

- Cohen PR. Molluscum contagiosum. En: Leshner JL Jr, editor. *An Atlas of Microbiology of the Skin* (Encyclopedia of Visual Medicine). Pearl River, NY: Parthenon Publishers; 1999. p. 120–4.
- Ingram JT, Brain RT. Viral and rickettsial diseases. En: Ingram JT, Brain RT, editores. *Sequeira's diseases of the skin*. 6th ed. London, England: Churchill; 1957. p. 662–703.
- Legrain A, Pierard GE. Molluscum contagiosum may affect primarily the epidermis without involving hair follicles. *Am J Dermatopathol*. 1985;7:131–2.
- Cohen PR, Tschien JA. Plantar molluscum contagiosum: A case report of molluscum contagiosum occurring on the sole of the foot and a review of the world literature. *Cutis*. 2012;90:35–41.
- Baxter DL, Carson WE. Molluscum contagiosum of the sole. *Arch Dermatol*. 1964;89:471–2.
- Aydoğan I, Küçükçakır O, Kavak A, Yildirim U. Interdigital molluscum contagiosum on the foot. *Int J Dermatol*. 2014;53:396–7.
- Bahali AG, Su O, Ozkaya DB, Sallahoglu K, Yildiz P, Demirkesen C, et al. Plantar molluscum contagiosum in an adult patient. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2016;106:235–6.
- Van der Wouden JC, van der Sande R, van Suijlekom-Smit LW, Berger M, Butler CC, Koning S. Interventions for cutaneous

molluscum contagiosum. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;7. CD004767.

P. García-Montero^{a,*}, R. Serrano-Pardo^b,
R. Ruiz-Rodríguez^c e I. Sánchez-Carpintero^c

^a *Departamento de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España*

^b *Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Ruber, Madrid, España*

^c *Hospital Dermatológico Internacional, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: garciamonteropablo@gmail.com
(P. García-Montero).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.043>

0001-7310/

© 2019 AEDV.

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

Morfea en coup de sabre sobre el área cutánea de un herpes zóster oftálmico cicatrizado



Morphea «En Coup De Sabre» at the Site of Healed Herpes Zoster Ophthalmicus

Sr. Director:

La morfea en coup de sabre (ELCS) es un tipo de morfea lineal que suele implicar a la región fronto-parietal del cuero cabelludo y la cara. Afecta principalmente a la piel y al tejido subcutáneo dando como resultado una alopecia cicatricial^{1,2}. Se ha documentado que los sitios de desarrollo de la morfea coinciden con los de otras dermatosis inflamatorias pre-existentes, entre las que se incluye el herpes zóster. Sin embargo, y a pesar de la abundante revisión de la literatura médica en lengua inglesa, no se ha informado hasta la fecha del desarrollo de una ELCS sobre el área cutánea de un herpes zóster oftálmico cicatrizado. En este artículo describimos, probablemente, el primer caso de ELCS en el sitio de un herpes zóster oftálmico cicatrizado.

Acude a consulta una mujer de 40 años con cambios desde hace 2 meses en el color y la textura de la piel de la frente. Las lesiones comenzaron de manera insidiosa y avanzaron hasta el cuero cabelludo de la región frontal originando una alopecia cicatricial. No había historia de traumatismos previos, defectos en la visión o dolores de cabeza o convulsiones. Cinco meses antes, la paciente había acudido a nuestro departamento por lesiones dolorosas de contenido líquido alrededor del ojo izquierdo y en la frente; se diagnosticaron como herpes zóster, con confirmación con el test de Tzanck y se trató con famciclovir 500 mg/3 veces al día/7 días. La remisión de las lesiones tuvo lugar en un periodo de 2-4 semanas dejando hiperpigmentación residual y cicatriz. En los últimos 2 meses, la paciente observó un engrosamiento

y endurecimiento de la piel del cuero cabelludo próximo a la frente sin afectar a las zonas alrededor del ojo izquierdo.

En el examen médico se observó hiperpigmentación e induración de la piel en la zona izquierda de la frente que se extendía desde la raíz nasal hasta el cuero cabelludo frontal en una localización paramediana, que condujo a una alopecia cicatricial lineal del cuero cabelludo frontal (fig. 1). Los restantes exámenes mucocutáneo, oftalmológico y sistémico no mostraron hallazgos de interés. La serología para *Borrelia burgdorferi* fue negativa. No se observaron anomalías en la radiografía del cráneo, incluida la RM. La



Figura 1 Banda de engrosamiento e induración de la piel que se extiende verticalmente a lo largo de la frente hasta el cuero cabelludo frontal.

