

# CARTAS AL DIRECTOR



Localizador web  
Artículo 48.061

## Nódulo calcificado subepidérmico

Sr. Director:

El depósito de calcio en la piel es un proceso poco frecuente, denominado calcinosis cutis. Las calcinosis cutáneas se clasifican en distrófica, metastásica, idiopática y iatrogénica<sup>1</sup>.

El nódulo calcificado subepidérmico (NCS) de Winer, o cálculo cutáneo, constituye una forma rara, idiopática y localizada de calcinosis cutánea que se manifiesta como un nódulo pequeño y firme, localizado con mayor frecuencia en la cabeza o las extremidades superiores de niños de corta edad<sup>2</sup>.

Paciente varón de 25 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés que, desde hacía 5 años, presentaba una lesión asintomática en el glúteo izquierdo. El paciente negaba la existencia de un antecedente traumático previo a la aparición de la lesión, ni posterior irritación o drenaje de secreción a partir de la misma. Sin embargo, a lo largo del último año había presentado dolor relacionado con pequeños traumatismos en la zona de la lesión.

En la exploración física se observaba en el glúteo izquierdo una lesión nodular única, asintomática, bien delimitada, de coloración blanco-amillenta, superficie lisa y consistencia dura, de 1 cm de diámetro, sin apreciarse halo eritematoso periférico. El resto de la exploración física fue estrechamente normal.

Los estudios analíticos realizados, incluyendo un hemograma, los valores de calcio y fósforo en sangre periférica, así como el estudio de la función renal, se encontraban dentro de los límites normales.

Se realizó la extirpación de la lesión, sin observar signos de recidiva 2 años después.

En el examen histopatológico realizado, la epidermis presentaba una ligera hiperqueratosis y acantopapilomatosis. Desde la zona superficial hasta la profunda de la dermis se observaban numerosas masas amorfas irregulares o lobuladas correspondientes a depósitos de calcio, dispuestos a modo de nidos muy bien delimitados, de diferentes tamaños, algunos muy grandes, con evidente basofilia y presencia de restos de pequeños núcleos. La mayoría de estos nódulos estaba rodeada por una estroma muy fibrosa con presencia de escasos macrófagos (figs. 1 y 2). No se observaba presencia de filtrado inflamatorio perilesional, y tampoco restos de estructuras que hicieran sospechar la existencia de una lesión previa a la calcificación, ni estructuras sudoríparas adyacentes al depósito de calcio.

Los cálculos cutáneos fueron descritos por primera vez por Duhring, y fue Winer el que definió el NCS como una entidad propia, que se describió como una forma especial de calcinosis circunscrita, consistente en una lesión nodular congénita, solitaria y calcificada de la piel<sup>3</sup>.

El NCS se incluye dentro de las calcificaciones cutáneas idiopáticas localizadas, por lo que no se ha relacionado con lesiones tumorales locales, enfermedades cutáneas o dermatológicas.



Figura 1. Depósitos en la dermis superficial y media de un material basófilo amorf (hematoxilina eosina).

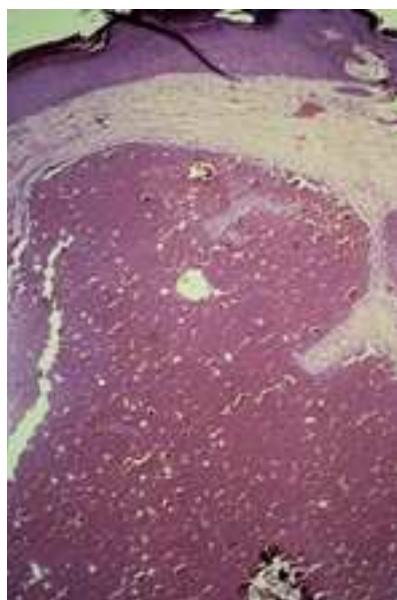


Figura 2. A mayor aumento, masa bien delimitada compuesta por depósitos de calcio, con presencia de restos de pequeños núcleos.

