

2. Haji Muhammad Ismail Hussain I, Loh WF, Sofiah A. Childhood cerebral lupus in an oriental population. *Brain Dev* 1999;21:229-35.
3. Quintero del Río AI, Van Miller. Neurologic symptoms in children with systemic lupus erythematosus. *J Child Neurol* 2000;15:803-7.
4. Shintaku M, Matsumoto R. Disseminated perivascular necrotizing encephalomyelitis in systemic lupus erythematosus: report of an autopsy case. *Acta Neuropathol* 1998;95:313-7.
5. Dubreuil F, Cabre P, Smadja D, et al. Acute disseminated encephalomyelitis preceding cutaneous lupus. *Rev Med Intern* 1998;19:128-30.
6. Matsukawa Y, Mizutani T, Kitamura N, et al. Patient with both lupus anticoagulant and acute disseminated encephalomyelitis. *Clin Rheumatol* 1996;15:501-3.
7. Mizutani T, Oda M, Tsuganezawa M, et al. A case of demyelinating encephalomyelitis with some resemblance to collagen disease. *J Neurol* 1997;217: 43-52.



Varicela atípica

Sr. Director:

La varicela es una enfermedad frecuente que cursa con un exantema vesiculoso característico. Sus manifestaciones típicas se pueden alterar por diversos factores, como la inmunosupresión, la exposición solar, las infecciones virales previas, la dermatosis previas, los traumatismos, la oclusión o la compresión localizada¹.

Paciente varón, de 33 años de edad, con el antecedente personal de tromboflebitis en la pierna izquierda. Hace 3 años consultó por la aparición de una erupción vesiculosa, levemente pruriginosa, localizada en los muslos y el abdomen, de 48 h de evolución y acompañada de malestar general y febrícula. Las lesiones cutáneas se habían diseminado paulatinamente al tronco, las extremidades y el área facial. En la anamnesis el paciente mencionó que su hija tuvo la varicela 13 días antes.

A la exploración se apreciaba una erupción compuesta de cientos de vesículas de contenido claro, alguna de ellas umbilicada, con un leve eritema alrededor, localizadas en el abdomen, el área lumbar y en los 2 tercios proximales de ambos muslos (figs. 1 y 2). Llamaba la atención que todas las lesiones estaban en el mismo estadio evolutivo, así como la buena delimitación de las zonas donde eran más profusas, que coincidía con el área ocluida por una malla «ajustada» que utilizaba a diario para practicar deporte, pero que no había usado en los 3 días previos a la aparición del cuadro. En el área facial, las extremidades y el resto del tronco se observaban en menor densidad vesículas, pústulas y alguna costra, y erosiones en el paladar y las encías. La prueba de Tzanck de una de las vesículas de abdomen mostró células gigantes multinucleadas. El cultivo bacteriano del contenido de las vesículas fue negativo.



Figura 1. Múltiples vesículas localizadas en el abdomen, en la zona previamente ocluida por la malla.



Figura 2. Región lumbar y muslos con vesículas monomorfas, agrupadas en un área con límites lineales netos.

Múltiples exantemas virales modifican sus manifestaciones cutáneas en las áreas de inflamación, aunque la mayoría de los casos publicados corresponden a la varicela². Se mencionan distintos factores modificadores, como el eritema del pañal², las picaduras de insectos¹, las escayolas², la excesiva fotoexposición^{1,3}, las infecciones virales⁴, algunas dermatosis⁵ y la cirugía previa, la oclusión y algunos traumatismos (incluso las largas caminatas ocasionan lesiones plantares)^{1,2,6}. Estos «traumatismos» localizados se encuentran presentes en el período de incubación y no necesariamente en el momento de aparición del exantema². En estas áreas se producen vesículas agrupadas, que pueden hacerse hemorrágicas, profusas y monomorfas, cuya aparición se anticipa a la del exantema típico³. Se desconoce la etiopatogenia de la concentración de lesiones virales en las áreas inflamadas.

Se especula con que el aumento del flujo sanguíneo facilite la diseminación del virus hacia la piel, o incluso con que se altere la inmunidad local^{1,3}.

