

su manifestación más frecuente y en ocasiones es bilateral. El diagnóstico de neurosarcoidosis puede resultar extraordinariamente complicado, puesto que no sólo las manifestaciones clínicas sino también las radiológicas resultan inespecíficas con elevada frecuencia. Del mismo modo, la práctica de una biopsia neurológica resulta casi siempre arriesgada. En nuestro caso el diagnóstico diferencial incluyó:

– Infecciones del sistema nervioso central (SNC). Algunos microorganismos como *Borrelia*, *Treponema pallidum*, *Mycoplasma* así como ciertos hongos y virus neurotrópos (herpes simple, varicela zoster, sarampión) pueden originar parálisis de pares craneales; sin embargo, tanto el cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) como la serología resultaron negativos.

– Enfermedades sistémicas. Descartamos la existencia de enfermedades que, como el síndrome de Sjögren, la enfermedad de Behçet o el lupus eritematoso sistémico (LES), pueden cursar con parálisis del VII par dada la ausencia de otros datos clínicos sugestivos de éstas, así como por la ausencia de autoanticuerpos y la presencia de valores normales de complemento (C3, C4) en suero y LCR.

– Esclerosis múltiple (EM). La diferenciación con la EM puede resultar muy difícil y a veces imposible, dada la similitud de los hallazgos de la neuroimagen en ambas enfermedades. La parálisis facial bilateral es un cuadro extremadamente raro en el contexto de EM; del mismo modo, el estudio del LCR, que en el caso de nuestra paciente presentaba valores elevados de inmunoglobulinas (23,5%; VN, 3-12%), más típicos de neurosarcoidosis, hace poco probable el diagnóstico de EM^{7-9,19}.

– Enfermedad oclusiva de pequeños vasos. Aunque las pruebas de imagen pueden ser superponibles con las de sarcoidosis, el elevado número de lesiones desmielinizantes que presentaba la paciente, su edad (< 50 años) y la ausencia de factores de riesgo graves como la dislipemia, la hipertensión o la diabetes hacen poco probable ese diagnóstico¹⁴⁻¹⁹.

Creemos que este caso ilustra de forma significativa la necesidad que existe en la práctica diaria dermatológica de un adecuado conocimiento de las enfermedades cutáneas que, como la sarcoidosis, pueden asociar sintomatología sistémica o compromiso de otros órganos; por tanto, se hace necesario un seguimiento periódico de tales pacientes aun cuando no existan datos sugestivos de afección extracutánea.

Miguel Aguilar Bernier^a,
Julio Bassas Vila^a,
Alberto Fernández Díaz^b,
María Visitación Torrero Antón^a
y Alberto Miranda Romero^a

^aServicio de Dermatología.
Hospital Clínico Universitario.
Facultad de Medicina. Valladolid.

^bServicio de Neurología.
Hospital Clínico Universitario.
Facultad de Medicina. Valladolid. España.

