

- in a patient with systemic lupus erythematosus: A reverse isotopic phenomenon. *Case Rep Dermatol.* 2010;2:140-5.
3. Choudhary S, McLeod M, Torchia D, Romanelli P. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome. *J Clin Aesthetic Dermatol.* 2013;6:31-7.
 4. Shiohara T, Kano Y. A complex interaction between drug allergy and viral infection. *Clin Rev Allergol Immunol.* 2007;33:124-33.
 5. Twersky JM, Nordlund JJ. Cutaneous T-cell lymphoma sparing resolving dermatomal herpes zoster lesions: An unusual phenomenon and implications for pathophysiology. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:123-6.
 6. Kannagara AP, Fleischer AB Jr, Yosipovitch G, Ragunathan RW. Herpes zoster virus associated "sparing phenomenon": Is it an innate possess of HZV or keratinocyte cytokine(s) mediated or combination? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:1373-5.
 7. Park H, Kang Y, Lee U. Erythema multiforme sparing regressing herpes zoster lesion: "Reverse isotopic phenomenon?". *J Am Acad Dermatol.* 2008;58 Suppl 2:AB40.
 8. Jain R, Dogra S, Kaur I, Kumar B. Leprosy and herpes zoster: An association or dissociation. *Indian J Lepr.* 2003;75:263-4.
 9. Ozkaya-Bayazit E, Büyükbabani N, Baykal C, Ozturk A, Okcu M, Soyer HP. Annular elastolytic giant cell granuloma: Sparing of a burn scar and successful treatment with chloroquine. *Br J Dermatol.* 1999;140:525-30.
 10. Nasca MR, Micali G, Ferrau F. Steroid acne sparing an area of previous irradiated skin. *Acta Derm Venereol.* 1995;75:495.
 11. Huilgol SC, Liddell K, Black MM. Generalized granuloma annular sparing vaccination sites. *Clin Exp Dermatol.* 1995;20:51-3.
- M. Adil *, Syed Suhail Amin, R. Dinesh Raj y Hera Tabassum
- Departamento de Dermatología, Jawaharlal Nehru Medical College, Aligarh Muslim University, Aligarh, India*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: dr.mohd.adil@gmail.com (M. Adil).
- <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.026>
0001-7310/
© 2018 AEDV.
Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Molusco contagioso palmar, una localización excepcional



Molluscum Contagiosum on the Palms: An Uncommon Location

Sr. Director:

El molusco contagioso (MC) es una dermatosis infecciosa muy frecuente. Está causada por un virus ADN de doble cadena del mismo nombre, que pertenece a la familia Poxviridae. Su prevalencia estimada en niños es del 7% y asciende hasta el 18% en adultos inmunodeprimidos. La transmisión de este virus se realiza por contacto directo, fómites o por autoinoculación, y se manifiesta clínicamente en forma de pápulas cupuliformes umbilicadas del color de la piel, generalmente asintomáticas. Excepcionalmente asientan sobre piel glabra¹.

Un varón de 43 años sin antecedentes médicos de interés acudió por la aparición de 2 lesiones en la mano derecha, molestas a la presión o con el roce, de una semana de evolución. La exploración puso de manifiesto 2 pápulas eritematosas de 2 y 4 mm de diámetro respectivamente, la de mayor tamaño con hiperqueratosis central y halo eritematoso perilesional, ligeramente infiltradas al tacto, localizadas en la región hipotenar de la palma de la mano izquierda (fig. 1). El resto de la exploración física fue normal. Se realizó una biopsia-extirpación de una de las lesiones que mostró lobulación de epidermis hacia dermis y queratinocitos con cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos (fig. 2). Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de MC de localización palmar y se administró un ciclo de crioterapia en la otra lesión, observándose una resolución completa de ambas al mes del tratamiento.

En la edad pediátrica la infección por el virus del MC suele localizarse en la región facial, el tronco y las extremidades.

En adultos la ubicación más frecuente es a nivel genital y en zonas circundantes². Independientemente de la edad, la afectación de palmas y plantas es excepcional. El primer caso de MC plantar fue publicado por Ingram et al.³ en 1957, existiendo en la actualidad un total de 37 casos descritos, pero solo 13 bien documentados (tabla 1). La afectación



Figura 1 Dos pápulas eritematosas de 2 y 4 mm de diámetro respectivamente, la de mayor tamaño con hiperqueratosis central y halo eritematoso perilesional.

Tabla 1 Casos clínicos de infección por molusco contagioso plantar o palmar bien documentados hasta la fecha

Referencia	Sexo y edad	Número de lesiones	Diámetro mayor (cm)	Área	Dolor
Baxter y Carson ⁶ (1964)	Hombre, 21 años	50-60	0,1	PI	Ausente
Perry GM (1964)	Mujer, 31 años	1	NR	PD	NR
Strani (1967)	Mujer, 75 años	1	NR	PI	Presente
Strani (1967)	Hombre, 7 años	1	NR	PD	Presente
Bunney et al. (1969)	Mujer, 21 años	> 5	NR	PI	NR
Zichichi (1969)	Hombre, 23 años	1	1,5	PD	Presente
Campanelli et al. (1978)	Mujer, 17 años	1	1,2	PD	Presente
Dickinson et al. (1983)	Hombre, 21 años	2	1/0,3	PI/PD	NR
Ha et al. (1998)	Hombre, 5 años	1	1,5	PI	Presente
Köse et al. (2009)	Mujer, 35 años	1	0,5	PI	Presente
Cohen y Tschen ⁵ (2012)	Hombre, 23 años	3	0,8/0,8/0,8	PD	Presente
Aydoğan et al. ⁷ (2014)	Hombre, 26 años	1	1	PD	Ausente
Bahali et al. ⁸ (2016)	Hombre, 36 años	> 10	0,4-2	PI	Presente
García-Montero et al. (2017)	Hombre, 48 años	2	0,2/0,4	MI	Presente

MI: mano izquierda; NR: no reportado; PD: pie derecho; PI: pie izquierdo

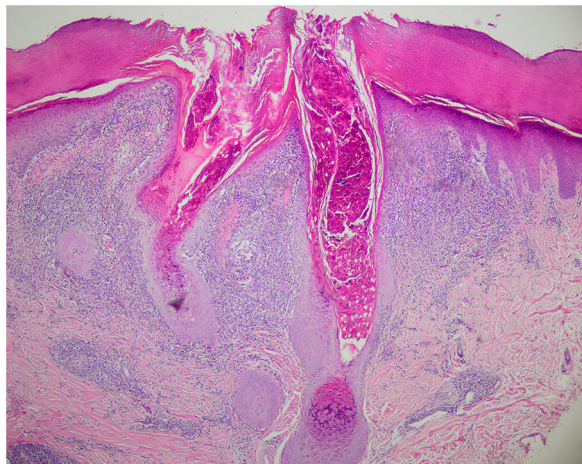


Figura 2 Lobulación de epidermis hacia dermis y queratinocitos con cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos (hematoxilina-eosina $\times 4$).

palmar, sin embargo, fue descrita por Legrain y Pierard⁴ en 1985, no existiendo nuevos casos publicados hasta la fecha.

El diagnóstico de MC palmar o plantar rara vez es sospechado de inicio, ya que las lesiones, como ocurrió en nuestro caso, no suelen presentar las características habituales de la infección por este virus. A nivel plantar estas han sido descritas como pápulas o nódulos únicos o múltiples, con coloración variable (piel normal, eritematosa, marronácea, traslúcida, amarillenta) y con superficie hiperqueratósica, verrucosa o costrosa⁵. Únicamente Baxter et al. documentaron un caso en el cual las lesiones se mostraban como pápulas umbilicadas con tapón central de queratina⁶. La historia clínica no siempre orienta el diagnóstico. El paciente aquí descrito no había padecido esta infección en el pasado, no tenía lesiones en otras áreas en el momento de la consulta, no había tenido ninguna situación de riesgo de infección y solamente destacaba que uno de sus hijos había tenido MC un año atrás.

A pesar de que la infección por el virus del MC es más frecuente en la edad pediátrica y en sujetos

inmunodeprimidos, la mayoría de los casos de afectación palmoplantar, incluyendo el nuestro, han sido descritos en adultos y en ninguno de los casos publicados existía compromiso del sistema inmunológico. La presencia de antecedentes de traumatismos o de hiperhidrosis plantar han sido identificados en algunos pacientes y se postula que podrían haber actuado como factores predisponentes^{7,8}. Se desconoce por qué en esta localización, siendo una infección muy prevalente, no se ve con más frecuencia, a diferencia del virus del papiloma. Es posible que el grosor de la capa córnea palmoplantar dificulte la entrada del poxvirus, cuyo tamaño es mucho mayor (150-300 nm) en comparación con el del virus del papiloma humano (60 nm). La afectación palmoplantar, además, pone de manifiesto que es en los queratinocitos donde el virus realiza su replicación, no siendo necesaria la presencia de folículo piloso.

El diagnóstico diferencial con este tipo de lesiones en la región palmar o plantar es amplio, incluyendo la verruga vírica, el granuloma piógeno, el granuloma a cuerpo extraño, el fibroma pleomórfico, el carcinoma cuniculatum o el poroma ecrino, entre otros. El tratamiento del MC palmoplantar no difiere del empleado en otras localizaciones⁹. En nuestro caso, la realización de un solo ciclo de crioterapia resultó eficaz, con la resolución completa de las lesiones en un mes.

En conclusión, hemos descrito el segundo caso de MC de localización palmar hasta la fecha. Es importante tener en cuenta esta entidad cuando nos encontremos con lesiones papulosas en palmas o plantas, en especial en pacientes con antecedentes personales o familiares de riesgo, con el objetivo de realizar un diagnóstico apropiado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Forbat E, Al-Niaimi F, Ali FR. Molluscum contagiosum: Review and update on management. *Pediatr Dermatol.* 2017;34:504-15.

- 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.