La calcinosis cutánea idiopática es un fenómeno infrecuente que se observa principalmente en niños aunque, como en el caso de nuestro paciente, puede aparecer en la juventud, en edades más avanzadas<sup>4</sup> o incluso estar presente desde el nacimiento. Se han descrito casos en familiares<sup>4</sup> y se ha asociado al síndrome de Down<sup>5</sup> y a otras enfermedades (ictiosis, síndrome neuroectodérmico)<sup>6</sup>. Este trastorno se observa con más frecuencia en varones que en mujeres<sup>7</sup>.

Clínicamente se trata de un nódulo duro, amarillento, de superficie lisa o verrugosa que suele rodearse de un halo eritematoso. La localización habitual es la cabeza, sobre todo las orejas y las mejillas, y con menor frecuencia las extremidades, los genitales y los glúteos<sup>8</sup>. También se ha descrito localizado en la mucosa oral<sup>9</sup>.

Por lo general, la lesión es única y asintomática, aunque también pueden aparecer lesiones múltiples<sup>6,10</sup> y, en ocasiones, puede drenar un material espeso tras un traumatismo.

Desde el punto de vista histológico, se observan depósitos de calcio situados en la dermis superior, inmediatamente por debajo de una epidermis normal o con ligera hiperqueratosis y acantosis, con afección ocasional de la dermis profunda. Estos depósitos constituyen una masa homogénea de gránulos basófilos que, en general, no presentan ninguna o escasa reacción inflamatoria alrededor<sup>11</sup>. La tinción de Von Kossa suele ser positiva. Pueden observarse fenómenos de ulceración, eliminación transsepidermica del material cárneo y formación de granulomas de cuerpo extraño<sup>7,9</sup>.

La etiopatogenia del NCS no está clara. Para Winer parece tratarse de un tumor ocasionado por un hamartoma calcificado de los conductos de las glándulas ecrinas<sup>3</sup>. Otros autores sugieren que podría tratarse de la calcificación de otras estructuras preexistentes (nevus melanocítico<sup>8</sup>, pilomatricoma, degranulación de mastocitos) o de una lesión dérmica de etiología desconocida<sup>7</sup>. Lever y Schaumburg-Lever<sup>11</sup> opinan que no es probable que se origine a partir de estructuras preexistentes. Además, si éste fuera el caso, habría que clasificar el NCS en el grupo de las calcinosis secundarias y no dentro de las calcinosis idiopáticas. En nuestro paciente no se ha podido comprobar ninguno de estos factores patogénicos ni se observó ninguna relación entre los depósitos de calcio y los conductos sudoríparos.

El diagnóstico diferencial del NCS debe establecerse principalmente con otras formas de calcinosis de la piel y otras entidades (quiste miliar, comedón gigante...)<sup>12</sup>. Aunque mediante curetaje de la lesión se han obtenido buenos resultados, el tratamiento de elección es la escisión completa de la lesión.

Aportamos un caso más de un paciente que ha presentado una lesión compatible clínica e histológicamente con un NCS localizado en la zona glútea, siendo ésta una localización poco frecuente.

Rosario de Fátima Lafuente Urrez,

María Eugenia Iglesias Zamora,

Pedro Zaballos Diego y Matilde Pilar

Grasa Jordan

Servicio de Dermatología.

Hospital General de Navarra. Pamplona.

(Navarra). España.

## BIBLIOGRAFÍA

- Walsh JS, Fairley JA. Calcifying disorders of the skin. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:693-706.
- Mehregan AH. Calcinosis cutis: a review of the clinical forms and report of 75 cases. *Semin Dermatol* 1984;3:53-61.
- Winer LH. Solitary congenital nodular calcification of the skin. *Arch Dermatol* 1952;66:204-11.
- Just M, Bielsa I, Ribera M, et al. Nódulo calcificado de Winer. *Actas Dermosifiliogr* 1994;85:599-602.
- De Felipe I, Vázquez do Val J, Quintanilla E. Calcinosis cutánea idiopática, anhidrosis y xerosis en un paciente con síndrome de Down. *Actas Dermosifiliogr* 1996;87:485-8.

