

El tratamiento del GAD es un reto para el dermatólogo debido a la falta de guías terapéuticas basadas en la evidencia. Se han descrito alrededor de 30 diferentes tratamientos, todos con resultados variables, la mayoría de ellos de casos aislados o series cortas. Entre los más utilizados se encuentran los corticosteroides tópicos, orales, intralesionales e intramusculares, agentes biológicos, intervenciones quirúrgicas, tratamiento con láser y la fototerapia². Se han descrito buenos resultados con fototerapia PUVA, re-PUVA y UVA1 en el GAD³⁻⁵.

Además de tratarse de un cuadro de difícil manejo, las recurrencias son frecuentes en el GAD. En un estudio retrospectivo de 33 pacientes tratados con PUVA, el 66% de ellos mostraron mejoría, pero en la mayoría las lesiones recurrieron durante los primeros 2 años⁴. Aunque la resolución se produce después de varias sesiones de tratamiento, hay alivio del prurito desde las primeras cuando este está presente.

La fototerapia UVB-BE, con un espectro de emisión de 311-313 nm, es utilizada desde hace años para la psoriasis, con un riesgo más bajo de eritema y de carcinogénesis que la UVB de banda ancha. Además, es ya bien conocido que el efecto de supresión linfoproliferativo y sobre la producción de citocinas que tiene la UVB-BE es superior al UVB de banda ancha⁶. Cada vez son más las enfermedades dermatológicas en las cuales la UVB-BE demuestra su eficacia y seguridad, incluso en la población pediátrica⁷.

Cuando nos decantamos por un tratamiento sistémico para el GAD se deben tener en cuenta múltiples variables, entre ellas el perfil de analítica basal del paciente, sus comorbilidades, las interacciones con otros fármacos, los posibles efectos adversos y los tratamientos previos realizados². En aquellos casos en los que, como en nuestra paciente, no estuvieran indicados los psoralenos, y a pesar de haber encontrado un único caso publicado en la literatura¹, creemos que merece la pena el intento terapéutico con fototerapia UVB-BE.

Bibliografía

1. Inui S, Nishida Y, Itami S, Katayama I. Disseminated granuloma annulare responsive to narrowband ultraviolet B therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53:533-4.
2. Thornsberry LA, English 3rd JC. Etiology, diagnosis, and therapeutic management of granuloma annulare: An update. *Am J Clin Dermatol*. 2013;14:279-90.
3. Wollina U, Langner D. Treatment of disseminated granuloma annulare recalcitrant to topical therapy: A retrospective 10-year analysis with comparison of photochemotherapy alone versus photochemotherapy plus oral fumaric acid esters. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2012;26:1319-21.
4. Browne F, Turner D, Goulden V. Psoralen and ultraviolet A in the treatment of granuloma annulare. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2011;27:81-4.
5. Schnopp C, Tzaneva S, Mempel M, Schulmeister K, Abeck D, Tanew A. UVA1 phototherapy for disseminated granuloma annulare. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2005;21:68-71.
6. Tjioe M, Smits T, van de Kerkhof PC, Gerritsen MJ. The differential effect of broad band vs narrow band UVB with respect to photodamage and cutaneous inflammation. *Exp Dermatol*. 2003;12:729-33.
7. Brazzelli V, Carugno A, Rivetti N, Cananzi R, Barruscotti S, Borroni G. Narrowband UVB phototherapy for pediatric generalized pityriasis lichenoides. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2013;29:330-3.

G. Solano-López*, M.J. Concha-Garzón, D. de Argila y E. Daudén

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guitje1@hotmail.com
(G. Solano-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.08.004>

Un tumor en imágenes: pilomatrixoma anetodérmico



A Tumor in Images: Anetodermic Pilomatrixoma

Sr. Director:

El pilomatrixoma o pilomatricoma es una neoplasia cutánea benigna relativamente común que deriva de las células inmaduras de la matriz del folículo piloso y se presenta clínicamente como una lesión nodular sólida de crecimiento lento. Presenta dos picos de incidencia, el primero y mayor en las 2 primeras décadas de la vida, y el segundo, menor, en la 6.ª. Su variante anetodérmica o linfangiectásica presenta en la biopsia una disminución del colágeno y de las fibras elásticas así como vasos linfáticos dilatados en la dermis superficial, lo que clínicamente se traduce en nódulos duros que se palpan dentro de sacos de consistencia elástica o como lesiones pseudoampollosas.



