

tabine: 5-FU was innocent. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30:163–4, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13468>.

N. Moreiras Arias^{a,*}, M.E. Rosón López^a,
J.M. Suárez Peñaranda^b y H.A. Vázquez Veiga^a

^a *Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: noelia.moreiras.arias@sergas.es
(N. Moreiras Arias).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.12.009>
0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Depósito de amiloides secundario en poroma pigmentado

Secondary Amyloid Deposition in Pigmented Poroma

Sr. Director:

Se observan depósitos amiloides secundarios de manera ocasional en tumores de piel benignos y malignos. Sin embargo, son raros los depósitos amiloides asociados a neoplasias en las glándulas sudoríparas^{1,2}. Describimos aquí un caso de depósitos amiloides secundarios en un poroma pigmentado.

Una mujer japonesa de 78 años de edad acudió a nuestro departamento por un nódulo en el pie que había aparecido un año antes. El examen físico reveló un nódulo pardusco bien delimitado de 13 mm de diámetro en la parte interna del pie derecho (fig. 1a). El examen dermoscópico reveló estructuras de color marrón oscuro con forma de globo con vasos polimorfos en forma de horquilla (fig. 1b). Tras realizar un diagnóstico mediante biopsia por punción, se extrajo quirúrgicamente el nódulo bajo anestesia local. Las características histológicas mostraron cordones de células tumorales que se extendían desde la epidermis hasta la dermis media (fig. 2a). Dichas células tumorales tenían células basofílicas con pequeños núcleos redondos y células cuticulares con diferenciación ductal que fue positiva en la prueba CEA (fig. 2b). Se observó un incremento del número de melanocitos dentro de los nidos que fueron confirmados con las tinciones Fontana-Masson y MART-1 (fig. 2c). Los nidos tumorales contenían depósitos abundantes de melanina, detectándose también melanófagos en el estroma (fig. 2d). Cabe destacar que se encontró un número masivo de materiales eosinofílicos delimitados dentro del estroma (fig. 2d), que fueron positivos en las pruebas Rojo Congo y Dylon (fig. 2e), así como en la de anticuerpos anti-citoqueratina CK5 (fig. 2f). Se rechazó el diagnóstico de amiloidosis sistémica.

Hasta la fecha se han reportado pocos casos de neoplasias en glándulas sudoríparas con depósitos secundarios de amiloides^{1,2}. Ueo et al.² reportaron un caso de poroma

con depósito amiloide². Dicho caso desarrolló porocarcinoma en hidroacantoma simple pigmentado en el glúteo. De manera interesante, se detectaron numerosos glóbulos amiloides en la dermis superior, lo cual fue consistente con los nidos de hidroacantoma simple pigmentado. Ellos especularon que los depósitos amiloides fueron sintetizados a partir de queratina alterada procedente de células tumorales, basándose en la expresión positiva de 34βE12. Por otro lado, el caso presente desarrolló amiloidosis secundaria asociada a poroma pigmentado de tipo Pin-kus. El examen físico detallado no reflejó manifestación cutánea en la espalda ni las extremidades, excluyéndose, por tanto, la posibilidad de amiloidosis cutánea primaria localizada.

El poroma pigmentado es una rara variante de poroma que compromete los sitios no acrales en pacientes que no sean de raza negra³. Histopatológicamente, el poroma pigmentado se caracteriza por la presencia de melanina en el interior de los nidos tumorales, así como melanófagos en el estroma adyacente, según ha sido observado en el presente caso. Se ha apuntado a que diversos factores estimuladores de los melanocitos tales como la endotelina, el factor de células madre o el factor de crecimiento nervioso, pueden estar asociados a la colonización melanocítica en el poroma pigmentado en las zonas no palmoplantares⁴.

