

BIBLIOGRAFÍA

- Gimeno Castillo J, De la Torre Gomar FJ. FR- Formulación tópica de estatinas y colesterol como tratamiento de poroqueratosis. *Actas Dermosifiliogr.* 2023;114:533-535.
- Bonilla JD, Alzate B K, Motta A. Pápulas con bordes hiperqueratósicos en áreas fotoexpuestas. ¿Qué aporta la dermatoscopia? *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol.* 2021;29:229-232.
- Yalcin B, Uysal PI, Kadan E, Bozdoğan Ö. Eruptive disseminated porokeratosis in a patient with type 2 diabetes mellitus. *Am J Dermatopathol.* 2016;38:125-127.
- Mangas C, Espeli V, Blum R. Un caso de poroqueratosis diseminada eruptiva en un paciente oncológico tratado con trastuzumab y exemestano: ¿fenómeno asociado al cáncer o inducido por fármacos? *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109:559-560.
- Shoimer I, Robertson LH, Storwick G, Haber RM. Eruptive disseminated porokeratosis: a new classification system. *J Am Acad Dermatol.* 2014;1:398-400.
- Pedrozo L, Rodríguez Saa S, Cohen-Sabban EN, Cabo H. Dermatoscopia de la poroqueratosis actínica superficial diseminada. *Dermatol Argent.* 2015;21:76-77.
- Valiente-Rebull C, Rodríguez L, Martínez-Braga G, Di Martino-Ortiz B, et al. Poroqueratosis. Informe de tres casos. *Our Dermatol Online.* 2014;5:163-168.
- Montes-Torres A, Camarero-Mulas C, De Argila D, Gordillo C, et al. Poroqueratosis pruriginosa diseminada inflamatoria. Buena respuesta a ciclosporina. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:261-262.
- Cazorla MB, Müller G, Yarza M, Navacchia D, et al. Poroqueratosis de Mibelli en la edad pediátrica. *Dermatol Argent.* 2020;26:32-34.
- Vargas-Mora P, Morgado-Carrasco D, Fustà-Novell X. Poroqueratosis. Revisión de su etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111:545-560.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: PLACAS HIPERQUERATÓSICAS, PIGMENTADAS Y VERRUGOSAS DEL PEZÓN

Alejandra Navarrete Ríos y Gibsy Villacis Marriott

Médicas Cursistas, Servicio de Dermatología, Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



Mujer de 24 años, sin antecedentes personales de importancia, consultó por presentar lesiones en ambos pezones, asintomáticas, de inicio en la adolescencia. Refirió que comenzaron como pápulas hiperpigmentadas aisladas, que aumentaron de tamaño en forma progresiva, con coalescencia y ocupación de toda la superficie

del pezón. Al examen físico se apreciaban placas verrugosas, hiperqueratósicas e hiperpigmentadas, en ambos pezones. Las lesiones no comprometían las areolas ni otras localizaciones corporales (Fotos 1 y 2). No presentaba adenomegalias. Se realizaron exámenes de laboratorio que incluyeron dosajes hormona-

les de estradiol, hormona foliculo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) y prolactina, sin encontrar alteraciones. Asimismo, el estudio ecográfico de mamas resultó normal. Se realizó toma de biopsia de la lesión cutánea y se observó hiperqueratosis, papilomatosis y leve acantosis epidérmica (Foto 3).



FOTO 1: Placas verrugosas, hiperqueratósicas e hiperpigmentadas en ambos pezones.



FOTO 2: Lesiones limitadas en los pezones.

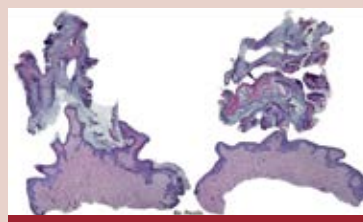


FOTO 3: Se observa hiperqueratosis, papilomatosis y leve acantosis epidérmica.

1) ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Enfermedad de Fox- Fordyce.
- Queratosis seborreica.
- Micosis fungoide.
- Hiperqueratosis nevoide del pezón.
- Acantosis nigricans.

2) ¿Qué estudio solicitaría para confirmar el diagnóstico?

- Mamografía y ecografía mamaria.
- Exámenes de laboratorio con perfil hormonal.

- Estudio histopatológico, correlación clínico histopatológica.
- Dermatoscopia.
- Cultivo de piel de la lesión.

3) ¿Que esperaría encontrar en el estudio histopatológico según su diagnóstico de sospecha?

- Proliferación intraepidérmica de células basaloides con nidos córneos.
- Hiperqueratosis en el infundíbulo folicular junto con un infiltrado perifolicular de macrófagos xantomizados.

- Hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis.
- Hiperqueratosis y elongación psoriasiforme de la red de crestas, así como un infiltrado inflamatorio en dermis papilar; en dermis, infiltrado inflamatorio perivascular moderado con linfocitos e histiocitos.

4) ¿Qué tratamiento considera de elección?

- Escisión quirúrgica.
- Tretinoína 0,05%.
- Crioterapia con nitrógeno líquido.
- Queratolíticos como ácido salicílico al 6%
- Todas las opciones son correctas.

