

Cartas al Director

Localizador

08-036

Queratosis seborreicas eruptivas en ambas areolas en un paciente con dermatitis atópica

La areola puede afectarse por diversos procesos inflamatorios o neoplásicos que muchas veces pueden acompañarse de un cierto grado de hiperqueratosis. Posiblemente, el eczema en el contexto de una dermatitis atópica sea el proceso más frecuente[1].

Presentamos el caso de una paciente con queratosis seborreicas (QS) eruptivas en ambas areolas tras un eczema en dicha localización como manifestación de una dermatitis atópica visto recientemente en nuestro Servicio.

Mujer de 22 años de edad con los antecedentes personales de microprolactinoma, hipotiroidismo subclínico y dermatitis atópica desde los 10 años, que consultó por la presencia en los últimos tres meses de múltiples lesiones muy pruriginosas limitadas al área areolar, que se iniciaron coincidiendo con un eczema en esa zona.

A la exploración se apreciaron múltiples pápulas parduzcas de superficie hiperqueratósica y bien delimitadas dispuestas en ambas areolas (Figuras 1 y 2).

La clínica y la dermatoscopia eran indicativas de QS, el estudio histopatológico de una de las lesiones de la areola izquierda fue compatible con el diagnóstico. Evidenció un tumor exofítico con hiperqueratosis, acantosis y leve papilomatosis.

Se estableció el diagnóstico de QS eruptivas desencadenadas por un ecze-



Figura 1. Múltiples pápulas parduzcas, de superficie hiperqueratósica, bien delimitadas dispuestas en ambas areolas.



Figura 2. Mayor detalle de las lesiones hiperqueratósicas de areola derecha.

ma en el contexto de su dermatitis atópica. Se inició tratamiento con la aplicación diaria de una combinación en crema de ácido fusídico y dexametasona, sin mejoría el primer mes salvo una reducción del prurito.

Las formas eruptivas de QS pueden asociarse a procesos tan variados como embarazo, virus de la inmunodeficiencia humana[2] y neoplasia maligna interna (signo de Leser-Trélat[3], puesto en duda como marcador de malignidad interna[4]).

Los términos acantoma (post-eczema o post-pénfigo)[5-7], QS eruptivas transitorias[4, 8, 9] o hiperplasia verrucosa transitoria[10] se emplean para describir la aparición de lesiones en áreas afectas por dermatosis inflamatorias y que en ocasiones se resuelven en unos meses tras la curación del proceso cutáneo de base[5]. Entre estas dermatosis predominan las eritrodermias (de causa eczematosa[5], psoriásica[4] o secundaria a dermatitis de contacto alérgica[5], erupción medicamentosa[4], pitiriasis rubra pilaris[9] o síndrome de Sézary, casos englobados como signo de Leser-Trélat en pacientes con síndrome de Sézary son en realidad QS secundarias a la eritrodermia originada por dicho proceso neoplásico[4]). Las formas localizadas son menos frecuentes y pueden ser causadas por eczemas[8], micosis fungoide[6], pénfigo vulgar o foliáceo[7], lepra lepromatosa y necrosis epidérmica tóxica[10]. Existen formas de QS limitadas en áreas sobreinfectadas, en un área tatuada[11], en un injerto, o en un intertrigo de región inframamaria[12].

La etiopatogenia de estas formas eruptivas es desconocida. Distintas teorías

as implican como origen de la proliferación epidérmica a una infección viral, factores de crecimiento epidérmico[10], infiltrado inflamatorio de células mononucleares[9] o estímulos locales como la presión[10] (espalda[5] o pliegues[12]).

En el diagnóstico diferencial deben considerarse múltiples procesos y de muy distinta naturaleza como verrugas, *molluscum contagiosum*, escabiosis, corpúsculos de Montgomery[13, 14], adenomatosis erosiva del pezón[15], hiperplasia sebácea areolar y una dermatosis facticia[1]. Principalmente debe descartarse una hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola, entidad muy poco frecuente que predomina en mujeres, en la segunda o tercera década de la vida, suele presentarse de forma bilateral y la histopatología es muy similar[16-18]. Ambas entidades difieren por manifestarse la hiperqueratosis nevoide como una afectación difusa del la areola y/o pezón frente al aspecto de las QS, que consisten en pápulas o placas netamente demarcadas[19, 20].

