

El tratamiento de las formas solitarias o tipo Smith consistirá esencialmente en la exéresis quirúrgica de la lesión. Sin embargo, en las formas múltiples o tipo Robinson este tratamiento no es aceptable, por lo que se han ensayado numerosas opciones con resultados desiguales. En primer lugar debe advertirse al paciente que evite los desencadenantes que empeoran las lesiones, como el ejercicio o los ambientes muy calurosos. También se ha usado la atropina de forma oral, pero los efectos secundarios sistémicos no compensan su utilización. Sin embargo, la aplicación tópica de atropina al 1% sí que ha conseguido respuestas en algunos pacientes⁸, aunque no en otros^{5,7}. Otros tratamientos incluyen el uso del láser de CO₂ o el láser de colorante pulsado⁹, la destrucción mediante electrodesecación con aguja fina, o incluso el uso de inyecciones de toxina botulínica¹⁰. En los casos en que hay una al-

teración subyacente, como el hipertiroidismo, la corrección del mismo produce una remisión de las lesiones³.

Bibliografía

1. Robinson AR. Hidrocystoma. *J Cutan Genitourin Dis.* 1893;11:293-303.
2. Smith JD, Chernosky ME. Hidrocystomas. *Arch Dermatol.* 1973;108:676-9.
3. Kim YD, Lee EJ, Song MH, Shur KB, Lee JH, Park JK. Multiple eccrine hidrocystomas associated with Graves' disease. *Int J Dermatol.* 2002;41:295-7.
4. De Alba L, Barrios E, Medina DE, Ramos A. Hamartoma cutáneo adquirido de músculo liso de localización facial. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2001;10:73-6.
5. Khunger N, Mishra S, Jain RK, Saxena S. Multiple eccrine hidrocystomas: report of two cases treated unsuccessfully with atropine ointment. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2004;70:367-9.
6. Klein W, Chan E, Seykora JT. Tumors of the epidermal appendages. En: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF, editors. *Histopathology of the skin.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 867-926.
7. Alfadley A, al Aboud K, Tulba A, Mourad MM. Multiple eccrine hidrocystomas of the face. *Int J Dermatol.* 2001;40:125-30.
8. Armstrong DKB, Walsh MY, Corbett JR. Multiple facial eccrine hidrocystomas: effective topical therapy with atropine. *Br J Dermatol.* 1998;139:558-9.
9. Lee HW, Lee DK, Lee HJ, Chang SE, Lee MW, Choi JH, et al. Multiple eccrine hidrocystomas: successful treatment with a 595 nm long-pulsed dye laser. *Dermatol Surg.* 2006;32:296-7.
10. Blugerman G, Schavelzon D, D'Angelo S. Multiple eccrine hidrocystomas: a new therapeutic option with botulinum toxin. *Dermatol Surg.* 2003;29:557-9.

Angiomas capilares lobulares diseminados

A. Vergara^a, M.J. Isarría^a, J.L. Rodríguez-Peralto^b y A. Guerra^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Sr. Director:

El angioma capilar lobular es una lesión vascular benigna muy común que



Figura 1. Múltiples lesiones sésiles, de color violáceo, localizadas en el tronco.

aparece con mayor frecuencia tras traumatismos en encías, labios, mucosa nasal, cara o dedos. Más raramente aparece de forma múltiple o multifocal; en estos casos puede formar parte de un síndrome paraneoplásico, pero en otros no se ha encontrado ninguna enfermedad subyacente. Se han descrito variantes más raras como los localizados a nivel subcutáneo e intravenoso. También se han descrito tras la ingesta de determinados fármacos como retinoides orales^{1,2}.

Presentamos el caso de un paciente varón de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial maligna de larga evolución, insuficiencia renal crónica por nefroangioesclerosis, anemia por trastorno crónico, poliposis colónica con polipeptomías múltiples con histología de adenomas tubulares y tubulovelloso.