Tabla 1 Comparación de casos de morfea en el sitio de un herpes zóster cicatrizado

N.º de caso	Informe de caso	Edad/sexo	Tipo de morfea	Dermatoma implicado	Tiempo transcurrido entre enfermedades
1	Qu T et al. ³	24/V	Morfea ampollosa	T9-12	2 años
2	Noh TW et al. ⁴	57/V	Morfea en placa	T2-4	4 meses
3	Forschner A et al. ⁵	40/M	Morfea en placa con características de liquen escleroso	C4-7	Un mes
4	Lopez N et al. ⁶	45/V	Morfea zosteriforme	T2-4	2 años
5	Ruiz Villaverde R et al. ⁷	19/M	Morfea zosteriforme	T9-10 ^a	2 años
6	Grabell D et al. ⁸	NA	NA	NA	NA
7	Grabell D et al. ⁸	NA	NA	NA	NA
8	Caso actual	40/M	Morfea en coup de sabre	V1	3 meses

M: mujer; NA: información no proporcionada por el autor en su artículo; V: varón.

^a No se menciona específicamente en el artículo, pero se deduce a partir de las fotografías aparecidas en el informe.

biopsia mostró aplanamiento de la epidermis con atrofia de las crestas epidérmicas, y haces de colágeno gruesos e hialinos acompañados de células inflamatorias dispersas y menor número de anejos en la dermis (fig. 2). Teniendo en cuenta los hallazgos clínicos y posteriores exámenes, se diagnosticó ELCS tras un herpes zóster oftálmico.

En una pequeña proporción de pacientes con morfea se han descrito factores ambientales concomitantes como por ejemplo los traumatismos mecánicos, las reacciones a picaduras de insectos, vacunas, radiaciones, fármacos, infecciones e incluso el estrés psicógeno^{1,2}. Son pocos los informes de casos en los que la morfea se ha desarrollado sobre las localizaciones de un herpes zóster previo³⁻⁷. Además, Grabell et al. informaron de 2 casos de morfea en el sitio de herpes zóster cicatrizado en una población de estudio de 329 pacientes, que incluía tanto adultos como niños⁸. Sin embargo, no caracterizaban estos casos al no indicar ni el tipo de morfea, ni el tiempo transcurrido entre ambos procesos ni las localizaciones. En la tabla 1 comparamos esos casos

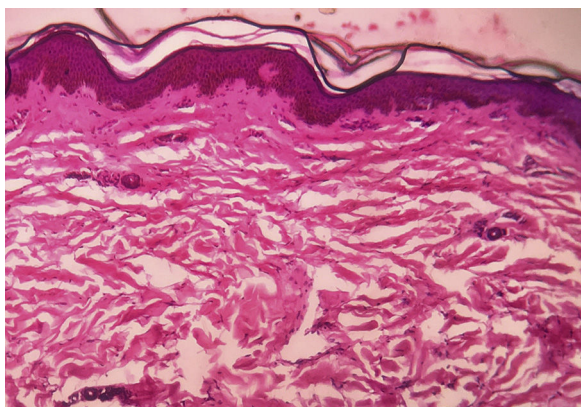


Figura 2 Aplanamiento de la epidermis con atrofia de las crestas epidérmicas y haces hialinos de colágeno densamente compactados con células inflamatorias dispersas en la dermis (H&E, ×10).

con el nuestro (tabla 1). Una extensa revisión de la literatura médica en lengua inglesa no mostró ningún caso previo de ELCS en la misma zona de un herpes zóster oftálmico cicatrizado, lo que hace que nuestro caso sea único.

La cicatriz del herpes zóster constituye la localización más frecuente de otra enfermedad conocida como el fenómeno isotópico de Wolf⁹. Aún se desconocen las causas de este hecho. Se han propuesto como factores predisponentes una disfunción inmunológica local y cambios vasculares, lo que favorecería la consiguiente inflamación⁹. La alteración de los niveles de neuropéptidos en los nervios consecuencia de la infección herpética puede desencadenar una alteración en el sistema inmune y facilitar el desarrollo de dermatosis inflamatorias como la morfea^{4,9}. Se atribuye la esclerosis observada en la morfea a la activación prolongada que ejercen los virus varicela-zóster sobre los fibroblastos bajo la influencia de las citocinas Th2, como son la IL-4 y el factor de transformación del crecimiento beta⁶. El aislamiento de ADN vírico en las lesiones de la segunda enfermedad sugieren que el virus herpes podría ser, por sí mismo, el responsable directo del proceso clínico^{4,10}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Orteu CH. Morphoea and allied scarring and sclerosing inflammatory dermatoses. En: Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, editores. Rook's textbook of dermatology. 9th ed. West Sussex (UK): Wiley Blackwell; 2016, 57.1-29.
- Arif T, Majid I, Ishtiyahq Haji ML. Late onset "en coup de sabre" following trauma: Rare presentation of a rare disease. Our Dermatol Online. 2015;6:49-51.
- Qu T, Fang K. Bullous morphea arising at the site of a healed herpes zoster. J Dermatol. 2014;553-4.