**B. Monteagudo Sánchez¹,
M. Cabanillas González¹,
F. Campo Cerecedo²**

¹Servicio de Dermatología.

²Servicio de Anatomía Patológica.

Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-
Novoa Santos. Ferrol. España.

Correspondencia:

Benigno Monteagudo Sánchez
C/Alegre, 83-85, 3.ª A
15401 Ferrol (A Coruña). España
e-mail: benims@hotmail.com

Bibliografía

1. Pascua López M, Martín Santiago A. Diagnóstico diferencial de las lesiones hiperqueratósicas del pezón y la areola. *Piel* 2005; 20: 457-62.
2. Inamadar AC, Palit A. Eruptive seborrheic keratosis in human immunodeficiency virus infection: a coincidence or "the sign of Leser-Trélat"? *Br J Dermatol* 2003; 149: 435-6.
3. Shamsadini S, Wadji MB, Shamsadini A. Surrounding ipsilateral eruptive seborrheic keratosis as a warning sign of intraductal breast carcinoma and Paget's disease (Leser Trélat sign). *Dermatol Online J* 2006; 12: 27.

4. Flugman SL, McClain SA, Clark RAF. Transient eruptive seborrheic keratoses associated with erythrodermic psoriasis and erythrodermic drug eruption: Report of two cases. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: S212-4.
5. Williams MG. Acanthomata appearing after eczema. *Br J Dermatol* 1956; 68: 268-71.
6. Ginarte M, Sánchez Aguilar D, Peteiro C, Toribio J. Acanthomas post-eczema durante el tratamiento con PUVA de una micosis fungoide. *Med Cutan Iber Lat Am* 1995; 23: 103-6.
7. Yesudian PD, Krishnan SGS, Jayaraman M, Janaki VR, Yesudian P. Postpemphegus acanthomata: a sign of clinical activity? *Int J Dermatol* 1997; 36: 194-6.
8. Monteagudo B, Álvarez Álvarez C, López Mouriño VM. Queratosis seborreicas eruptivas desencadenadas por un eczema. *Actas Dermosifiliogr* 2005; 96: 130.
9. Sahin MT, Ozturkcan S, Turel Ermertcan A, Saçar T, Turkdogan P. Transient eruptive seborrheic keratoses associated with erythrodermic pityriasis rubra pilaris. *Clin Exp Dermatol* 2004; 29: 554-5.
10. García Doval I, Florez A, De la Torre C, Conde A, Cruces MJ. Transient verrucous hyperplasia after toxic epidermal necrolysis. *Br J Dermatol* 2003; 149: 1082-3.
11. Nicolle E, Bessis D, Guilhou JJ. Kératosis séborrhéiques éruptives sur tatouage. *Ann Dermatol Vénereol* 1998; 125: 261-3.
12. Monteagudo B, Bordel MT, Cabanillas M, de las Heras C, Cacharrón JM. Queratosis seborreicas eruptivas y transitorias desencadenadas por un intertrigo. *Piel* 2008; 23: 221.
13. Blech H, Friebe K, Kranse W. Inflammation of Montgomery glands. *Acta Derm Vénereol* 2004; 84: 93-4.
14. Requena C, Requena L. Glándulas sebáceas ectópicas: condición de Fordyce y corpúsculos de Montgomery. En: Neoplasias Anexiales Cutáneas. Madrid, Grupo Aula Médica, 2004: 375-80.
15. Monteagudo B, De las Heras C, Aguilera Navarro C, Used Aznar MM, García Rego JA, Álvarez JC, Cacharrón JM. Adenomatosis erosiva del pezón. *Med Cutan Iber Lat Am*. En prensa.
16. Mehanna A, Malak JA, Kibbi AG. Hyperkeratosis of the nipple and areola: report of 3 cases. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1327-8.
17. Lambiris AG, McCormick F. Unilateral hyperkeratosis of nipple and areola associated with androgen insensitivity and oestrogen replacement therapy. *J Eur Acad Dermatol Vénereol* 2001; 15: 376-7.
18. Ruiz Villaverde R, Sánchez Cano D, Pacheco Sánchez Lafuente FJ. Hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64: 180-1.
19. Trattner A, David M, Sandbank M. Seborrheic keratoses of the areola. *Cutis* 1994; 53: 95-6.
20. Baykal C, Büyükbabani N, Kavak A, Alper M. Nevoid hyperkeratosis of the nipple and areola: a distinct entity. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 414-8.