6. Shmunes E, Wood MG. Subepidermal calcified nodules. Arch Dermatol 1972;105:593-7.
7. Evans MJ, Blessing K, Gray ES. Subepidermal calcified nodule in children: a clinicopathologic study of 21 cases. Pediatr Dermatol 1995;12:307-10.
8. Woods B, Kellaway TD. Cutaneous calculi: subepidermal calcified nodules. Br J Dermatol 1963;75:1-11.
9. El-Mofty SK, Santa Cruz D. Mucosal calcified nodules. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992;73:472-5.
10. Torrelo A, Bajo C, Mediero IG, Zambrano A. Cáculos cutáneos del pene. Actas Dermosifiliogr 1998;89:264-9.
11. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histopathology of the skin. Philadelphia: JB Lippincott, 1990; p. 466-9.
12. Espinel ML, Piqué E. Nódulo cutáneo duro en labellón auricular. Piel 1993;8:250-2.

 Localizador web  
Artículo 47.485

## Serpiginosa

### Sr. Director:

El término «serpiginosa» es un adjetivo que deriva originalmente de la voz latina *serpigo*, que a su vez procede de *serpens* (sierpe o serpiente)<sup>1</sup>, y es utilizado por los dermatólogos para referirse a aquellas lesiones cutáneas que tienden a avanzar por un extremo y a resolverse por otro, dibujando contornos serpenteados u ondulados en su avance<sup>2-4</sup>. A pesar de su relativa rareza, es un calificativo de gran poder descriptivo, ya que su nombre evoca dermatosis tan genuinas como la elastosis perforante serpiginosa o la larva migratoria cutánea.

Recientemente, realizando una revisión personal de casos, quedé sorprendido por la escasez de publicaciones en lengua española que incluyen el término serpiginosa en su texto. Casi por casualidad, y coincidiendo con la lectura de un artículo<sup>5</sup> en la sección de Casos para el Diagnóstico de PIEL, pude observar que se empleaba en su lugar y con su mismo significado la palabra *serpinginosa*. Mayor fue mi asombro al comprobar cómo el uso de esta expresión no es un hecho anecdótico, ni en ésta<sup>6-8</sup> ni en otras publicaciones médicas<sup>9-13</sup>. De hecho, bajo la entrada *serpinginosa* pude localizar con el buscador muchas más citas bibliográficas de las que había encontrado inicialmente con serpiginosa. Las referencias recogidas son sólo algunas, las más recientes, de todas las publicadas.

En los diccionarios médicos de mayor difusión<sup>2-4</sup> consta la palabra serpiginosa con el mismo significado que el que le otorga el diccionario de la Real Academia de la Lengua<sup>1</sup>. Sin embargo, no se encuentra en ninguno de ellos la expresión *serpinginosa*, que más bien parece el fruto de la hibridación de serpiginosa con serpenteante o serpenteada, palabras que sí son correctas y cuyo significado se asemeja al del término que discutimos.

Sin ánimo de iniciar un debate lingüístico, me ha parecido oportuno dirigirme a ustedes para llamar la atención sobre la necesidad de unificar el lenguaje entre los dermatólogos hispanohablantes. El número de términos dermatológicos ambiguos en lengua castellana crece cada día: no es infrecuente oír «piodermia gangrenosa», «candidosis» o «alopecia androgenética», y resulta preocupante no ya su mayor o menor incorrección etimológica u ortográfica, sino por la confusión terminológica que todo esto genera. Aunque confieso mi escasa simpatía por la irregular y heterodoxa manera en que los autores americanos transcriben los términos médicos a partir de las lenguas clásicas, sí que admiro la capacidad que éstos tienen de aunar y dar uniformidad al lenguaje científico, y eso a pesar de la complejidad de la lengua inglesa.

Es bien conocido que la literatura médica busca alcanzar el máximo rigor científico, y lo consigue a menudo en notable detrimento del uso apropiado del lenguaje<sup>14,15</sup>. No obstante, si asumimos que el lenguaje científico tiene como fin mejorar la precisión y el entendimiento entre todos los profesionales dedicados a la ciencia, tal vez no sea disparatado hacer un llamamiento a la búsqueda de consenso y, por qué no, de cierto rigor lingüístico.