Benigno Monteagudo Sánchez^a,
Elvira León Muñoz^b, Begoña Iglesias
Rodríguez^c y José Alberto
Miranda Filloy^d

^aServicio de Dermatología. Centro Médico POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

^bServicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. La Coruña. España. ^cServicio de Anatomía Patológica. Centro Médico POVISA. Vigo. Pontevedra. España. ^dServicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belhorn TH, Lucky AW. Atypical varicella exanthems associated with skin injury. *Pediatr Dermatol* 1994;11:129-32.
2. Messner J, Miller JJ, James WD, Honig PJ. Accentuated viral exanthems in areas of inflammation. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:345-6.
3. Boyd AS, Neldner KH, Zemtsov A, Shihada B. Photolocalized varicella. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:772-4.
4. Auvin S, Catteau B, Ganga-Zandzou PS, Ythier H. Atypical varicella with palm and sole involvement. *Int J Dermatol* 2002;41:903-5.
5. Egan C, O'Reilly M, Vanderhooft S, Rallis T. Acute generalized varicella zoster in the setting of pre-existing generalized erythema. *Pediatr Dermatol* 1999;16:2111-2.
6. Nagore E, Sánchez-Motilla JM, Julve N. Atypical involvement of the palms and soles in a varicella infection. *Acta Derm Venereol* 1999;79:322.



Verrugas en tatuaje

Sr. Director:

En el número de PIEL de abril de este año, en la sección «La piel en la práctica diaria» se publica un interesante artículo titulado «Efectos secundarios de los piercings y los tatuajes»¹. En esta carta queremos aportar un caso observado recientemente en nuestro servicio.

En los últimos años la popularidad de los tatuajes decorativos se ha incrementado de forma considerable. Se han descrito lesiones de muy distinta naturaleza, como reacciones alérgicas, granulomas, carcinomas basocelulares, carcinomas espinocelulares y melanomas². Se han relacionado también con infecciones sistémicas, como la hepatitis B y C, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el tétanos, y con varias infecciones cutáneas, como la sífilis, las verrugas^{3,6}, el *molluscum contagiosum*⁷, chancroide, la tuberculosis y la lepra.



Figura 1. Múltiples verrugas sobre tatuaje, alguna ya filiforme.



Figura 2. Verrugas previas a la realización del tatuaje, situadas en su proximidad.

Presentamos el caso de un varón de 22 años de edad, sin antecedentes personales de interés. Consulta por la aparición paulatina en los últimos 3 meses de cientos de pápulas entre 1 y 2 mm de diámetro, de bordes netos, localizadas en el antebrazo derecho y limitadas exclusivamente al área de un tatuaje realizado 4 años antes (fig. 1). En la proximidad se apreciaban 2 lesiones hiperqueratósicas filiformes, de aproximadamente 0,5 cm de diámetro (fig. 2), sugestivas de verrugas y que el paciente ya había apreciado 2 años antes de realizarse el tatuaje. No refería ningún traumatismo en la zona.

Los exámenes de laboratorio, que incluían el VIH y los virus de la hepatitis B y C, resultaron normales o negativos. El estudio histopatológico mostró la presencia de acantosis, una leve hiperqueratosis y una mínima papilomatosis de la epidermis, con depósitos de material amorfo del tatuaje en la dermis.

Con los datos clínicos e histopatológicos se estableció el diagnóstico de «verrugas en tatuaje». Se comentó con el paciente las distintas opciones terapéuticas, pero ante la probable alteración de su tatuaje no aceptó ninguna de ellas.

Hay varios casos descritos de verrugas sobre tatuaje; en todos ellos transcurren varios años hasta la aparición de las verrugas³⁻⁶. Los autores consideran que la buena delimitación de las lesiones al área tatuada implica

que la inoculación del virus se produce durante la realización del tatuaje, en posible relación con una verruga previa que el paciente presentara en el área tatuada o en la saliva del artífice, en la tinta o el instrumental utilizado^{3,4}. En nuestro caso la proximidad de 2 verrugas previas aumenta la sospecha de la presencia de alguna otra en el área decorada y su diseminación traumática.

