

efectos secundarios de este tipo de tratamiento, decidimos emplearlo en nuestras 2 pacientes con esta misma pauta, observando una resolución total de la lesión en la primera paciente (fig. 1b) y quedando una zona papulosa de aspecto cicatricial en la segunda, con resolución de la HCP (fig. 2b). El tratamiento mediante crioterapia se basa en la teoría de la existencia de queratinocitos alterados con un crecimiento clonal cuya destrucción y sustitución por queratinocitos sanos adyacentes resolvería el defecto.

Finalmente, y en consonancia con el trabajo de Boffa y Degaetano (2007), opinamos que la crioterapia podría considerarse una opción terapéutica de primera línea, segura, accesible, económica y efectiva para la HCP.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Pérez A, Rütten A, Gold R, Urbina F, Misad C, Izquierdo MJ, et al. Circumscribed palmar or plantar hypokeratosis: A distinctive epidermal malformation of the palms or soles. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:21-7.
- Arbesman J, Loss LC, Helm KF, Rothman IL. A congenital case of circumscribed acral hypokeratosis. *Pediatr Dermatol.* 2012;29:485-7.
- Urbina F, Pérez A, Requena L, Rütten A. Hipoqueratosis circumscrita palmar o plantar. Conocimientos y controversias tras 10 años de su descripción. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:574-82.
- Obermoser G, Zelger B. Multifocal circumscribed palmar hypokeratosis: Malformation or not? *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:1197-8.
- Ishiko A, Dekio I, Fujimoto A, Kameyama K, Sakamoto M, Benno Y, et al. Abnormal keratin expression in circumscribed palmar hypokeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:285-91.
- Kanitakis J, Lora V, Balme B, Roby J. Premalignant circumscribed palmar hypokeratosis: A new form of circumscribed palmar hypokeratosis? Case report and literature review. *Dermatology.* 2010;220:143-6.
- Boffa MJ, Degaetano JS. Circumscribed palmar hypokeratosis: Successful treatment with cryotherapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:420-1.

J. Boix-Vilanova^{a,*}, M.C. Montis-Palos^a, A. Giacaman^a y E. Antón-Valentí^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julian.boix@gmail.com

(J. Boix-Vilanova).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.026>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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

Utilidad de la microscopía confocal de reflectancia para el diagnóstico in vivo de los sebomatricomas



Usefulness of Reflectance Confocal Microscopy For in Vivo Diagnosis of Sebomatricomas

Sr. Director:

El espectro de las neoplasias sebáceas es amplio y engloba desde lesiones indolentes hasta el carcinoma sebáceo. Su nomenclatura ha sido objeto de controversia en la literatura y aún hoy no se dispone de un esquema de clasificación estandarizada¹. Sánchez Yus et al.² propusieron que adenoma sebáceo y sebaceoma representan los dos polos de un espectro de neoplasias benignas con diferenciación sebácea y distinto grado de maduración, con mayor o menor porcentaje respectivamente de células maduras, sugiriendo el término «sebomatricoma» para englobar dicho espectro. A continuación presentamos 2 casos que ilustran la utilidad de la microscopía confocal de reflectancia (MCR) para el diagnóstico y caracterización de los sebomatricomas.

Caso 1. Mujer de 48 años, hipotiroidea, que consulta por una lesión en dorso nasal de años de evolución y crecimiento lento. Se trataba de una pápula color piel de

4 mm que presentaba a la dermatoscopia glóbulos marrones predominando en su mitad superior, áreas amarillentas sin estructura en la inferior y vasos lineales regulares (fig. 1). Se realizó MCR, que permitió identificar células ovoides con un núcleo central redondo oscuro y citoplasma abundante granular brillante con bordes muy bien definidos, rasgos típicos de los sebocitos. En este caso se observaron escasas células muy grandes y brillantes salpicadas (sebocitos maduros) y un predominio de células con menor citoplasma y reflectancia (sebocitos inmaduros) agregadas en nódulos. Además se identificaron espacios circulares hiporreflectantes (conductos, en este contexto, de diferenciación sebácea), estructuras redondeadas hiperreflectantes rodeadas por un halo oscuro (quistes córneos) y abundantes células brillantes de aspecto algodonoso sin núcleo visible, morfología irregular y bordes mal definidos, en pequeños grupos (macrófagos). Se diagnosticó por MCR de sebaceoma que fue confirmado mediante estudio histológico (fig. 2).

