

potencial degeneración neoplásica. De hecho, en la mayor serie disponible en la literatura, con 24 casos de heterotopia salival, en 6 de ellos se encontraron asociadas neoplasias malignas (3 tumores mucoepidermoides, 2 de células acinares y 1 adenocarcinoma)<sup>9</sup>. Aunque en casos de carcinoma salival fuera de glándulas salivales se debe plantear la malignización sobre una zona heterotópica, también se debe descartar que se trate de una diseminación metastásica<sup>2,9,10</sup>. Aunque no hay datos en la literatura, la ecografía puede resultar especialmente útil en el diagnóstico diferencial con otras patologías más frecuentes y en la planificación prequirúrgica. De acuerdo con nuestro caso y la literatura, ante una lesión nodular en una localización típica, con secreción y con ecografía sin características de lesión quística, debemos incluir la heterotopia salival en el diagnóstico diferencial.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Youngs LA, Scofield HH. Heterotopic salivary gland tissue in the lower neck. *Arch Pathol.* 1967;83:550–6.
2. Haemel A, Gnepp DR, Carlsten J, Robinson-Bostom L. Heterotopic salivary gland tissue in the neck. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:251–6.
3. Afanas'ev VV, Starodubtsev VS. Salivary gland heterotopia in the bone tissue of the mandible. *Stomatologiia (Mosk).* 1995;74:69–70.
4. Enoz M, Suoglu Y. Salivary gland choristoma of the middle ear. *Laryngoscope.* 2006;116:1033–4.

5. Tatter SB, Edgar MA, Klibanski A, Swearingen B. Symptomatic salivary-rest cyst of the sella turcica. *Acta Neurochir (Wien).* 1995;135:150–3.
6. Edwards PC, Bhuiya T, Kahn LB, Fantasia JE. Salivary heterotopia of the parathyroid gland: A report of two cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99:590–3.
7. Feigin GA, Robinson B, Marchevsky A. Mixed tumor of the mediastinum. *Arch Pathol Lab Med.* 1986;110:80–1.
8. Weitzner S. Ectopic salivary gland tissue in submucosa of rectum. *Dis Colon Rectum.* 1983;26:814–7.
9. Daniel E, McGuirt WF. Neck masses secondary to heterotopic salivary gland tissue: A 25-year experience. *Am J Otolaryngol.* 2005;26:96–100.
10. Ferlito A, Bertino G, Rinaldo A, Mannara GM, Devaney KO. A review of heterotopia and associated salivary gland neoplasms of the head and neck. *J Laryngol Otol.* 1999;113:299–303.

P. Chicharro<sup>a,\*</sup>, P. Rodríguez-Jiménez<sup>a</sup>, J. Fraga<sup>b</sup>  
y M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: somniem@gmail.com (P. Chicharro).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.02.017>

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/>).

## Signo de la cometa en la dermatitis por *Pyemotes*

### Comet Sign in Dermatitis Due to *Pyemotes* Species

Sr. Director:

La presencia de trayectos lineales o serpiginosos representa un signo cutáneo característico de algunas parasitosis. En nuestro medio, aunque existen casos autóctonos de *larva migrans* cutánea, la mayoría de los casos se diagnostica en viajeros procedentes del trópico<sup>1</sup>. Sin embargo, esta morfología admite un diagnóstico diferencial más amplio en pacientes que no han viajado a áreas tropicales, en el que cabe incluir al signo de la cometa. A continuación, se describe este hallazgo como forma de presentación de la dermatitis por *Pyemotes* spp. en dos pacientes adultos.

Una mujer de 25 años, sin antecedentes dermatológicos relevantes, consultó en el mes de mayo por la presencia de lesiones pruriginosas en los miembros inferiores de 72 h de evolución. No asociaba sintomatología extracutánea ni había aplicado preparados tópicos. En la exploración se detectaron varias máculas poligonales de las que partían trayectos eritematosos no dolorosos (fig. 1). Como antecedente describía haber permanecido varias horas en un alojamiento



rural en Segovia escasamente frecuentado el resto del año. La mayor parte del mobiliario era de madera y en él se observaban pequeños orificios acompañados de serrín, como signos de infestación por carcoma. En la dermatoscopia se visualizó una microvesícula que centraba las máculas poligonales (fig. 2). En la biopsia cutánea se observó un infiltrado dérmico compuesto por eosinófilos y linfocitos, en ausencia de cambios epidérmicos. Se indicó crema de betametasona como tratamiento sintomático, con lo que se obtuvo la resolución de las lesiones en 72 h (fig. 3).

Una mujer de 58 años consultó en el mes de junio por la aparición de múltiples máculas eritematoedematosas, centradas por una microvesícula, de las que partían trayectos serpiginosos, similares a las descritas en el caso 1, pero de mayores dimensiones. El cuadro había comenzado 72 h antes, tras haber permanecido una semana en un alo-



Figura 1 Múltiples lesiones que muestran el «signo de la cometa» en el miembro inferior de la paciente del caso 1.



**Figura 2** Imagen dermatoscópica correspondiente a las lesiones del caso 1.



**Figura 3** «Signo de la cometa» en las lesiones del abdomen del caso 2.

jamiento rural en el norte de Italia. Inicialmente había consultado en el servicio de urgencias de un centro sanitario italiano, donde habían prescrito doxiciclina. Dada la progresión de las lesiones, a su regreso a España, decidió solicitar una segunda opinión en nuestro centro. Interrogada por las características del lugar donde había permanecido, describía que se trataba de un refugio forestal construido y amueblado íntegramente con madera. Al informarle sobre la sospecha de dermatitis por *Pyemotes* spp., solicitó un estudio entomológico del lugar donde se había alojado, donde detectaron la presencia de carcoma en los muebles de madera, parasitada por ácaros del género *Pyemotes*. El cuadro se resolvió por completo tras la aplicación de metilprednisolona aceponato en emulsión durante 14 días.

En ambos casos se describen los hallazgos característicos de la llamada dermatitis por *Pyemotes* spp. Debe sospecharse en sujetos que presenten lesiones pruriginosas en áreas mayoritariamente expuestas y que hayan contactado con mobiliario de madera en alojamientos poco frecuentados (habitualmente cerrados durante largos periodos). En estos lugares es común encontrar larvas de especies de coleópteros que perforan la madera (carcoma). En muchas ocasiones, estas larvas se encuentran parasitadas por ácaros del género *Pyemotes*, siendo estos últimos los responsables de la clínica cutánea. Así mismo, se han documentado brotes ocupacionales en relación a tareas del campo como la cosecha, dado que *Pyemotes* spp. puede parasitar otros insectos que infecten el trigo, la cebada, los guisantes etc.<sup>2,3</sup>. Las lesiones cutáneas se desarrollarían tras el contacto con el ácaro (aproximadamente 24h) en ausencia de invasión

epidérmica, con la consiguiente reacción inflamatoria. La mayor parte de los casos publicados en la literatura se produjo durante los meses de mayo a octubre, dado que *Pyemotes* spp. precisa de temperaturas cálidas (25 °c) para completar su ciclo vital, dato epidemiológico que apoyaría el diagnóstico<sup>4</sup>.

Clínicamente puede presentarse en forma de pápulas eritematoedematosas con punto o vesícula central, similares a las producidas tras la picadura de otros artrópodos, aunque lo verdaderamente característico es el signo de la cometa<sup>5</sup>. Este último, descrito por Del Giudice et al. en 2007<sup>6</sup>, se considera como una imagen específica de la dermatitis por *Pyemotes* spp. Inicialmente se forma una mácula eritematosa, de la que parte un trayecto lineal o serpiginoso a las 12-24 h. A diferencia de la linfangitis bacteriana, no sigue un trayecto linfático definido hacia el ganglio de drenaje correspondiente, ni resulta doloroso. En el diagnóstico diferencial también se incluye al síndrome de *larva migrans* cutánea, en cuyos trayectos se observan cambios en la superficie, como consecuencia del desplazamiento de las larvas a través de la epidermis; en los casos de *larva currens* (infestación por *Strongyloides stercoralis*), los trayectos habonosos cambian rápido, con una velocidad aproximada de 10 cm/h. El tratamiento es sintomático, dado que se trata de un cuadro autorresolutivo, una vez que cesa el contacto con el ácaro. Los esteroides tópicos y los emolientes pueden ayudar a controlar el prurito, principal síntoma descrito por los pacientes.

## Bibliografía

- Hidalgo Garcia Y, Fernandez Sanchez C, Rodriguez Villar D. Cutaneous larva migrans acquired in Asturias, Spain. *Med Clin*. 2016;147:567-8.
- Rodríguez-Casado MJ, Cerro-González R, Martín-Blázquez JL, Vázquez-Contioso M. Outbreak of *Pyemotes* dermatitis in an elementary school. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:370-1.
- Tomczyk-Socha M, Jędrzejewska-Jurga K, Limburska J, Tomczyk J. Outbreak of Occupational Dermatitis Associated With *Pyemotes ventricosus*. *JAMA Dermatol*. 2017;153:686-8.
- Del Giudice P, Blanc-Amrane V, Bahadoran P, Caumes E, Marty P, Lazar M, et al. *Pyemotes ventricosus* dermatitis, southeastern France. *Emerg Infect Dis*. 2008;14:1759-61.
- Bellido-Blasco JB, Arnedo-Pena A, Valcuende F. Comet sign (and other) in *Pyemotes* dermatitis. *Emerg Infect Dis*. 2009;15:503-4.
- Del Giudice P, Caumes E, Boissy C, Leduff F, Delaunay P, Blanc-Amrane V, et al. An outbreak of creeping eruption in southern France. *Br J Dermatol*. 2007;157:824-5.

A. Pulido Pérez\*, M. Bergón-Sendín,  
I. Hernández-Aragüés  
y R. Suárez-Fernández

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.pulido@salud.madrid.org  
(A. Pulido Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.02.013>

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/>).