



# PIEL

## FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

[www.elsevier.es/piel](http://www.elsevier.es/piel)



### Casos para el diagnóstico. Solucion

## Pápulas eritematosas faciales intensamente pruriginosas. Diagnóstico y comentario



## Pruritic erythematous papules over the face. Diagnosis and comment

### Diagnóstico

Lupus miliar *disseminatus faciei* (LMDF).

### Evolución

Con este diagnóstico se inició tratamiento con crema de pimecrólimus, doxiciclina oral y corticoides a dosis bajas sin observar mejoría, tras lo cual comenzó tratamiento con dapsona 50 mg al día, pendiente de nueva valoración en nuestras consultas.

### Comentario

El LMDF, descrito por primera vez por Fox en 1878, es una dermatosis inflamatoria granulomatosa infrecuente, que afecta principalmente a adultos jóvenes<sup>1</sup>. La etiopatogenia es desconocida, si bien se postula que la ruptura de la unidad pilosebácea desencadenaría una respuesta inmune secundaria, quizás desencadenada por microorganismos como el *Propionibacterium acnes* o el *Demodex folliculorum*. La idea previa de ser una forma de tuberculide ante la presencia de necrosis caseosa ha sido descartada al no detectarse en ningún caso ADN de *Mycobacterium tuberculosis* por técnicas moleculares<sup>2</sup>. La clínica consiste en la aparición de pequeñas pápulas eritemato-amarillentas en la zona centrofacial, principalmente en los párpados, si bien también hay casos descritos a nivel extrafacial como el cuello, las manos, las

axilas y los genitales<sup>3</sup>. La evolución es autorresolutiva en la mayoría de los casos en 2-3 años, pudiendo dejar cicatrices. La histopatología es característica con los granulomas epitelioides con necrosis central, aunque también pueden verse granulomas con absceso central o infiltrados inflamatorios no granulomatosos<sup>4</sup>.

El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con la rosácea granulomatosa<sup>5</sup>, si bien esta no muestra necrosis central, además de acompañarse de otros datos de rosácea como eritema, telangiectasias, pústulas o tener mayor predilección en el sexo femenino. Otros trastornos granulomatosos a excluir son la dermatitis facial afro-caribeña de la infancia (o dermatitis perioral granulomatosa), la sarcoidosis, las infecciones por micobacterias y las micosis profundas. Todas ellas pueden diferenciarse de nuestro cuadro por la clínica, las pruebas de imagen radiológicas y las tinciones específicas de la biopsia con Ziehl-Neelsen y PAS.

El tratamiento del LMDF resulta generalmente insatisfactorio, faltando estudios controlados que apoyen su eficacia, teniendo en cuenta la resolución espontánea del mismo<sup>6</sup>. Las tetraciclinas y los inhibidores de la calcineurina tópicos suelen ser tratamientos de primera línea, dejando la isotretinoína y la dapsona como fármacos de segunda línea. Otros casos han sido tratados con corticoides, clofazimina, fármacos antituberculosos y metronidazol con resultados variables.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rocas D, Kanitakis J. Lupus miliaris disseminatus faciei: report of a new case and brief literature review. *Dermatol Online J*. 2013; 19(3):4.
2. Toda-Brito H, Aranha JMP, Tavares ES. Lupus miliaris disseminatus faciei. *An Bras Dermatol*. 2017;92(6):851-853. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20174534>.
3. Hillen U, Schröter S, Denisjuk N, Jansen T, Grabbe S. Axillary acne agminata (lupus miliaris disseminatus faciei with axillary involvement). *J Dtsch Dermatol Ges*. 2006;4(10):858-860. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2006.06112.x>.
4. Cymerman R, Rosenstein R, Shvartsbeyn M, Meehan SA, Kornreich C. Lupus miliaris disseminatus faciei. *Dermatol Online J*. 2015;21(12):13030/qt6b83q5gp.
5. Dev T, Thami T, Longchar M, Sethuraman G. Lupus miliaris disseminatus faciei: a distinctive facial granulomatous eruption. *BMJ Case Rep*. 2017:bcr2017221118. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-221118>.
6. Al-Mutairi N. Nosology and therapeutic options for lupus miliaris disseminatus faciei. *J Dermatol*. 2011;38(9):864-873. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2011.01244.x>.

Adrián Ballano Ruiz<sup>a,\*</sup>, Begoña Fuertes Negro<sup>b</sup>, José Angel Muniesa Soriano<sup>b</sup> y José Miguel Lázaro Maisanava<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [adrian.baru@gmail.com](mailto:adrian.baru@gmail.com) (A. Ballano Ruiz).

<https://doi.org/10.1016/j.piel.2021.03.001>  
0213-9251/

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Lesión periungueal en el segundo dedo de la mano derecha de un adulto joven. Diagnóstico y comentario



### Periungueal lesion in the second finger of the right hand of a young adult. Diagnosis and comment

#### Diagnóstico

Hidradenoma de células claras.

#### Evolución y manejo

Tras la biopsia y la confirmación histopatológica, con ayuda de Traumatología se decidió hacer una exéresis amplia de la lesión para evitar posibles recidivas locales, y se cerró el defecto con un injerto libre tomado de la eminencia hipotenar, con buen resultado estético y evolución postoperatoria favorable. En la revisión de los 6 meses no se han observado signos de recidiva local.

#### Comentario

El hidradenoma de células claras, hidradenoma apocrino o acrospiroma apocrino es un tumor anexial benigno poco frecuente<sup>1</sup> con cierta capacidad de recidiva local y escasa o nula capacidad de malignización. Normalmente aparece entre la cuarta y octava décadas de vida, aunque puede presentarse

a cualquier edad. Presenta un ligero predominio por el sexo femenino con una proporción aproximada de 2:1<sup>2</sup>.

La presentación clínica es variable, normalmente se trata de una lesión generalmente única, nodular, de superficie lisa, hiperqueratósica o a veces incluso ulcerada, con un tamaño variable que va desde los 0,5 a los 6 cm (media de 2 cm). El crecimiento suele ser lento en un primer momento, y después suele tener lugar una fase de crecimiento rápido a veces desencadenada por traumatismos. Pueden ser asintomáticos o presentar ligero dolor en la palpación<sup>3,4</sup>. Normalmente las lesiones se localizan en el tronco, el cuero cabelludo o las extremidades, siendo más raras en las zonas acras<sup>2</sup>.

El diagnóstico de este tumor, basándose solo en la sospecha clínica, es muy complejo, por lo que la confirmación y la caracterización es histopatológica. En la biopsia se observa bajo una epidermis de aspecto variable, una tumoración multilobular bien delimitada, no encapsulada, de contenido sólido y quístico, localizada en la dermis, con ocasional extensión al tejido celular subcutáneo. El componente sólido está formado por 2 tipos de células, las de tipo 1 con citoplasma eosinófilico y núcleo vesiculoso grande, y las de tipo 2 con núcleo excéntrico pequeño y citoplasma claro que dan nombre al tumor, pero no suelen ser el subtipo predominante (< 30% del total). Puede haber mitosis en número variable, pero no suele haber atipia celular ni