastornos linfoproliferativos, es recomendable realizar un seguimiento a largo plazo en estos pacientes.

Bibliografía

- Dereure O, Levi E, Kadin ME. T-Cell clonality in pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: a heteroduplex analysis of 20 cases. *Arch Dermatol.* 2000;136:1483-6.
- Romani J, Puig L, Fernández-Figueras M, De Moragas JM. Pityriasis lichenoides in children: clinicopathologic review of 22 patients. *Pediatr Dermatol.* 1998;15:1-6.
- Ersoy-Evans S, Greco F, Mancini AJ, Subasi N, Paller AS. Pityriasis lichenoides in childhood: a retrospective review of 124 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:205-10.
- Chand S, Srivastava N, Khopkar U, Singh S. Pityriasis lichenoides chronica: onset at birth. *Pediatr Dermatol.* 2008;25:135-6.
- Thomson KF, Whittaker SJ, Russel-Jones R, Charles-Holmes R. Childhood cutaneous T-cell lymphoma in association with pityriasis lichenoides chronica. *Br J Dermatol.* 1999;141:1146-8.
- Niemczyk UM, Zollner TM, Wolter M, Staib G, Kaufmann R. The transformation of pityriasis lichenoides chronica into parakeratosis variegata in an 11-year-old girl. *Br J Dermatol.* 1997;137:983-7.
- Gelmetti C, Rigoni C, Alessi E, Ermacora E, Berti E, Caputo R. Pityriasis lichenoides in children: a long-term follow-up of eighty-nine cases. *J Am Acad Dermatol.* 1990;23:473-8.
- Hoshina D, Akiyama M, Hamasaka K, Shimizu H. An infantile case of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Br J Dermatol.* 2007;157:194-6.

M.T. López-Villaescusa^a, Á. Hernández-Martín^{b,*}, I. Colmenero^c y A. Torrelo^b

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ahernandez_hnj@yahoo.es (Á. Hernández-Martín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.08.004>

Fibroqueratoma acral periungueal: exéresis quirúrgica en bandera

Periungueal Acral Fibrokeratoma: Surgical Excision Using a Banner Flap

Sr. Director:

La cirugía de los tumores periungueales es complicada por el riesgo de ocasionar distrofias irreversibles en la uña. Sin embargo, el riesgo de recurrencias de dichas lesiones es elevado si no se resecan en su totalidad, por lo que la cirugía debe eliminar todo el tumor respetando las células germinales de la matriz ungueal.

Presentamos el caso de un varón de 31 años que acudió a la consulta por presentar desde hacía unos 5 meses una tumoración digitiforme rosada, firme al tacto, de unos 5 × 3 mm en el quinto dedo del pie izquierdo (fig. 1). Dicha lesión asentaba por debajo del eponiquio pero por encima de la lámina ungueal. No recordaba historia previa de traumatismo y no presentaba antecedentes familiares ni otras lesiones indicativas de esclerosis tuberosa. El diagnóstico clínico fue de fibroma periungueal y dado que el paciente

refería molestias por el roce con el calzado se decidió exéresis electiva.

La intervención se realizó bajo anestesia local con mepivacaína al 2%, usando como método vasoconstrictor un



Figura 1 Fibroqueratoma acral en el quinto dedo del pie izquierdo.



Figura 2 Colgajo en bandera: doble incisión perpendicular sobre el pliegue proximal de la uña, una en el extremo medial y otra en el lateral de la lesión.

torniquete digital enrollando el propio guante en sentido proximal. Posteriormente se procedió a la realización de una doble incisión perpendicular sobre el pliegue proximal de la uña, una en el extremo medial y otra en el lateral de la lesión. Seguidamente se procedió al levantamiento del pliegue proximal (fig. 2), exponiendo así toda la tumoración y permitiendo la disección y resección total de la lesión. Durante el procedimiento se tuvo especial cuidado de no lesionar la matriz.

Una vez resecado, se cubrió el defecto recolocando el colgajo y se suturó con puntos simples con seda de 5/0, empezando por el extremo más cercano a la cutícula. Los nudos se dispusieron en la parte externa del colgajo para evitar la isquemia, dada la poca anchura del mismo. Se aseguró la hemostasia con aplicación de toques de solución de Monsel sobre la herida quirúrgica, retirándose posteriormente el torniquete sin problemas. Finalmente se aplicó mupirocina en pomada, y se cubrió con un tul graso, una gasa y un apósito adhesivo. El análisis histológico de la pieza quirúrgica mostró fibrosis de estroma con ectasias vasculares, compatible con fibroqueratoma. Al año de seguimiento el paciente no mostró distrofia ungueal ni recidiva de la lesión.