Seguía tratamiento con carvedilol, torasemida, ácido acetilsalicílico, nifedipino, enalapril y eritropoyetina.

El paciente refería una historia de 4 a 5 años de evolución con aparición de lesiones cutáneas sésiles y nodulares subcutáneas, de consistencia blanda, coloración rojo-violácea de tamaño variable, de 0,5 a 2 cm de diámetro y localizadas fundamentalmente en el tronco y el cuello (fig. 1). Las mucosas se encontraban respetadas.

En la analítica de sangre encontramos una hemoglobina de 9,4 mg/dl con el resto del hemograma normal; en la bioquímica presentaba: creatinina de 3,22, urea de 114 y ácido úrico de 8,24, siendo el resto normal.

Se extirparon varias lesiones y el examen histológico demostró lesiones lobuladas dérmicas compuestas por

canales vasculares de pared delgada formadas por células endoteliales. Los nidos de células endoteliales se encuentran agrupados y separados por un estroma fibroso (fig. 2).

Se le realizó una tomografía axial computarizada toracoabdominopélvica que no demostró hallazgos de interés.

En la colonoscopia se encontraron 6 nuevos pólipos que se extirparon.

En la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) con hematíes ^{99m}Tc se observaban múltiples nódulos subcutáneos con características de angiomas en extremidades, región dorsal, lumbar y maxilar izquierdo, así como una lesión similar en el lóbulo superior del pulmón derecho posterior (fig. 3).

Concluimos que los angiomas capilares lobulares múltiples aparecen de forma excepcional. Se han descrito casos en pacientes sin patología de base, en los que aparecen *de novo*³⁻⁵; en otros casos se han asociado a traumatismos previos como puede ser la extirpación o electrocoagulación de una lesión única previa, tras quemaduras⁶ o tras dermatitis exfoliativa. Otras veces aparecen tras tratamiento con metotrexato, etre-

tinato o factor estimulante de colonias granulocíticas^{7,8}. También se han publicado casos asociados a procesos malignos: enfermedad de Hodgkin, leucemia linfática crónica, melanoma maligno o mieloma⁹, inmunodeficiencias como el déficit de IL-2 y procesos inflamatorios o infecciosos crónicos en general como glomerulonefritis, hipertensión arterial y accidentes cerebrovasculares.

Se han descrito angiomas al nivel intestinal en pacientes con angiomas capilares lobulares cutáneos múltiples. Esta asociación ocurre en menos de un 2% de los casos. Se debe tener en cuenta en pacientes que presenten síntomas asociados como melena o anemia progresiva. Una técnica muy útil para su detección es el SPECT con hematíes ^{99m}Tc ¹⁰.

En el caso de nuestro paciente, además de los angiomas capilares lobulares subcutáneos, se detectó una lesión similar en el pulmón que se identificó mediante SPECT.

El posible desencadenante de las lesiones angiomasas puede ser la múltiple patología sistémica crónica que presentaba el paciente.

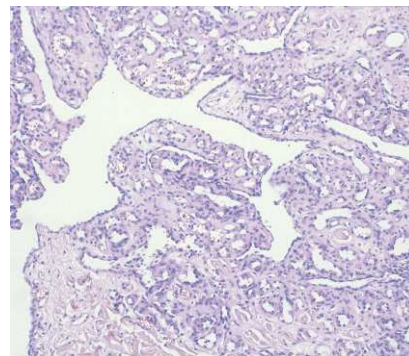


Figura 2. Canales vasculares de pared delgada compuestos por células endoteliales. Hematoxilina-eosina, $\times 200$.

La mayoría de las lesiones se resuelven espontáneamente; si no es así se pueden tratar con crioterapia, electrocoagulación, extirpación quirúrgica o láser de colorante pulsado. En el caso de nuestro paciente se extirparon las lesiones que le producían molestias y se decidió una actitud expectante.

