



ELSEVIER

PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

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 jóvenes¹. 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 tubercúlide ante la presencia de necrosis caseosa ha sido descartada al no detectarse en ningún caso ADN de *Mycobacterium tuberculosis* por técnicas moleculares². 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 genitales³. La evolución es autorresolutiva en la mayoría de los casos en 2-3 años, pudiendo dejar cicatrices. La histopatología es característica con los granulomas epiteloides con necrosis central, aunque también pueden verse granulomas con absceso central o infiltrados inflamatorios no granulomatosos⁴.

El diagnóstico diferencial debe establecerse principalmente con la rosácea granulomatosa⁵, 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 mismo⁶. 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.

B I B L I O G R A F Í A

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^{a,*}, Begoña Fuertes Negro^b, José Angel Muniesa Soriano^b y José Miguel Lázaro Maisanava^b

^aServicio de Dermatología, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 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 frecuente¹ 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 2:1².

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^{3,4}. Normalmente las lesiones se localizan en el tronco, el cuero cabelludo o las extremidades, siendo más raras en las zonas acras².

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 eosinófilo 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