Las respuestas en la página 161

CONCLUSIONES

Si bien la infección por *T. tonsurans* en el cuero cabelludo es infrecuente en nuestro medio, actualmente su incidencia está en aumento. Hay que tener en cuenta que debido a su débil respuesta inmunogénica se puede presentar como una alopecia con escasa descamación. En ocasiones, como en nuestro paciente, puede mani-

festar un curso atípico y altamente inflamatorio, donde predominan las pústulas y el eritema, lo que lleva a un diagnóstico y tratamiento tardío. Por último, es indispensable el control sanitario de las barberías y la correcta limpieza de los elementos de rasurado que se utilizan para evitar la propagación de enfermedades infecciosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abad ME, Label A, Llorca V. Micosis superficiales. En: Larralde M, Abad E, Luna P, et ál. *Dermatología Pediátrica*. 3º Ed. Journal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2021: 227-232.
2. Vides De La Hoz P, Piccolomini M, Almassio A, Abad E, et ál. *Tinea capitis* por *Trichophyton tonsurans* en un paciente pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120:e192-e196.
3. Gómez-Restrepo S, Victoria-Chaparro J. *Tinea capitis* en niños: pandemia aún no erradicada. *Pediatr*. 2022;55:142-149.
4. Trovato MJ, Schwartz RA, Janniger CK. *Tinea capitis*: current concepts in clinical practice. *Cutis*. 2006;77:93-99.
5. Hryncewicz-Gwóźdź A, Beck-Jendroscheck V, Brasch J, Kalinowska K, et ál. *Tinea capitis* and *Tinea corporis* with a severe inflammatory response due to *Trichophyton tonsurans*. *Acta Derm Venereol*. 2011;91:708-710.
6. Rodríguez A, Luna PC, Tirelli LL, Russo MF, et ál. Tiña de las barberías: una enfermedad emergente. *Dermatol Argent*. 2022;28:170-175.
7. Müller VL, Kappa-Markovi K, Hyun J, Georgas D, et ál. *Tinea capitis* et *barbae* caused by *Trichophyton tonsurans*. A retrospective cohort study of an infection chain after shavings in barber shops. *Mycoses*. 2021; 64:428-436.
8. Gupta AK, Drummond-Main C. Meta-analysis of randomized, controlled trials comparing particular doses of griseofulvin and terbinafine for the treatment of tinea capitis. *Pediatr Dermatol*. 2013;30:1-6.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: PLACAS HIPERQUERATÓICAS, PIGMENTADAS Y VERRUGOSAS DEL PEZÓN / Respuestas

Alejandra Navarrete Ríos y Gibsy Villacis Marriott

Médicas Cursistas, Servicio de Dermatología, Hospital Británico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

★ Respuestas correctas: 1) D; 2) C; 3) C; 4) E.

La hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola (HNPA) es una enfermedad poco frecuente y benigna que afecta el pezón y la areola. Las lesiones son usualmente bilaterales, y afectan el pezón y la areola en el 70% de los casos, y solo al pezón en un 30%. Se presenta sobre todo en pacientes jóvenes al inicio de la adolescencia, de predominio en mujeres en un 80%, pero se han descrito también casos en varones.

La etiología de la HNPA se desconoce; la pubertad y el embarazo se identificaron como factores precipitantes, por esta razón se le ha dado importancia a la relación hormonal (estrógenos). Además, en la literatura hay casos que se relacionaron con fármacos, como la espirolactona y los inhibidores BRAF.

Se puede clasificar como primaria (idiopática) o secundaria a otras patologías dermatológicas como

nevos epidérmicos, acantosis *nigricans*, queratosis seborreicas o ictiosis.

Clinicamente se caracterizan por ser lesiones verrugosas, hiperqueratósicas e hiperpigmentadas en las areolas que se extienden hasta el pezón. Las lesiones son habitualmente asintomáticas. Solo algunas pacientes pueden presentar prurito y cuando son muy extensas, pueden generar complicaciones en la lactancia.

El diagnóstico de la HNPA se basa en la correlación clínico histopatológica. Los hallazgos histopatológicos característicos son hiperqueratosis en formación de tapones córneos, acantosis y papilomatosis. Los principales diagnósticos diferenciales incluyen a la acantosis *nigricans*, que clásicamente afecta a la nuca y las superficies flexoras y no a los pezones, otros con similar clínica e histopatología son las queratosis

seborreicas y el nevo epidérmico. También deben tenerse en cuenta como diagnósticos diferenciales algunos tumores cutáneos como la enfermedad de Paget, micosis fungoide y el carcinoma basocelular pigmentado, sobre todo cuando la presentación de la HNPA es unilateral.

Con respecto al tratamiento de la HNPA, no se dispone de ninguno que sea eficaz en todos los casos. Las opciones incluyen ungüentos tópicos como corticoesteroides, ácido salicílico al 6%, tretinoína 0,05% y calcipotriol. Otras posibilidades terapéuticas son los tratamientos ablativos como crioterapia, resección quirúrgica, radiofrecuencia o láser CO₂. La HNPA por lo general no tiende a la involución espontánea, sin tratamiento las lesiones persisten, pero se mantienen asintomáticas, y la preocupación del paciente es cosmética.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiaying W, Li Qingshu, He Wu, Xuedong Yin. Severe bilateral hyperkeratosis of the nipples and areolae: a case report and literature review. *Front Med*. 2022;9:781693.
- Qingan Huang, Mu Niu, Weilun Wen, Nan Tang. Dermoscopy and histopathology of hyperkeratosis of nipple and areola: a case report. *Dovepress*. 2024;17:649-652.
- Kissou A, Mansouri S, Hassam B. Hyperkeratotic lesion of the nipple and areola. *Presse Med*. 2017;0755-4982.
- Levy-Bencheton A, Agostini A. Dermatosi della areola e del pezón. *EMC Dermatología*. 2013;47:1-10.