BIBLIOGRAFÍA

- English JC III, Patel PJ, Greer BA, Greer K. Sarcoidosis. J Am Acad Dermatol 2001;44:725-43.
- Gawkrodger DJ. En: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, editors. Textbook of dermatology. 3th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1998; p. 749-65.
- Degitz K. Detection of mycobacterial DNA in the skin. Etiologic insights and diagnostics perspectives. Arch Dermatol 1996;132:71-5.
- Di Alberti L, Piatelli A, Artese L, et al. Human herpesvirus variants in sarcoid tissues. Lancet 1997; 350:1655-61.
- Kataria YP, Holter JF. Immunology of sarcoidosis. Clin Chest Med 1997;18:719-39.
- Hubert A, Watteuv G, Tannouri F, Heenen M, Song M. Systemic sarcoidosis with cutaneous lesions: literature review. Acta Clin Belg 1995; 50:207-13.
- Pickuth D, Spielmann RP, Heywang-Köbrunner SH. Role of radiology in the diagnosis of neurosarcoidosis. Eur Radiol 2000;10:941-4.
- Mañá Rey J. Sarcoidosis. En: Farreras Valentí P, Rozman C, editores. Tratado de medicina interna. 13.ª ed. Doyma, 1994; p. 2341-5.
- Crystal RG. Sarcoidosis. En: Harrison TR, Reswick WR, Wintrobe MM, editores. Principios de medicina interna. 14.ª ed. Madrid: McGraw-Hill, 1998; p. 2184-91.
- Veien NK. Cutaneous sarcoidosis: prognosis and treatment. Clin Dermatol 1986;4:75-87.
- Wilson NJE, King CM. Cutaneous sarcoidosis. Postgrad Med J 1998;74:649-52.
- Mañá J, Marcoval J, Graells J, Salazar A, Peyrí J, Pujol R. Cutaneous involvement in sarcoidosis. Arch Dermatol 1997;133:882-8.
- Okamoto H, Mizuno K, Ohtoshi E. Cutaneous sarcoidosis with cardiac involvement. Eur J Dermatol 1999;9:466-9.
- Manterola-Burgaleta A, Teijeira-García M, Dueñas-Polo MT. Neurosarcoidosis. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Rev Neurol 2001;32:579.
- Zylberberg F, Meary E, Cerez D, Meder J, Fredy D. MRI aspects of central nervous system sarcoidosis. J Radiol 2001;82:623-31.
- Pickuth D, Heywang-Köbrunner SH. Neurosarcoidosis: evaluation with MRI. J Neuroradiol 2000;27:185-8.
- Dumas JL, Valeyre D, Chapelon-Abrie C, et al. Central nervous system sarcoidosis: follow-up at MR imaging during steroid therapy. Radiology 2000;214:411-20.
- Breteler MMB, Van Swieten JC, Bots ML, et al. Cerebral white matter lesions, vascular risk factors, and cognitive function in a population-based study: the Rotterdam study. Neurology 1994;44:1246-52.
- Ylikoski A, Erkinjuntti T, Raininko R, Seppo S, Sulkava JR, Tilvis R. White matter hyperintensities on MRI in the neurologically nondiseased elderly. Stroke 1995;26:1171-7.
- Smith AS, Meisler DM, Weinstein MA. High-signal periventricular lesions in patients with sarcoidosis: neurosarcoidosis or multiple sclerosis? Am J Radiol 1989;153:147-52.



Millium, nunca más

Sr. Director:

He visto con satisfacción que, durante los últimos meses, en PIEL se han publicado varios artículos sobre lenguaje dermatológico. De ahí mi extrañeza cuando en la página 80

del número de febrero de 2003 me he encontrado con el término «quiste tipo *millium*».

Hace siete años que usted tuvo la amabilidad de publicar en esta Revista otra carta mía sobre ese mismo inadecuado término¹. Como entonces decía, la palabra *millium* no existe en ninguna lengua conocida. Se trata, en todo caso, de una forma incorrecta de escribir la palabra latina *milium*, que significa mijo. *Milium* (pl. *milia*) se emplea en la literatura médica de habla inglesa para denominar un quiste del tamaño de un grano de mijo. Por tanto, su traducción al español debería ser mijo, grano de mijo, o quiste del tamaño de un grano de mijo. Demasiado largo, ¿verdad?; por eso en español se ha dicho toda la vida quiste miliar. El adjetivo miliar se viene usando de siempre, tanto en dermatología como en medicina general, para referirse a lesiones de muy pequeño tamaño (tan pequeñas como un grano de mijo). Algunos ejemplos: acné miliar, miliaria rubra y cristalina, *lupus miliaris disseminatus faciei*, tuberculosis miliar...

Por favor, querido director, *millium*, nunca más.

Evaristo Sánchez Yus

Departamento de Medicina II (Dermatología).
Universidad Complutense. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez Yus E. Sobre los quistes, su diagnóstico y su denominación. Piel 1997;11:389-90.



¿Proteico o protéico?

Sr. Director:

Hojeando el número de marzo de PIEL, me encuentro con un magnífico artículo de revisión de De la Cuadra titulado «Dermatitis de contacto proteica»¹. En ese momento recordé que en una reunión de hace unos meses se presentó una comunicación con semejante título y yo me dirigí privadamente a su autor para llamarle la atención sobre lo impropio que me parecía llamar «proteico» a lo que en realidad era «protéico»; en todas las citas con que ilustró su comunicación figuraba el término inglés *protein*, nunca *protean*, que es la traducción inglesa del español «proteico».

Ahora, con el fin de corroborar mi impresión, acudí al Diccionario de la Real Academia Española² donde encuentro: «Proteico, ca. Que cambia de forma o de ideas. 2. Quím. protéico». Y, más adelante, «protéico, ca. Referente o relativo a las proteínas, y también en general a los protidos».

Ante mi sorpresa por esa inesperada segunda acepción de proteico como protéico, consulto el *Diccionario Crítico de Dudas Inglés-Español de Medicina*³ donde encuentro: