



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Neoformación eritematosa en la palma

Josefa Novales y Diana Medina Castillo

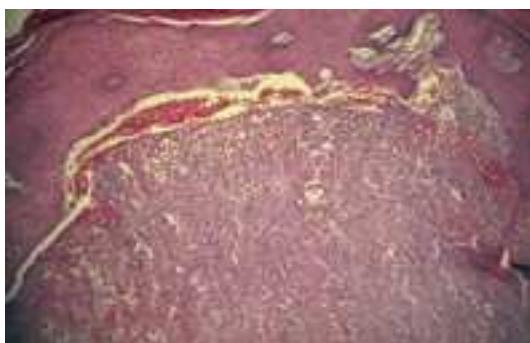
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. México DF. Mexico.



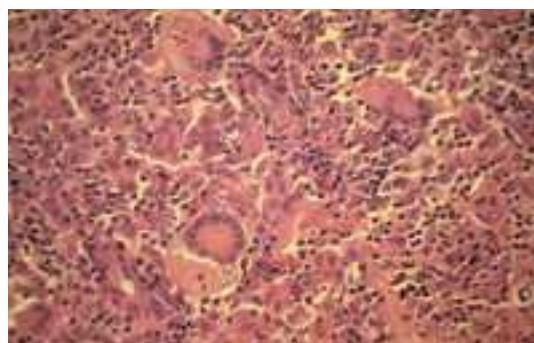
Figura 1. Aspecto clínico del nódulo.



Figura 2. Detalle de la lesión.



Figuras 3 y 4. Aspecto microscópico de la tumoración.



Mujer de 34 años de edad, dedicada al hogar, sin antecedentes personales de interés. Consulta por presentar en la región tenar de la mano derecha una neoformación cupuliforme de 0,8 cm de diámetro, de color rojo intenso, consistencia semidura y superficie irregular. Rodeada por un collarete escamoso. La lesión había aparecido 6 meses antes y en alguna ocasión había sangrado (figs. 1 y 2). El diagnóstico clínico inicial fue poroma ecrino

frente a granuloma piógeno. Se realizó una biopsia extirpación.

Histopatología

Los cortes demuestran una lesión exofítica, con una epidermis que presenta una acantosis irregular moderada a expensas de los procesos interpapilares. La dermis superficial media y profunda están ocupadas por un denso infiltrado de linfocitos, con numerosos histiocitos con un gran citoplasma eosinófilo y un aspecto espumoso, así como de plasmocitos, células gigantes multinucleadas tipo Langerhans y algunas de Touton. La dermis superficial tiene vasos dilatados, algunos congestionados y extensas zonas de hemorragia (figs. 3 y 4).

Correspondencia: Dra. D. Medina Castillo.
Vertiz, 464. Colonia Doctores.
06780 México, Distrito Federal. México.

DIAGNÓSTICO

Reticulohistiocitoma solitario.

COMENTARIO

Las histiocitosis cutáneas son afecciones poco frecuentes, que se dividen en dos grupos: las de células de Langerhans y las de células no Langerhans. En el primer grupo son típicamente S-100 y CD1 positivas y ricas en gránulos de Birbeck. En este grupo se incluyen la histiocitosis de células de Langerhans aguda y diseminada, o enfermedad de Letterer-Siwe, la histiocitosis crónica y multifocal o de Hand-Schuller-Christian, la histiocitosis crónica focal o granuloma eosinofílico cutáneo y la reticulohistiocitosis congénita o enfermedad de Hashimoto Pritzker.

En el grupo de las histiocitosis de células no Langerhans se encuentran la histiocitosis de células indeterminadas que reúne características de células de Langerhans y no-Langerhans, la histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva o enfermedad de Rosai-Dorfman, el xantogranuloma juvenil, el xantoma papular y el diseminado, el histiocitoma progresivo nodular y eruptivo generalizado, la histiocitosis cefálica benigna, el xantogranuloma necrobiótico y el xantoma plano normolipémico, el xantoma verruciforme, y las llamadas reticulohistiocitosis^{1,2}, que se han dividido en tres patrones clínicos: el reticulohistiocitoma solitario, los reticulohistiocitomas cutáneos múltiples y la reticulohistiocitosis multicéntrica.

Los dos primeros presentan sólo hallazgos cutáneos, mientras que la tercera puede estar asociada a una artritis deformante y mutilante, cambios ungueales, adenopatías, infiltración histiocítica visceral, enfermedades tiroideas, tuberculosis, diabetes mellitus, inmunopatías y neoplasias^{3,4}.

Clínicamente, el reticulohistiocitoma solitario se observa como una neoformación color café, rojo o pardo, de un tamaño que varía de 0,5 a 2,0 cm, sin topografía específica. Afecta primordialmente a adultos y en algunas publicaciones se comunica un predominio en el sexo masculino⁵. El curso clínico, en general, es benigno, puede curar espontáneamente y cuando se extirpa rara vez llega a recidivar.