Caso 2. Mujer de 81 años, dislipémica sin otros antecedentes, que consulta por una lesión en abdomen de un año de evolución. Se trataba de una placa eritematoanaranjada de bordes bien definidos y 2,5 × 1,5 cm cuya dermatoscopia reveló un fondo eritematoblanquecino con abundantes estructuras globulares amarillentas, erosiones y vasos ramificados (fig. 3). La MCR mostró abundantes células ovoides con citoplasma amplio lleno de gránulos hiperreflectantes

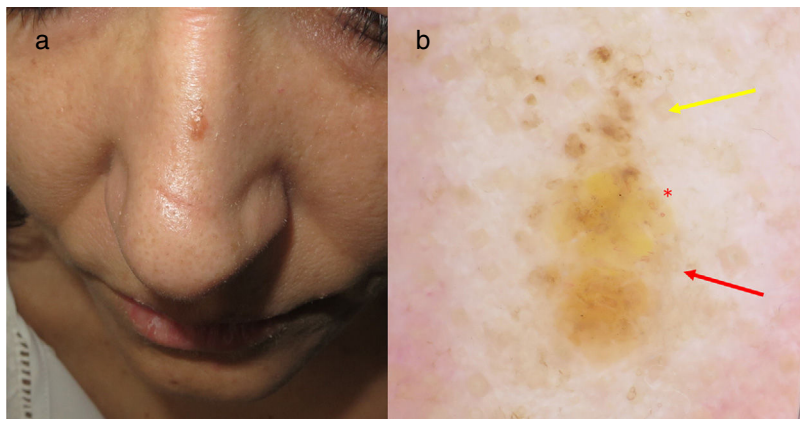


Figura 1 a) Pápula de 4 mm en dorso nasal. b) Imagen dermatoscópica con glóbulos marrones en la mitad superior (flecha amarilla), áreas amarillentas sin estructura en la inferior (flecha roja) y vasos lineales regulares (asterisco rojo).

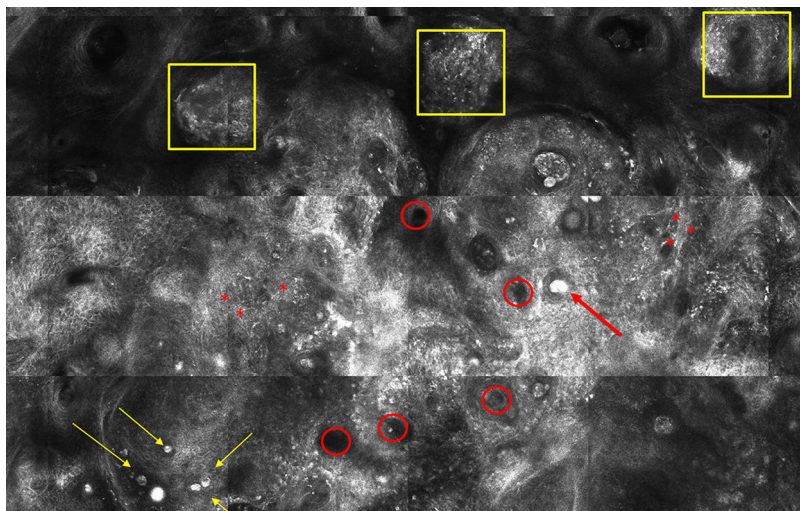


Figura 2 Imagen de microscopía confocal de $2,2 \times 1,4$ mm. Se observan sebocitos pequeños inmaduros que forman nidos basalioides (recuadro amarillo), escasos sebocitos grandes maduros salpicados (flecha amarilla), conductos sebáceos (círculo rojo), quistes córneos (flecha roja) y abundantes macrófagos (asterisco rojo).