Marcos Hervella Garcés  
Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario La Paz.  
Madrid. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. 22.<sup>a</sup> ed. Madrid: Espasa, 2001.
2. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13.<sup>a</sup> ed. Barcelona-Madrid: Masson-Salvat, 1992.
3. Churchill's medical dictionary. New York-Edinburgh: Churchill-Livingstone, 1989.
4. Stedman's medical dictionary. 27<sup>th</sup> ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
5. Revenga Arranz F, Paricio Rubio JF. Erupción serpiginosa y pruriginosa. Piel 2001;16:517-8.
6. Blázquez N, Escalonilla P. Telangiectasias cervicales. Piel 2001;16:395-6.
7. Hidalgo García Y, González López M. Pápulas queratósicas en pies y piernas. Piel 2000;15:285-7.
8. Cornejo Navarro P, Alvarez Fernández JG, Rodríguez Peralto JL. Lesiones papulosas y pruriginosas en un paciente hemodializado. Piel 2000;15:193-4.
9. Aparicio Fernández S, Moreno Presmanes M, Díaz Recio E, Fernández-Cañadas S, Boixeda de Miquel P. Erupción serpiginosa progresiva. Rev Clin Esp 2000;200:223-4.
10. Gómez Díez S, Pérez Oliva N. Micosis fungoide y síndrome de Sézary. Actas Dermosifiliogr 2001; 92:193-206.
11. Torrelo A, Mitxelena J, G-Mediero I, Zambrano A. Granuloma anular perforante generalizado asociado a colestasis crónica. Actas Dermosifiliogr 2000;91:575-9.
12. Asurmendi Redondo L, Tuneu Valls A. Diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas de la región perianal y genital. Jano 2000;58:64-74.
13. Hidalgo Sánchez S, Borbuijo Martínez J. Diagnóstico del pénfigo y penfigoide. Jano 2000;58:60.
14. Mascaró JM. Elemental, mi querido amigo... Actas Dermosifiliogr 2001;92:601-4.
15. Navarro FA. Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 2000.

 Localizador web  
Artículo 47.814

## Hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola. Presentación de un caso relacionado con el embarazo

### Sr. Director:

La hiperqueratosis del pezón y la areola es una entidad rara, caracterizada por un engrosamiento verrucoso persistente y una pigmentación oscura del pezón y/o de la areola, que puede observarse de forma unilateral o bilateral en ambos sexos. Histológicamente, se aprecia acantosis, hiperqueratosis y papilomatosis.

Mujer de 24 años, gestante de 32 semanas, con antecedentes personales de síndrome de Gilbert, útero bícorne, ovariectomía y apendicectomía. Consulta por presentar un aumento del tamaño de ambas areolas mamarias, hiperqueratosis y pigmentación pardusca de las mismas desde el inicio del embarazo. A lo largo de los dos últimos meses refiere un incremento del prurito y dos episodios de infección de la areola, acompañados de pequeñas erosiones y fisuras en los pezones. En ningún momento se aprecia secreción y los pezones son moderadamente sensibles. No hay antecedentes familiares ni personales de atopia, acantosis nigricans, ictirosis o nevus epidérmico.

La exploración física demuestra lesiones hiperpigmentadas, de coloración pardusca, hiperqueratósicas y verrucosas en ambos pezones y areolas (fig. 1). El resto del examen clínico es normal. No se aprecian signos de alteración endocrina.

La paciente rechaza la realización de una biopsia cutánea para estudio anatopatológico.

Se instaura tratamiento tópico con crema de prednizolato y emolientes, observándose un ligero eritema residual antes de la remisión completa de las lesiones. No se aprecia recidiva del proceso al suspender el tratamiento tras 6 meses de seguimiento.

La hiperqueratosis del pezón y la areola es una afección rara de la mama que fue descrita por primera vez por Tauber en 1923. Clásicamente, se divide en tres categorías: una variante de un nevus epidémico<sup>12</sup>, un tipo asociado con ictirosis<sup>3</sup>, acantosis nigricans, enfermedad de Darier o ecema crónico<sup>3,4</sup>, y una forma nevoide aislada que se observaba sobre todo en mujeres jóvenes<sup>3,5,6</sup>.

Esta última variante se caracteriza por presentarse de forma predominante en mujeres, en la segunda o tercera década de la



Figura 1. Lesiones hiperqueratósicas, verrucosas y pigmentadas localizadas en pezones y areolas.