El diagnóstico diferencial, dado el largo tiempo de latencia, debería establecerse con las queratosis seborreicas eruptivas de tipo acantoma inflamatorio⁸. La cercanía de 2 verrugas y la aparición en las últimas semanas de lesiones filiformes apoyan el diagnóstico de verruga sobre tatuaje.

Benigno Monteagudo Sánchez^a,
Elvira León Muñíos^b, Ignacio Suárez
Conde^a y Iosu Antón-Badiola^c

^aServicio de Dermatología. Centro Médico
POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

^bServicio de Microbiología. Complejo
Hospitalario Universitario. Santiago de
Compostela. La Coruña. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Centro Médico
POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mangas de Arriba C, Carrascosa JM, Ribera M. Efectos secundarios de los *pierings* y los tatuajes. *Piel* 2004;19:200-5.
2. Stinco G, De Francesco V, Frattasio A, Quinkenstein E, Patrone P. Malignant melanoma in a tattoo. *Dermatology* 2003;206:345-6.
3. Trefzer U, Schmollack KP, Stockfleth E, Sterry W, Kolde G. Verrucae in a multicolored decorative tattoo. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:478-9.
4. Ragland HP, Hubbell C, Stewart KR, Nesbitt LT Jr. Verrucae vulgaris inoculated during tattoo placement. *Int J Dermatol* 1994;33:796-7.
5. Miller DM, Brodell RT. Verrucae restricted to the areas of black dye within a tattoo. *Arch Dermatol* 1994;130:1453-4.
6. Baxter SY, Deck DH. Tattoo-acquired verrucae plana. *Am Fam Phys* 1993;47:732.
7. Salmasso F, Gnecci L, Gianotti R, Veraldi S. *Molluscum contagiosum* on a tattoo. *Acta Derm Venereol* 2001;81:146-7.
8. Nicolle E, Bessis D, Guilhou JJ. Kératoses séborrhéiques éruptives sur tatouage. *Ann Dermatol Vénereol* 1998;125:261-3.



Milio en placa

Sr. Director:

El milio en placa es una entidad rara descrita por primera vez por Balzer y Fouquet en 1903¹, caracterizada por la presencia de múltiples quistes miliares agrupados en el seno de una placa de tamaño variable, con frecuencia eritematosa y en ocasiones ligeramente edematosa o infiltrada². En algunos casos pueden coexistir comedones abiertos³ o pústulas⁴.

Nosotros hemos podido observar un caso en una mujer de 50 años de edad, sin ante-

cedentes personales de interés, que consultó por presentar desde hacía 3 años múltiples lesiones cutáneas asintomáticas de pequeño tamaño, localizadas de forma bilateral en la concha y el área preauricular. La paciente no recordaba antecedentes de traumatismos, agresión química ni aplicación de medicamentos tópicos en la región afectada.

A la exploración dermatológica se observan en la concha y la región preauricular, de forma bilateral, múltiples microquistes blancoamarillentos agrupados sobre una base ligeramente eritematosa (fig. 1). No se evidenciaron pústulas ni comedones en ninguna de las placas.

En el estudio histopatológico se aprecia la presencia de varios quistes de pequeño tamaño, revestidos por varias capas de un epitelio estratificado y sus luces ocupadas por queratina ortoqueratósica, situados en la dermis reticular (fig. 2). Algunos de los quistes estaban rodeados por un discreto infiltrado linfocitario.

Con estos datos se estableció el diagnóstico de milio en placa en la concha y la región preauricular de forma bilateral.

Esta entidad es más frecuente entre la cuarta y la sexta décadas de la vida, con cierto predominio en el sexo femenino².

La localización más común es la región retroauricular, donde las lesiones pueden asentar con carácter unilateral⁴ o bilateral^{2,5}. Con menos frecuencia se han descrito casos en los lóbulos auriculares, la región preauricular de forma bilateral³, los párpados⁶, el canto interno, la zona paranasal⁷, la región supraclavicular, la región submandibular bilateral, el dorso de las manos⁸ y las piernas⁹.



Figura 1. Pequeños quistes blancoamarillentos en la concha y el área preauricular.



Figura 2. Quistes epidérmicos en la dermis reticular.