Figura 1 Imagen clínica: tumoración excrecente de 15 mm de diámetro, bien delimitada en la región frontoparietal derecha con varios colores.

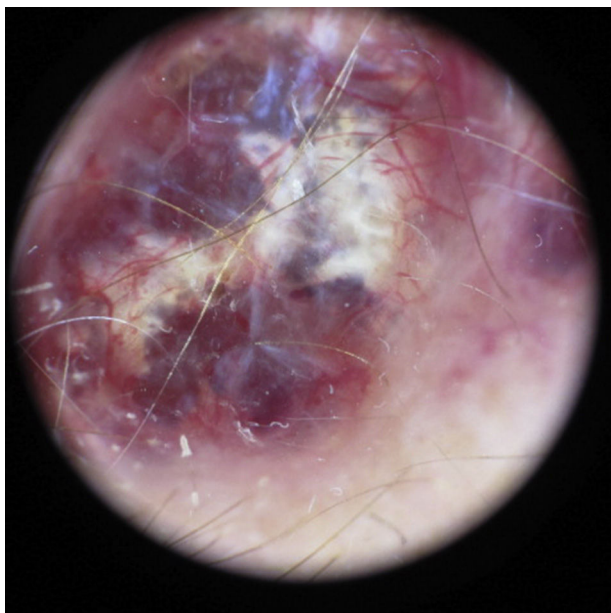


Figura 2 Imagen dermatoscópica: se observa una lesión con áreas rojizas homogéneas, estructuras blanco amarillentas irregulares, zonas de velo azul blanquecino, vasos lineales irregulares en la periferia y algunas crisálidas.

Una mujer de 61 años de edad intervenida de un fibroadenoma de mama, sin otros antecedentes médicos de interés, consultó por una lesión discretamente dolorosa, de rápido crecimiento en la región frontoparietal derecha pegada a la línea de implantación capilar. La lesión tenía un mes de evolución y había aparecido pocos días después de un traumatismo sobre la zona. En la exploración física presentaba una lesión exofítica de 15 mm de diámetro, bien delimitada, de tonalidad roja y violácea, con parches blanco-amarillentos y blanda al tacto (fig. 1). La imagen dermatoscópica mostraba una lesión con áreas rojizas homogéneas, estructuras blanco amarillentas irregulares, zonas de velo azul blanquecino, vasos lineales irregulares y algunas crisálidas (fig. 2). En la ecografía cutánea se observó una lesión hipocóica lobulada localizada en la dermis superficial, con discreto refuerzo posterior y aumento de la vascularización perilesional (fig. 3). Se realizó extirpación completa de la lesión bajo anestesia local para análisis his-

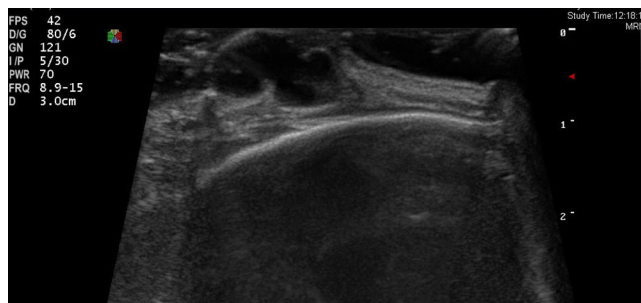


Figura 3 Imagen de ecografía cutánea: se observa una lesión hipocóica lobulada localizada en la dermis superficial con discreto refuerzo posterior.

topatológico, que confirmó el diagnóstico de sospecha de pilomatrixoma anodérmico (fig. 4).

El pilomatrixoma anodérmico es una variante infrecuente de un tumor relativamente común y bien conocido. Su etiología no está clara, pero recientes estudios postulan que el traumatismo mecánico puede desempeñar un papel fundamental en su desarrollo al alterar la integridad dérmica y el microambiente vascular¹. Otros autores² plantean que el papel determinante lo ejercería un aumento en el número o en la actividad de los mastocitos, lo que favorecería la elastólisis, aumentaría la proliferación epidérmica sobre la lesión a través de la activación de algunas citoquinas². Ello también explicaría la hiperpigmentación de la capa basal observada en algunos de estos tumores por la capacidad de los mastocitos de activar la proliferación de los melanocitos a través de algunos mediadores.