4. Noh TW, Park SH, Kang YS, Lee UH, Park HS, Jang SJ. Morphea developing at the site of healed herpes zoster. *Ann Dermatol*. 2011;23:242–5.
5. Forschner A, Metzler G, Rassner G, Fierlbeck G. Morphea with features of lichen sclerosus et atrophicus at the site of a herpes zoster scar: Another case of an isotopic response. *Int J Dermatol*. 2005;44:524–5.
6. Lopez N, Alcaraz I, Cid-Mañás J, Camacho E, Herrera-Acosta E, Matilla A, et al. Wolf's isotopic response: Zosteriform morphea appearing at the site of healed herpes zoster in a HIV patient. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:90–1.
7. Ruiz Villaverde R, Sánchez-Cano D, Galán-Gutiérrez M. Zosteriform morphea: Wolf's isotopic response in an immunocompetent patient. *Dermatol Rep*. 2011;3:37.
8. Grabell D, Hsieh C, Andrew R, Martires K, Kim A, Vasquez R, et al. The role of skin trauma in the distribution of morphea lesions: A cross-sectional survey of the Morphea in Adults and Children cohort IV. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:493–8.
9. Ruocco V, Ruocco E, Ghersetich I, Bianchi B, Lotti T. Isotopic response after herpesvirus infection: An update. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:90–4.
10. Serfling U, Penneys NS, Zhu WY, Sisto M, Leonardi C. Varicella-zoster virus DNA in granulomatous skin lesions following herpes

zoster. A study by the polymerase chain reaction. *J Cutan Patol*. 1993;20:28–33.

T. Arif^{a,*}, M. Adil^b, S. Suhail Amin^b y M. Alam^c

^a *Departamento de Dermatología, ETS y Lepra, Ellahi Medicare, Kashmir, India*

^b *Departamento de Dermatología, ETS y Lepra, Facultad de Medicina Jawaharlal Nehru (JNMC), Universidad Aligarh Muslim (AMU), Aligarh, India*

^c *Departamento of Dermatología, Facultad de Medicina Jawaharlal Nehru (JNMC), Universidad Aligarh Muslim (AMU), Aligarh, India*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr_tasleem.arif@yahoo.com (T. Arif).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.03.022>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

Hipoqueratosis plantar circunscrita



Circumscribed Plantar Hypokeratosis

Sr. Director:

La hipoqueratosis palmar y plantar circunscrita (HPC) es una entidad infrecuente caracterizada por un adelgazamiento focal del estrato córneo. Se manifiesta como una lesión redondeada, bien definida, deprimida, eritematosa, con borde descamativo, localizada generalmente en las palmas. Suele ser asintomática y afecta predominantemente a mujeres de mediana o avanzada edad. Presentamos tres casos de HPC plantar, una localización poco habitual de esta patología.

Caso 1. Varón de 74 años, diabético, que consultó por presentar en la planta de pie izquierdo una lesión eritematosa de bordes bien delimitados, asintomática, de lento crecimiento, desde hacía 7 años (fig. 1a). La dermatoscopia mostró un borde descamativo en escalera, un fondo eritematoso con vasos puntiformes, un punteado blanco de distribución regular ocasionalmente rodeado por dichos vasos, así como líneas blanquecinas delgadas (fig. 1b). Los datos clínicos y dermatoscópicos fueron compatibles con HPC. El paciente rechazó la práctica de una biopsia y no deseó realizar tratamiento.

Caso 2. Mujer de 82 años, sin antecedentes de interés, que consultó por presentar desde hacía 4 años una lesión levemente pruriginosa en la cara lateral interna del pie derecho, de lento crecimiento. En la exploración física se objetivó una lesión de 12 × 10 mm con bordes netos y centro eritematoso y deprimido. La dermatoscopia reveló hallazgos similares al caso anterior. La biopsia mostró una disminución brusca del grosor de la capa córnea con hipogranulosis,

así como zonas difusas de paraqueratosis sin evidencia de columna paraqueratósica. Con el diagnóstico de HPC, se pautó pomada de dipropionato de betametasona y calcipotriol, con discreta respuesta, suspendiéndose a las pocas



Figura 1 Caso 1. a) Imagen clínica. b) Imagen dermatoscópica: se observa el borde descamativo en escalera (asterisco), un punteado blanco regular (flechas negras), líneas blanquecinas (flechas blancas) sobre un fondo eritematoso con vasos puntiformes, algunos de los cuales se distribuyen alrededor de los puntos blancos (recuadro negro).