El fibroqueratoma acral es una tumoración benigna generalmente solitaria, del color de la piel normal, con morfología cupuliforme o bien alargada a modo de cuerno, que puede aparecer secundariamente en zonas de traumatismo¹. Bajo este término se engloban distintas entidades como el fibroqueratoma digital, el fibroqueratoma periungueal adquirido, el fibroma «en diente de ajo» y los fibromas subungueales y periungueales característicos de la esclerosis tuberosa². La exéresis de estos tumores se realiza cuando producen sintomatología o cuando existe una importante alteración estética.

Hay varias técnicas quirúrgicas para la resección de estos tumores dependiendo de si asientan por encima o por debajo de la lámina ungueal. Si la lesión se encuentra por debajo, se tiene que realizar una exéresis parcial o total de la uña. Si por el contrario está por encima, se puede realizar afeitado de la lesión con fenolización posterior³, vaporización con láser de CO₂⁴, aunque el método más usado es la resección quirúrgica levantando

el pliegue proximal ungueal, descrito como colgajo en bandera⁵.

En dicha técnica, generalmente bajo anestesia troncular, se realizan 2 incisiones oblicuas en el pliegue ungueal proximal en ambos extremos del eponiquio, permitiendo levantar todo el pliegue proximal ungueal y exponer así la lesión. De esta forma se puede evaluar la zona donde asienta la lesión y realizar una exéresis que no dañe la matriz ungueal, a la vez que se puede extirpar en su totalidad, evitando así recurrencias futuras⁶⁻⁸. Nosotros usamos una variante más sencilla de la técnica en la que realizamos 2 incisiones a los lados del fibroqueratoma en vez de hacerlo en los extremos del eponiquio.

Es importante recalcar que este tipo de lesiones tienen tendencia al sangrado a pesar de las suturas, por lo que la hemostasia es fundamental. Ante el riesgo de isquemia distal que se produce en las zonas acras el uso de vasoconstrictores debe desaconsejarse. Simplemente usando un torniquete digital se puede controlar satisfactoriamente el sangrado. Además, para garantizar una correcta hemostasia, se puede utilizar solución de Monsel, una solución de sulfato férrico con gran capacidad hemostática local⁹, que se aplica directamente con una torunda o con una gasa una vez ya realizadas las suturas.

Por lo tanto, proponemos esta técnica como una alternativa útil para evitar las exéresis tipo cuña o *punch*. Dichos procedimientos generalmente presentan un peor control visual de la lesión, con mayor riesgo de recidivas posteriores si no se reseca la lesión en su totalidad o, por el contrario, de distrofia ungueal si se realiza una exéresis demasiado amplia. Además, conservar la piel supradesional correspondiente al pliegue proximal ungueal evita tensión en la cicatriz, consiguiendo unos magníficos resultados estéticos, lo que convierte al colgajo en bandera en una técnica sencilla y muy práctica para lesiones periungueales pequeñas.

Bibliografía

- Hare PJ, Smith PA. Acquired (digital) fibrokeratoma. *Br J Dermatol*. 1969;81:667-70.
- Weedon D. *Weedon's Skin Pathology*. 3rd ed. London: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. p. 812-3.
- Mazaira M, del Pozo Losada J, Fernández-Jorge B, Fernández-Torres R, Martínez W, Fonseca E. Shave and phenolization of periungual fibromas, Koenen's, tumors, in a patient with tuberous sclerosis. *Dermatol Surg*. 2008;34:111-3.
- Berlin AL, Billick RC. Use of CO₂ laser in the treatment of periungual fibromas associated with tuberous sclerosis. *Dermatol Surg*. 2002;28:434-6.
- Vázquez-Doval FJ. Cirugía de la región ungueal. En: *Atlas de enfermedades de las uñas*. Barcelona: ESMONpharma; 2008. p. 112-3.
- Saito S, Ishikawa K. Acquired periungual fibrokeratoma with accessory germinal matrix. *J Hand Surg Br*. 2002;27:549-55.
- Lee CY, Lee KY, Kim KH, Kim YH. Total excision of acquired periungual fibrokeratoma using bilateral proximal nail fold oblique incision for preserving nail matrix. *Dermatol Surg*. 2010;36:139-41.
- Carlson RM, Lloyd KM, Campbell TE. Acquired periungual fibrokeratoma: a case report. *Cutis*. 2007;80:137-40.
- Epstein E, Maibach HI. Monsel's solution: history, chemistry, and efficacy. *Arch Dermatol*. 1964;90:226-8.