Bibliografía

1. Requena L, Sanguaza OP. Cutaneous vascular proliferations. Part II. Hyperplasias and benign neoplasms. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:887-919.
2. Cooper PH, Mills SE. Subcutaneous granuloma pyogenicum. *Arch Dermatol.* 1982;118:30-3.
3. Shah M, Kingston TP, Cotterill JA. Eruptive pyogenic granulomas: a successfully treated patient and a review of the literature. *Br J Dermatol.* 1995; 133:795-6.
4. Gonul M, Gul U, Gunduz H, Artantas S, Deimiriz M. Disseminated lobular capillary hemangioma: two case reports. *J Dermatol.* 2005;32:996-9.
5. Behne K, Robertson I, Weedon D. Disseminated lobular capillary haemangioma. *Australas J Dermatol.* 2002;43:297-300.
6. Bozkurt M, Kulahçı Y, Zor F, Askar I. Multiple giant disseminated pyogenic granuloma in a burn lesion. *J Burn Care Res.* 2006;27:247-9.
7. Williamson DM, Greenwood R. Multiple pyogenic granulomata occurring during etretinate therapy. *Br J Dermatol.* 1983;109:615-7.
8. Lenczowski JM, Cassarino DS, Jain A, Turner ML. Disseminated vascular

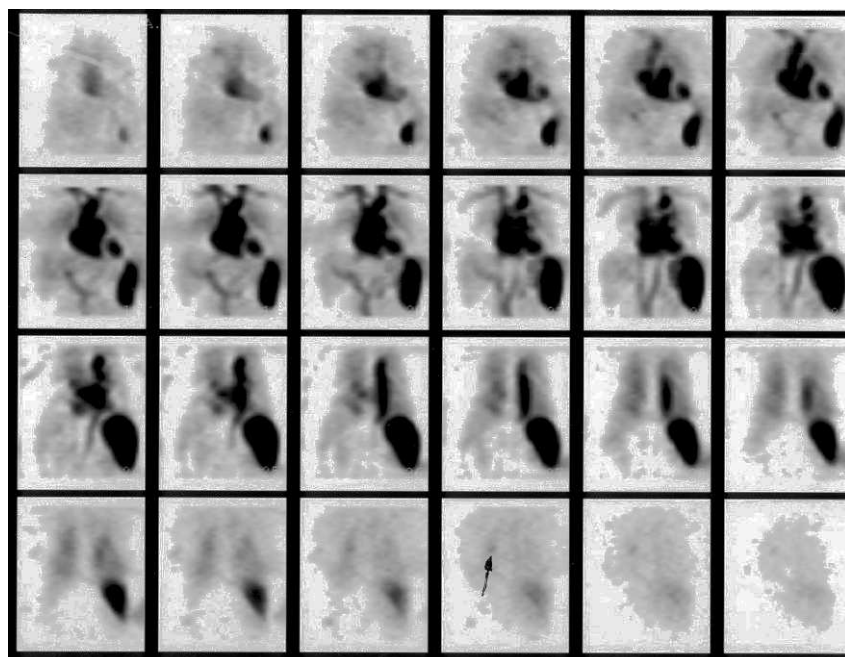


Figura 3. Tomografía computarizada por emisión de fotón único con hematíes ^{99m}Tc : detalle de nódulo captante en el lóbulo superior del pulmón derecho posterior.

papules in an immunodeficient patient being treated with granulocyte colony stimulating factor. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:105-8.

9. Pembroke AC, Grice K, Levantine AV, Warin AP. Eruptive angiomata in malignant disease. *Clinical and Exp Dermatol.* 1978;3:147-56.

10. Lin KJ, Yen TC, Tzen KY. Multiple pyogenic granuloma demonstrated by SPECT using ⁹⁹Tcm-labelled red blood cells. *Br J Radiol.* 1999;72:397-9.

Seno umbilical pilonidal. ¿Una complicación de la depilación?