Clínicamente, el pilomatrixoma anodérmico se presenta como una tumoración excrecente con preferencia por la piel de las extremidades superiores y de los hombros, del color de la piel normal, hiperpigmentada o de aspecto vascular³. Son lesiones blandas a la palpación y se hunden en el centro cuando se ejerce una presión vertical sobre ellas.

Si comparamos las características dermatoscópicas de nuestra lesión con las descritas en los pilomatrixomas no anodérmicos en el trabajo de Zaballos et al.⁴, podemos comprobar que tienen en común las estructuras blancas irregulares, las áreas rojizas homogéneas y los vasos lineales irregulares. Los vasos dilatados y las hemorragias

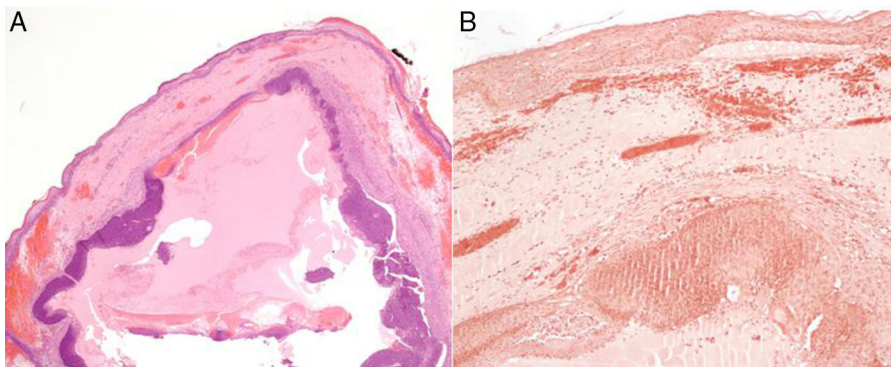


Figura 4 Imagen histológica. H-E \times 20. Se observa un pilomatrixoma bien delimitado bajo una dermis edematosa con importante extravasación hemática (A) y ausencia completa de fibras elásticas en la tinción con orceína (x 100, B).

observados en la histología podrían corresponder con la imagen dermatoscópica de los vasos lineales y las áreas rojizas homogéneas presentes en la imagen dermatoscópica.

La imagen ecográfica clásica del pilomatricoma convencional es una lesión con halo hipocóico y una zona central hiperecólica (correspondiente a calcificación) que genera sombra posterior⁵. Hughes et al. publican en 1999 un trabajo retrospectivo sobre ecografía preoperatoria de 28 lesiones sospechosas de pilomatricomas convencionales⁶. En 20 de ellas la ecografía apoyaba el diagnóstico clínico de sospecha y en 16 de esas 20 lesiones se pudo realizar estudio histológico que confirmó el diagnóstico de pilomatricoma. En la literatura revisada no se ha encontrado una descripción de la ecografía cutánea del pilomatricoma anodérmico.

En cuanto al diagnóstico diferencial, se puede plantear con el carcinoma basocelular (CBC) o el melanoma⁴, y en ambos casos los estudios dermatoscópico y ecográfico pueden ayudar en el diagnóstico preoperatorio. Desde el punto de vista ecográfico el CBC y el melanoma se describen también como lesiones hipocóicas. Las características que pueden ayudar a diferenciarlas, son la presencia de unos pequeños nódulos hiperecólicos en el interior de la lesión característicos del CBC y un borde irregular con abundante vascularización en el interior del tumor en el melanoma^{7,8}.

En conclusión, presentamos la descripción clínica y por primera vez dermatoscópica y ecográfica del pilomatricoma anodérmico.

Bibliografía

1. Li L, Zeng Y, Fang K, Xiao Y, Jin H, Ray H, et al. Anetodermic pilomatricoma: Molecular characteristics and trauma in the

development of its bullous appearance. *Am J Dermatopathol.* 2012;34:e41-5.

