

3. Griffith JA, Perkin RM. Toxic shock syndrome and sinusitis: A hidden site of infection. *West J Med* 1988;148:580-1.
4. Wood SD, Ries K, White GL Jr., Murdock RT, Pedersen DM. Maxillary sinusitis—the focus of toxic shock syndrome in a male patient. *West J Med*. 1987;147:467-9.
5. Gallo UE, Fontanarosa PB. Toxic streptococcal syndrome. *Ann Emerg Med*. 1990;19:1332-4.
6. Younis RT, Gross CW, Lazar RH. Toxic shock syndrome following functional endonasal sinus surgery: A case report. *Head Neck*. 1991;13:247-8.
7. Bos AP, Tibboel D, Hazebroek FW, Hoeve H, Meradji M, Molenaar JC. Sinusitis: Hidden source of sepsis in postoperative pediatric intensive care patients. *Crit Care Med*. 1989;17:886-8.
8. Wilson JA, Von Haacke NP, McAndrew PT, Murray JA. Toxic shock syndrome after nasal surgery. *Rhinology*. 1987;25:139-40.
9. Aebert H, Hunefeld G, Regel G. Paranasal sinusitis and sepsis in ICU patients with nasotracheal intubation. *Intens Care Med*. 1988;15:27-30.
10. Friedstrom SR, Awad J. Toxic-shock-like-syndrome due to *Streptococcus pneumoniae* sinusitis. *Scand J Infect Dis*. 1999; 31:509-10.

Hipertrichosis cervical anterior

Sr. Editor:

La hipertrichosis es el crecimiento de pelo en cantidad y grosor excesivo en cualquier lugar del tegumento. Puede aparecer tanto en el hombre como en la mujer y en general no obedece a causas hormonales. No debe confundirse con el hirsutismo, que es el crecimiento de pelo terminal en la mujer con una distribución masculina (labio superior, mentón, pecho, línea alba, abdomen inferior, antebrazos, muslos, espalda superior y nalgas), y a la que se puede asociar otros signos de virilización¹. Muchas veces la hipertrichosis es el resultado de efectos adversos de medicamentos, de traumatismos repetidos, hamartomas subyacentes o forma parte de algún síndrome, como las porfirias o las mucopolisacaridosis. Sin embargo, existen una serie de hipertrichosis primarias clasificadas, según la edad de comienzo, como congénita y adquirida, y, en función de la extensión, como localizada y generalizada².

El interés de conocer las hipertrichosis radica en reconocer patologías asociadas a las formas generalizadas o localizadas y evitar estudios analíticos u hormonales sólo necesarios ante la sospecha de hirsutismo. Presentamos el caso de una niña de 12 años con hipertrichosis cervical anterior (HCA), de la que sólo hemos encontrado 26 casos descritos hasta la fecha.

Niña de 12 años de edad sin antecedentes personales de interés, remitida por su pediatra para estudio por el incremento de pelo en cara anterior de cuello. Sus padres recordaban dicha alteración desde el nacimiento, y mostraban su preocupación por el problema estético que suponía. No referían traumatismo, inflamación ni aplicación de corticoides u otros medicamentos en la zona.

A la exploración física se observaron múltiples pelos terminales localizados sobre piel sin otras anomalías, a nivel cervical anterior justo encima de la prominencia laríngea (fig. 1). En el resto de la superficie cutánea y mucosa oral no se evidenciaron alteraciones significativas.



Figura 1. Aumento de pelo terminal a nivel cervical anterior.

Con el diagnóstico de HCA se realizó una exploración neurológica y oftalmológica que fue normal salvo leve miopía; tampoco se detectó *ballux valgus*. Los padres no referían antecedentes familiares de una afectación similar ni de consanguinidad. Se le explicaron las distintas técnicas depilatorias y se recomendó tratamiento con láser por ser un método definitivo.

Las hipertrichosis localizadas congénitas no se asocian en general con otros trastornos y representan principalmente problemas estéticos. Suelen heredarse de forma autosómica recesiva. Se han descrito cuatro entidades diferentes:

- Hipertrichosis limitada a la región lumbosacra (*cola de fauno*). Es la más frecuente y se aprecia ya en el neonato. Pueden coexistir otras anomalías cutáneas a ese nivel como la hiperpigmentación, lipomas, hamartomas o malformaciones vasculares; con frecuencia estos defectos concurren con una disrafia espinal.

- Hipertrichosis cubital (síndrome del codo piloso). Se observa desde el nacimiento o la primera infancia, de forma bilateral y en ocasiones se acompaña de talla baja u otras anomalías físicas.