G. Pitarch, J.M. Latasa y J.M. Sánchez-Motilla

Centro Clínico Latasa. Castellón de la Plana. España.

Sr. Director:

El seno pilonidal es un trastorno inflamatorio crónico relacionado con la penetración de fragmentos de pelo en la piel, causando una reacción a cuerpo extraño y la formación de un seno revestido por tejido de granulación. Aparece típicamente en el área sacrococcígea, pero se puede desarrollar en otras localizaciones donde una hendidura anatómica facilite la acumulación de los pelos, como el espacio intermamario, las axilas, el periné, o el espacio interdigital en barberos. Sólo en raras ocasiones se presenta en el ombligo.

Un varón de 28 años acudió a nuestra consulta por presentar inflamación y supuración en el interior del ombligo desde hacía dos meses. Tras una exploración metuculosa se descubrió la presencia de un tracto sinusal a través del cual se extrajeron numerosos fragmentos de pelo. El paciente, de constitución hirsuta y con un peso adecuado a su talla, se depilaba el tronco con cuchilla desde hacía cuatro meses. La clínica se resolvió tras la extracción de los pelos de la cavidad, sin recurrencias a los 6 meses.

La mayoría de casos de seno pilonidal umbilical se manifiesta como una onfalitis recidivante con dolor, supuración, hemorragia, o incluso como una masa umbilical. Habitualmente afecta a varones jóvenes e hirsutos, en ocasiones con poca higiene personal. La obesidad y la sudoración son otros factores que pueden facilitar la penetración de los pelos a través de la epidermis¹. En la literatura no se ha relacionado la depilación como un factor de riesgo para el desarrollo del seno pilonidal umbilical, posiblemente porque esta costumbre se ha extendido entre los varones muy recientemente. En este paciente es posible que algunos fragmentos de pelo cortado del pecho y del abdomen se introdujesen en el ombligo e indujesen la formación del seno pilonidal.

El diagnóstico es clínico, al observar los pelos alojados en el fondo del ombligo. El estudio anatomopatológico muestra un granuloma a cuerpo extraño, con un tracto revestido por un epitelio que conduce a un área de fibrosis y tejido de granulación que envuelve los fragmentos pilosos. Esta entidad se debe incluir en el diagnóstico diferencial de lesiones umbilicales,

como el quiste epidérmico, la hernia umbilical, el granuloma piogénico, la endometriosis, restos del ducto onfalo-mesentérico, anomalías del uraco o tumores metastáticos².

El tratamiento conservador, consistente en extraer los fragmentos pilosos y otros restos de la cavidad, con antibioterapia oral si se precisa, consigue la curación en la gran mayoría de los pacientes^{3,4}. La onfalectomía debe reservarse para casos refractarios. Se recomienda no reconstruir el ombligo, dejando que la herida quirúrgica cierre por segunda intención para evitar recidivas.

Bibliografía

1. Eryilmaz R, Sahin M, Okan I, Alimoglu O, Somay A. Umbilical pilonidal sinus disease: predisposing factors and treatment. *World J Surg.* 2005;29:1158-60.
2. Schoelch SB, Barrett TL. Umbilical pilonidal sinus. *Cutis.* 1998;62:83-4.
3. Abdelnour A, Aftimos G, Elmasri H. Conservative surgical treatment of 27 cases of umbilical pilonidal sinus. *J Med Liban.* 1994;42:123-5.
4. McClenathan J. Umbilical pilonidal sinus. *Can J Surg.* 2000;43:225.

Poroma ecrino pigmentado

I. Allende, J. Gardezabal, E. Acebo y J.L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

Sr. Director:

El poroma ecrino es un tumor poco frecuente que tiene una morfología va-

riable. Debido a su versatilidad clínica puede adoptar la apariencia de otros tumores cutáneos, por lo que en pocas

ocasiones se establece el diagnóstico clínicamente y es el estudio anatomopatológico el que confirma el diagnóstico.