Se ha practicado dermoscopia ocasionalmente para poromas pigmentados y los estudios recientes han demostrado que las estructuras vasculares que incluyen vasos arborizantes, vasos en horquilla y vasos polimórficos, estructuras de tipo globular y aberturas de tipo comedo eran los principales hallazgos en dichos poromas⁵. Además, se observaron también diversas estructuras dermoscópicas. En el caso presente se observaron estructuras de tipo globular de color marrón oscuro con vasos polimorfos y vasos en horquilla. Basándonos en las características clínicas y dermoscópicas, sospechamos la presencia de poroma y realizamos una biopsia. La histopatología reveló nidos de células de poroma, reflejando también materiales amorfos en el estroma. Los resultados del examen inmunohistoquímico utilizando anticuerpos anti-CK5 fueron positivos en las áreas de depósitos de amiloides, lo cual sugirió el origen epidérmico del depósito cutáneo secundario de amiloides junto con poroma pigmentado. Son necesarios más estudios para esclarecer los mecanismos de



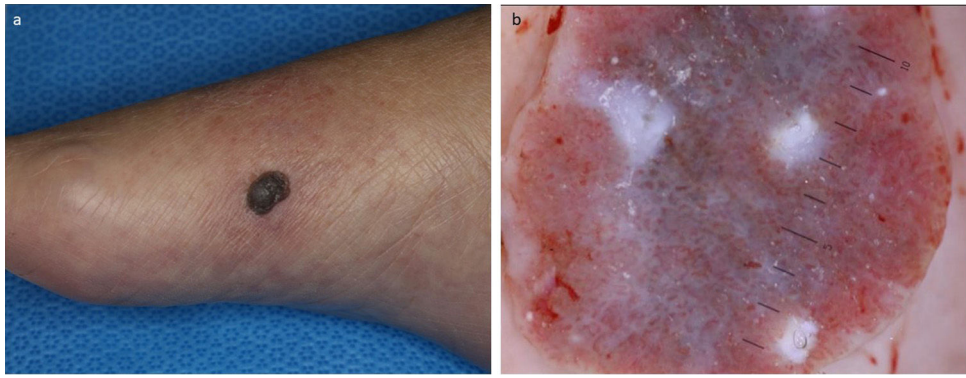


Figura 1 Nódulo pardusco bien delimitado en el lado interno del pie derecho (a). La dermoscopia reveló estructuras de tipo globular con vasos polimorfos (b).