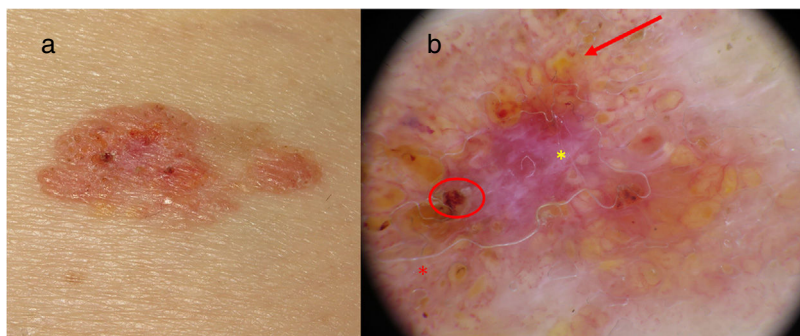


Figura 3 a) Placa abdominal eritematoanaranjada bien delimitada de $2,5 \times 1,5$ cm. b) Imagen dermatoscópica con un fondo eritematoblanquecino (asterisco amarillo), abundantes estructuras globulares amarillentas (flecha roja), erosiones (círculo rojo) y vasos ramificados (asterisco rojo).

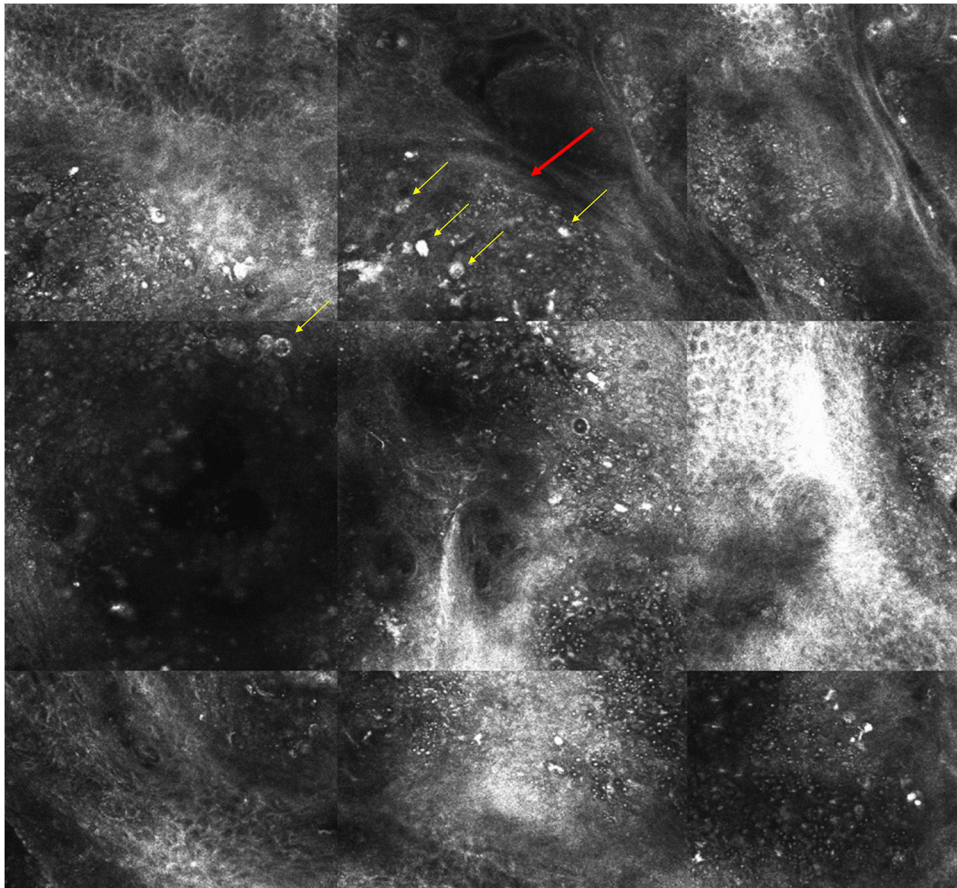


Figura 4 Imagen de microscopía confocal de $1,3 \times 1,25$ mm. Se observan lóbulos de sebocitos maduros, grandes y brillantes (flecha amarilla) delimitados por una delgada pared de células basaloideas (flecha roja).

(sebocitos maduros) separadas por espacios intercelulares oscuros estrechos, formando nódulos delimitados por una delgada pared de células de menor citoplasma y reflectancia (sebocitos inmaduros) y, de nuevo, conductos sebáceos (fig. 4). El diagnóstico de adenoma sebáceo por MCR fue confirmado histológicamente.

Discusión. El término «sebomatricoma» fue propuesto por Sánchez Yus et al.² para englobar un espectro de neoplasias benignas sebáceas con variable grado de maduración, en cuyos dos polos se encuentran adenoma sebáceo y sebaceoma, según un mayor o menor porcentaje, respectivamente, de células maduras.