O. Yélamos, M. Alegre, J.R. Garcés y L. Puig

Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Correo electrónico: oyelamos@santpau.cat (O. Yélamos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.10.001>

Enfermedad de Fox-Fordyce con presentación clínica atípica

Fox-Fordyce Disease With an Atypical Clinical Presentation

Sr. Director:

La enfermedad de Fox-Fordyce (miliaria apocrina) es una enfermedad inflamatoria infrecuente de las glándulas apocrinas, caracterizada por presentar pápulas pruriginosas foliculares distribuidas en áreas corporales con abundancia de las mismas. Presentamos un caso de enfermedad de Fox-Fordyce (EFF) con afectación clínica extensa e infrecuente de la región torácica y abdominal, con confirmación histopatológica.

Se trata de una mujer de 39 años, remitida por una erupción asintomática desde hacía 2 años. No presentaba antecedentes médicos personales o familiares de interés. Las lesiones se habían iniciado en la región preesternal y se habían ido extendiendo por el abdomen hacia el pubis progresivamente. Las lesiones eran pápulas múltiples milimétricas eritemato-amarillentas no confluyentes localizadas en ambas mamas, en la región torácica inferior y en el abdomen fundamentalmente, hasta el pubis (fig. 1). No presentaba afectación en las axilas, ni en la región areolar o genital.

El estudio histopatológico de una pápula localizada en la región preesternal inferior reveló la presencia de dilatación y taponamiento hiperqueratósico del infundíbulo piloso, que se encontraba circundado por abundantes histiocitos espumosos (macrófagos xantomizados) (fig. 2), una respuesta

inflamatoria crónica linfocitaria perianexial de leve a moderada intensidad y grupos glandulares apocrinos entre la dermis reticular y la hipodermis, con tendencia a la dilatación quística (fig. 3).

En los estudios complementarios realizados, que incluyeron una analítica y un estudio hormonal básico con niveles hormonales de testosterona, dehidroepiandrosterona sulfato, progesterona, estradiol, hormona luteinizante y folículo estimulante no se encontraron alteraciones relevantes.

Se propusieron tratamientos tópicos con tretinoína, corticoides y clindamicina sin evidencia de mejoría.

La EFF fue descrita por primera vez por los doctores Fox y Fordyce en 1902¹. Se trata de una dermatosis infrecuente, que afecta preferentemente a mujeres de edades comprendidas entre los 13 y 35 años. Su etiopatogenia es desconocida, habiéndose postulado la influencia de ciertos factores genéticos, endocrinos, ambientales o metabólicos². El taponamiento del conducto apocrino en su entrada al infundíbulo folicular parece ser el factor más importante en el desarrollo de la enfermedad. La obstrucción provocaría la retención de la secreción y su posterior extravasación, tanto al infundíbulo como a la dermis perinfundibular, lo que originaría una respuesta inflamatoria secundaria, constituida en su mayoría por macrófagos³.

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de múltiples pápulas foliculares blanco-amarillentas que se distribuyen de manera simétrica en localizaciones típicas con abundantes glándulas apocrinas⁴. Las lesiones suelen ser pruriginosas y empeoran durante los meses de verano y en situaciones de estrés emocional. En las áreas afectadas se observa escaso crecimiento de vello y ausencia de sudoración.

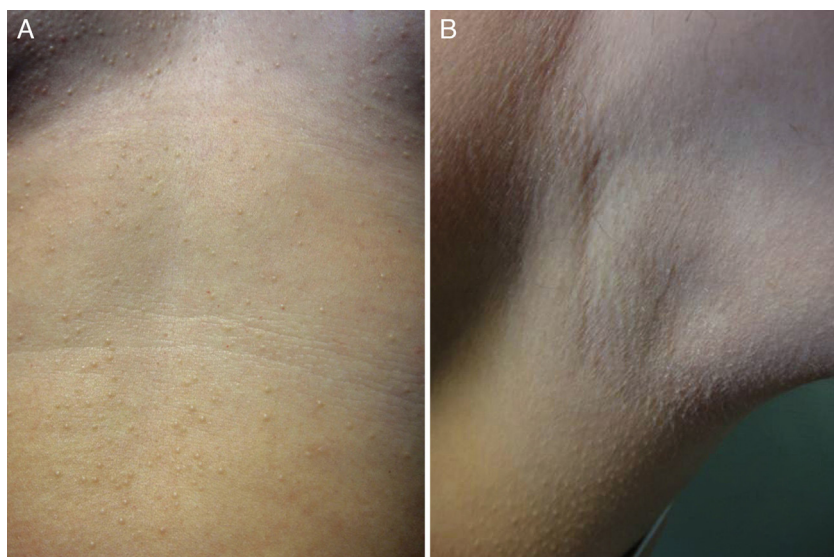


Figura 1 A. Pápulas múltiples milimétricas eritemato-amarillentas no confluyentes localizadas en en la región torácica y en el abdomen. B. No presentaba afectación axilar.