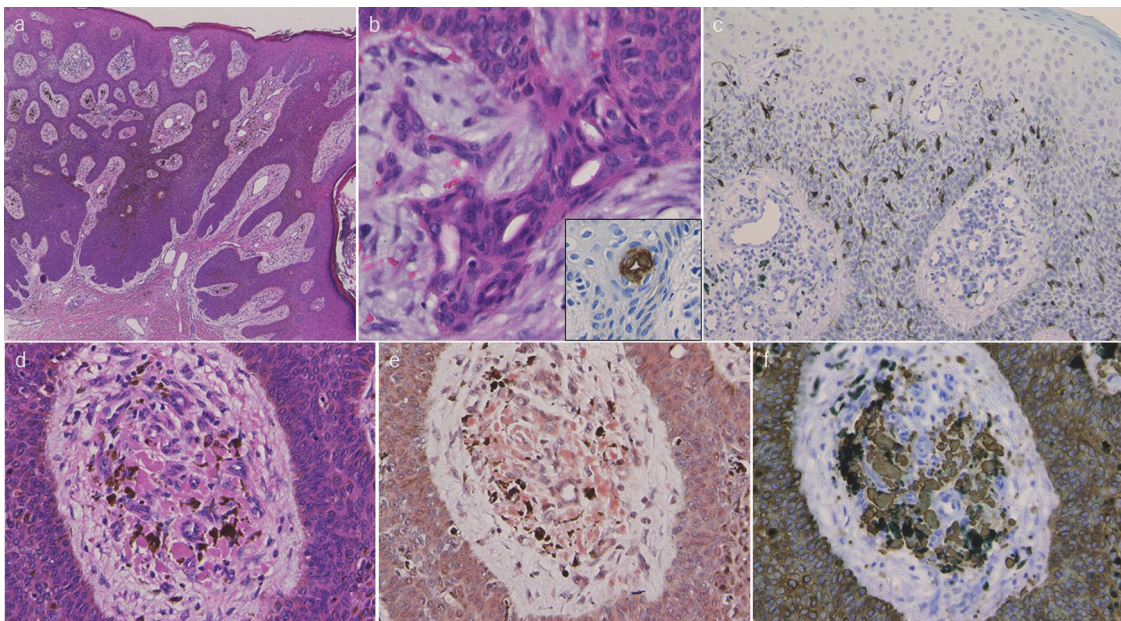


Figura 2 Características histológicas que muestran nidos tumorales basofílicos que se extienden desde la epidermis a la dermis media (hematoxilina y eosina) (a). La mayor ampliación muestra estructuras ductales dentro de los nidos (b), que fueron positivas con la tinción CEA (insert). La tinción MART-1 reveló el incremento del número de melanocitos dentro de los nidos tumorales (c). Una serie de depósitos de melanina dentro de los nidos tumorales, así como melanófagos y materiales amorfos en el estroma (d). Los materiales amorfos en el estroma resultaron positivos con las tinciones Rojo Congo (e) y CK5 (f) (ampliación original a: $\times 40$, b: $\times 200$, c: $\times 100$, d-f: $\times 400$).

los depósitos secundarios de amiloides en los tumores de piel.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ueo T, Kashima K, Daa T, Kondoh Y, Yanagi T, Yokoyama S. Poro-carcinoma arising in pigmented hydroacanthoma simplex. *Am J Dermatopathol.* 2005;27:500–3.
2. Saggini A, Mully T. Reactive eccrine syringofibroadenomatosis secondary to primary cutaneous amyloidosis: a novel association. *J Cutan Pathol.* 2014;41:380–5.
3. Phelps A, Murphy MJ. Pigmented classic poromas: a tumor with a predilection for nonacral sites? *J Cutan Pathol.* 2010;37:1121–2.
4. Hu S, Chen G, Wu C, Chai CY, Chen WT, Lan CC. Pigmented eccrine poromas: expression of melanocyte-stimulating cytokines by tumor cells does not always result in melanocyte colonization. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:303–10.

5. Minagawa A, Koga H. Dermoscopy of pigmented poromas. *Dermatology*. 2010;221:78–83.

S. Igari, T. Ito, M. Ishikawa, T. Hiraiwa y T. Yamamoto*

Department of Dermatology, Fukushima Medical University, Fukushima, Japan

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: toyamade@fmu.ac.jp (T. Yamamoto).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.01.018>

0001-7310/ © 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pitiriasis rosada en un paciente pediátrico con diagnóstico confirmado de COVID-19



Pityriasis Rosea in a Confirmed COVID-19 Pediatric Patient

Sr. Director:

El 31 de diciembre de 2019 la Organización Mundial de la Salud identificó un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) en la ciudad de Wuhan, China, que se propagó con mucha rapidez, y que hasta la fecha ha causado la muerte a miles de personas por la enfermedad que provoca (COVID-19). Se han reportado diversas manifestaciones dermatológicas asociadas a la COVID-19. Entre ellas se han publicado previamente pitiriasis rosada (PR) y erupción de tipo PR. Durante la pandemia de la COVID-19 el diagnóstico de PR se ha vuelto más común¹⁻⁵.

La PR es una enfermedad cutánea inflamatoria autolimitada que puede ser inducida por agentes virales: en especial herpesvirus humano 6 y herpesvirus humano 7, autoinmunidad, factores psicogénicos, vacunas y fármacos^{1,2}.