2. Nomura E, Otsuka M, Yamamoto T. Anetodermic pilomatricoma: Report of three cases. *Int J Dermatol.* 2013;52:735-8.
3. Garrido-Ríos AA, Nájera-Botello L, Villanueva AC, Meseguer-Yebra C, Romero-Maté A, Martínez-Sánchez D, et al. Floppy tumor on the shoulder. *Int J Dermatol.* 2011;50:921-2.
4. Zaballos P, Llambrich A, Puig S, Malveyh J. Dermoscopic findings of pilomatricomas. *Dermatology.* 2008;217:225-30.
5. Echeverría-García B, Borbujo J, Alfageme F. Incorporación de la ecografía en dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2014. En prensa.
6. Hughes J, Lam A, Rogers M. Use of ultrasonography in the diagnosis of childhood pilomatricoma. *Pediatr Dermatol.* 1999;16:341-4.
7. Concha RM, Fariás NMM, Abarzúa AA, Droppelmann MN, González BS, García BC, et al. Pilomatricoma: unusual clinical presentation. *Arch Argent Pediatr.* 2011;109:116-8.
8. Ushara H, Hayashi K, Koga H, Saida T. Multiple hypersonographic spots in basal cell carcinoma. *Dermatol Surg.* 2007;33:1215-9.

C. Martínez-Morán^{a,*}, B. Echeverría-García^a, L. Nájera^b y J. Borbujo^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: crismmoran@hotmail.com, cmmoran@salud.madrid.org (C. Martínez-Morán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.07.003>

Morfea tras radioterapia en paciente con cáncer de mama



Morphea Following Radiation Therapy in a Patient With Breast Cancer

La morfea post radioterapia (MPR) es una rara complicación que aparece en el área radiada después del tratamiento del cáncer, generalmente de mama. Presentamos una paciente con carcinoma mamario tratado con cirugía y radioterapia (RT) que desarrolló MPR un año después.

Mujer de 56 años diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda tratado con tumorectomía y biopsia de ganglio centinela negativa. Recibió tratamiento adyuvante con quimioterapia, hormonoterapia con letrozol y RT externa sobre glándula mamaria mediante fotones de 6 y 18 MeV con dosis de 50 Gy, y sobreimpresión del lecho tumoral con dosis de 66 Gy, con buena tolerancia. Al año de terminar la RT comenzó bruscamente con induración dolorosa de la mama izquierda y disminución del tamaño. A la exploración presentaba evidente asimetría respecto a la derecha, con placa bien delimitada, leñosa y de borde eritematoso, afectando el área de radiación (fig. 1). La biopsia mostró ligera atrofia epidérmica, hiperpigmentación de la basal, colágeno dérmico engrosado, pérdida de anejos

y discreto infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial superficial y profundo linfoplasmocitario con escasos eosinófilos intersticiales en la dermis profunda (fig. 2). El estudio de inmunidad fue normal y la serología de *Borrelia* negativa. La resonancia y mamografía no mostraron alteraciones en la glándula. Tras tratamiento con prednisona oral 0,5 mg/kg/día en pauta descendente durante 2 meses y clobetasol tópico se produjo desaparición del dolor, descenso de la induración y del eritema, con aparición ocasional de alguna vesícula, permaneciendo estable un año después sin recidiva tumoral.

Las reacciones de radiodermatitis aguda y crónica son muy frecuentes, en cambio la aparición de MPR es mucho más rara. Los primeros casos de MPR en el tratamiento del cáncer fueron descritos por Colver et al. en 1989 con 9 pacientes¹. En el cáncer de mama la cirugía conservadora y RT adyuvante se ha convertido en el tratamiento habitual en estadios precoces, siendo estas pacientes las más afectadas. En una serie se vio que la incidencia de MPR en mujeres con cáncer de mama fue de 3/6.000 casos frente a 2,7/100.000 habitantes/año en la población general, lo que representa un claro aumento².

Revisando la literatura se han descrito 68 casos de MPR¹⁻⁹, con un rango de edad de 34 a 85 años (mayor que en morfea idiopática) y en general de etnia caucásica. En su mayoría son mujeres con carcinoma mamario tratado