- Hipertrichosis cervical posterior. Se presenta al nacer, se ha relacionado con cifoescoliosis y se considera una entidad con herencia autosómica dominante o recesiva ligada a X.

- La HCA^{2,3}. Entidad descrita por Trattner et al en 1991, consiste en un “mechón” de pelo a nivel cervical anterior justo encima de la prominencia laríngea⁴.

Contabilizando nuestro caso sólo se han descrito 27 casos de HCA hasta la actualidad, con un predominio del sexo femenino (18 mujeres/9 varones)^{2,4-12}, 18 de ellos familiares pertenecientes a 5 familias⁴⁻⁸ y 9 casos esporádicos^{2,8-12}. Un total de 20 casos fueron descritos como defectos únicos^{2,5,7-9} frente a los 7 (26%) que presentan alguna patología asociada^{4,6,10-2}.

Entre las distintas asociaciones descritas destacan alteraciones neurológicas (neuropatía periférica sensitiva o motora y retraso mental)^{4,6,10-2}, alteraciones oftalmológicas (atrofia óptica)^{4,6}, *ballux valgus*^{4,6,11} y síndrome de Turner⁵.

La etiología de la HCA sigue desconocida. En general se ha relacionado con una herencia autosómica dominante^{7,9,11,12}, aunque también se ha sugerido un modo autosómico recesivo^{4,8} o dominante ligado a X³. El tratamiento de la hipertrichosis tiene una finalidad estética, la depilación puede ser temporal o defi-

nitiva por medio de múltiples métodos, como la decoloración, el afeitado, la depilación física o química, la electrólisis o el láser. No se emplean tratamientos antiandrógenos^{2,7}.

La HCA es una entidad infradiagnosticada que debe tenerse en cuenta para excluir posibles asociaciones y pruebas analíticas innecesarias.

Agradecimientos

A Uxía y Amparo (Biblioteca y Centro de Documentación) por su colaboración indispensable y su eficacia para conseguir nuestra bibliografía.

**B. Monteagudo Sánchez^a, E. León Muiños^b,
M. Cabanillas González^a y G. Martínez Meléndez^c**

^aServicios de ^aDermatología y ^bPediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. ^cCentro de Salud de Fene. Fene. A Coruña. España.

Correspondencia: Dr. B. Monteagudo Sánchez. Alegre, 83-85, 3.ºA. 15403-Ferrol. España. Correo electrónico: benims@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Monteagudo Sánchez B, Antón Badiola IM, León Muiños E, Blanco López A. Hipertrichosis como primera manifestación de la porfiria cutánea tarda. SEMERGEN. 2005;31:140.
2. Vashi RA, Manzini AJ, Paller AS. Primary generalized and localized hypertrichosis in children. Arch Dermatol. 2001;137:877-84.
3. Bordel Gómez MT. Diastematomielia: una forma de disrafia espinal. An Pediatr (Barc). 2006;64:485-8.
4. Trattner A, Hodak E, Sagie-Lerman T, David M, Nitzan M, Garty BZ. Familial congenital anterior cervical hypertrichosis associated with peripheral sensory and motor neuropathy—A new syndrome? J Am Acad Dermatol. 1991;25:767-70.
5. Tsukahara M, Kajii T. Hairy throat: a dominant trait affecting seven members of a family. Clin Dysmorphol. 1992;1:165-7.
6. Garty BZ, Snir M, Kremer I, Yassar Y, Trattner A. Retinal changes in familial peripheral sensory and motor neuropathy associated with anterior cervical hypertrichosis. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1997;34:309-12.
7. Lee HW, Lee MW, Choi JH, Moon KC, Koh JK. Familial anterior cervical hypertrichosis. J Am Acad Dermatol. 2005;53:530-2.
8. Nanda A, Al-Arabi I, Ali MT, Alsaleh QA. Anterior cervical hypertrichosis (hairy throat): Is it a sign to worry about? Clin Exp Dermatol. 2007;32:112-4.
9. Braddock SR, Jones KL, Bird LM, Villegas I, Jones MC. Anterior cervical hypertrichosis: a dominantly inherited isolated defect. Am J Med Genet. 1995;55:498-9.
10. Thienpont B, Vermeesch J, Devriendt K. Anterior cervical hypertrichosis and mental retardation. Clin Dysmorphol. 2006;15:189-90.
11. Corona-Rivera JR, González-Abarca S, Hernández-Rocha J, García-Cruz D, Corona-Rivera A. Mental retardation in a boy with anterior cervical hypertrichosis. Am J Med Genet. 2005;135:69-71.
12. Ardinger HH. Anterior cervical hypertrichosis versus hairy throat. Clin Dysmorphol. 1993;2:186-7.