Presentamos aquí un caso de PR en un paciente pediátrico con diagnóstico confirmado de COVID-19. El paciente y sus familiares han otorgado consentimiento informado escrito para la publicación de los datos de este caso.

Un niño de 10 años de edad acudió con historia de 20 días de erupción cutánea. Se sabía que había contraído infección por COVID-19 un mes atrás, y que no había recibido medicación alguna. Durante la exploración dermatológica se observaron pequeñas placas eritematosas y manchas elevadas y escamosas situadas en paralelo a las costillas (fig. 1). El recuento sanguíneo completo, las pruebas hepáticas y renales, los marcadores de hepatitis y los valores de sedimentación y PCR se hallaban dentro de rangos normales. En el examen histopatológico de la biopsia de una lesión se observaron picos focalizados de paraqueratosis, espongirosis, vesículas espongióticas focalizadas, exocitosis linfocítica, acantosis ligeramente irregular con leve homogenización de colágeno en la dermis, infiltración eritrocítica de leve a moderada en el plexo vascular superficial y dispersión de linfocitos (fig. 2). Se estableció diagnóstico de PR tras infección por COVID-19, dados los hallazgos clínicos e histopatológicos. Se trató al paciente con pomada de betametasona valerato, urea al 10% y cetirizina. Las lesiones se resolvieron un mes más tarde.

No se conoce con claridad la asociación entre PR y la infección por la COVID-19. En la literatura los pacientes

con diagnóstico confirmado de COVID-19 desarrollaron PR y erupción de tipo PR, algunos de ellos sintomáticos o asintomáticos, y otros tras infectarse por la COVID-19²⁻⁵. Por tanto, en un paciente que se presente con PR y erupción de tipo PR es necesario considerar la infección por COVID-19 y aconsejar la realización de pruebas de SARS-CoV-2 a los pacientes necesarios. La PR podría ser directamente dependiente de la infección por la COVID-19, o de la reactivación viral (herpesvirus humano 6, herpesvirus humano 7, virus de Epstein Barr)¹⁻⁵. Además, el incremento de estrés psicológico causado por el periodo pandémico podría haber contribuido a desencadenar PR¹. Debido al número limitado de datos se hace difícil probar una relación causal en estos casos.

En conclusión, los dermatólogos deben ser conscientes de los síntomas cutáneos vinculados a la infección por la COVID-19.

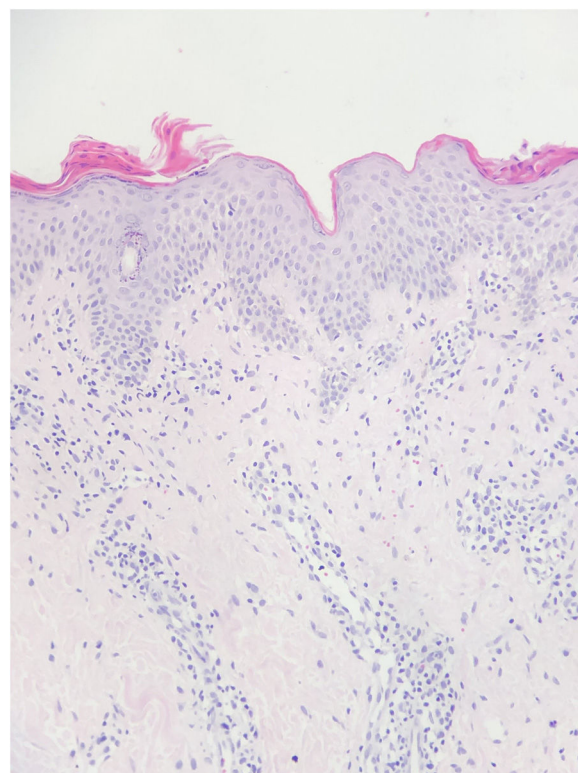


Figura 1 Lesiones eritematosas difusas del tronco; muchas de estas lesiones tenían escamas periféricas.