Clínicamente, los sebomatricomas suelen presentarse como pápulo-placas amarillentas solitarias (salvo en el contexto del síndrome de Muir-Torre), predominando en el polo cefálico. Existe escasa literatura sobre su caracterización dermatoscópica, aunque según un estudio reciente los adenomas sebáceos pueden mostrar 2 patrones clínico-dermatoscópicos principales³. Por una parte, aquellos con cráter central muestran vasos en corona elongados alrededor de un área blanco-amarillenta sin estructura con presencia variable de costras hemáticas. Por otra, aquellos casos sin cráter central, como el nuestro, presentan un fondo blanco-amarillento, estructuras globulares amarillentas y vasos ramificados escasamente enfocados. En el mismo estudio no se identificaron otros rasgos distintivos para los sebaceomas. Estas características son, sin embargo,

compartidas por una variedad de lesiones, complicando el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, hiperplasias sebáceas y *molluscum contagiosum* típicamente presentan estructuras globulares amarillentas con vasos en corona; los epitelomas basocelulares muestran característicamente vasos ramificados, aunque en este caso mejor enfocados, y los carcinomas espinocelulares, sobre todo del tipo queratoacantoma, presentan también un cráter central de queratina con vasos radiales.

Por tanto, aunque sus características clínicas y dermatoscópicas pueden hacer sospechar el diagnóstico de sebomatricoma, el estudio histopatológico ha sido hasta la fecha obligatorio para su confirmación. Hoy día, sin embargo, es posible un diagnóstico no invasivo mediante MCR, que ofrece una resolución celular cercana a la histología convencional. La literatura científica sobre la MCR de los sebomatricomas es escasa; aportamos 2 casos que ilustran cómo la MCR permite no solo su diagnóstico in vivo, sino incluso la caracterización del tipo de sebomatricoma, ya que dada su excelente correlación histopatológica permite valorar el grado de maduración celular. Así, para el sebaceoma (con predominio de sebocitos inmaduros) la MCR revela los nidos de células pequeñas basaloideas con aislados sebocitos maduros, grandes y brillantes, además de los conductos de diferenciación sebácea. El adenoma sebáceo, sin embargo, muestra lóbulos de células redondeadas o cuboideas grandes con gránulos citoplasmáticos hiperreflectantes y núcleo

central oscuro, delimitados por una pared fina de células basaloideas⁴.

Además, aunque adenoma sebáceo y sebaceoma son lesiones benignas, su diagnóstico obliga a descartar el síndrome de Muir-Torre, excluido en nuestros 2 casos. De herencia autosómica dominante y considerado una variante fenotípica del síndrome de Lynch, se caracteriza por la asociación de neoplasias sebáceas cutáneas y neoplasias malignas viscerales precoces, principalmente digestivas, que pueden preceder o suceder a las dermatológicas⁵. Dadas sus importantes implicaciones clínicas es obligatorio un diagnóstico preciso de los sebomatricomas, para el cual la MCR representa una alternativa no invasiva al estudio histológico.

Agradecimientos

Se agradece a los pacientes cuyas imágenes se muestran en el trabajo su aceptación por escrito a que se publiquen dichas imágenes.

Bibliografía

1. Eisen DB, Michael DJ. Sebaceous lesions and their associated syndromes: Part I. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61:549–60.
2. Sánchez Yus E, Requena L, Simón P, del Río E. Sebomatricoma: A unifying term that encompasses all benign neoplasms with sebaceous differentiation. *Am J Dermatopathol*. 1995;17:213–21.
3. Moscarella E, Argenziano G, Longo C, Cota C, Ardigò M, Stigliano V, et al. Clinical, dermoscopic and reflectance confocal microscopy features of sebaceous neoplasms in Muir-Torre syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27:699–705.
4. Gill M, González S. Enlightening the pink: Use of confocal microscopy in pink lesions. *Dermatol Clin*. 2016;34:443–58.
5. Ponti G, Ponz de Leon M. Muir-Torre syndrome. *Lancet Oncol*. 2005;6:980–7.

S. Burillo-Martínez^{a,*}, R. Gamó^b, F. Pinedo^c
y J.L. López-Estebanz^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sburillo@hotmail.com
(S. Burillo-Martínez).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.12.014>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

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