En diversos artículos se asocia el reticulohistiocitoma a traumatismos, aunque puede presentarse espontáneamente, como en nuestra paciente.

Microscópicamente, se observa un infiltrado denso de histiocitos que ocupan la dermis y la hipodermis. Los histiocitos son grandes, con abundante citoplasma eosinófilo granular que se ha descrito como de «vidrio esmerilado» con tinción de PAS (ácido peryódico de Schiff) positivo^{6,7}.

El núcleo es vesicular y, de forma ocasional, se observan dos nucléolos; generalmente, los histiocitos están bien diferenciados. Hay células gigantes multinucleadas tipo Langerhans, y rara vez se observa pleomorfismo. En las lesiones de poco tiempo de evolución el infiltrado puede estar acompañado de polimorfonucleares, linfocitos y eosinófilos. Por el contrario, si la lesión tiene mayor tiempo de evolución se acompaña de tejido fibroso^{8,9}.

En cuanto a la inmunohistoquímica, los marcadores histiocíticos son K1 (CD68), KiM1P, HAM56, vimentina y

HH35. Puede ser positiva al factor XIII, lizosima, alfa-1-antitripsina y, generalmente, hay negatividad para la proteína S 100 (sólo casos excepcionales han sido positivos a la misma)^{10,11}.

Diagnóstico diferencial

Granuloma piógeno. Neoformación única de color rojo, consistencia blanda, que crece rápidamente, y sangra con facilidad. Es común que se encuentre en los dedos de la mano, la cara y la cavidad oral. Cuando se extirpa puede recidivar, desarrollando lesiones satélites, de aspecto angiogranulomatoso. Histológicamente, presenta proliferaciones endoteliales a menudo lobuladas con formación de luces capilares. En áreas menos maduras se observan agregados sólidos de células endoteliales; el estroma suele ser edematoso¹².

Poroma ecrino. Neoformación única, de 1-3 cm, de color rosado y consistencia blanda, crecimiento lento; ocasionalmente puede estar pigmentado, sobre todo en poblaciones latinoamericanas. Predomina en las plantas, las palmas y los dedos. Es una proliferación benigna de la porción intraepidérmica del conducto excretor ecrino.

Histológicamente, hay cordones de células basaloïdes pequeñas que tienen formaciones ductales PAS positivas. El tratamiento es la extirpación quirúrgica¹³.

Melanoma amelánico. Neoplasia maligna, que puede localizarse en cualquier zona, se manifiesta por una neoformación rosa de aproximadamente 1-3 cm, que puede ulcerarse o no, siendo asintomática, de evolución rápida y de muy mal pronóstico. Histológicamente, presenta melanocitos con mitosis anormales, numerosas atipias e hiperchromatismo nuclear. El tratamiento dependerá del grado de invasión¹⁴.

BIBLIOGRAFÍA

- Burgdorf W, Zelger B. The non-Langerhan's cell histiocytoses in childhood. *Pediatric Dermatol* 1996;13:201-7.
- Goette DK, Odon RB, Fitzwater J. Diffuse cutaneous reticulohistiocytosis. *Arch Dermatol* 1982;118:173-6.
- Lesher J, Allen B. Multicentric reticulohistiocytosis. *J Am Acad Dermatol* 1984;11:713-23.
- Barrow MV, Holubar K. Multicentric reticulohistiocytosis: a review of 33 patients. *Medicine* 1969;48:287-305.
- Zelger B, Soyer P, Orchard G, et al. Reticulohistiocytoma and multicentric reticulohistiocytosis: histopathologic and immunophenotypic distinct entities. *Am J Dermatopathol* 1994;16:577-84.
- Winkelmann R. Cutaneous syndromes of non-X histiocytosis: a review of the macrophage-histiocyte diseases of the skin. *Arch Dermatol* 1981;117:667-72.
- Catterall M. Multicentric reticulohistiocytosis, a review of eight cases. *Clin Exp Dermatol* 1980;5:267-79.
- Cobb M, Barber F. Solitary Papule on the Forearm. *Arch Dermatol* 1990;126:665-70.
- Zack F. Reticulohistiocytoma («ganglioneuroma») of the skin. *Br J Dermatol* 1950;62:351-5.
- Kanitakis J, Roche P, Thivolet J. The expression of PNA-lectin binding sites and S-100 protein in histiocytic lesions of the skin. *Acta Derm Venereol* 1988; 68:1-7.
- Hunt S, Shin S. Solitary reticulohistiocytoma in pregnancy: immunohistochemical and ultrastructural study of a case with unusual immunophenotype. *J Cutan Pathol* 1995;177-81.
- Lever W, Schaumburg-Lever G, editors. *Histopathology of the Skin*. Philadelphia: JB Lippincott, 1983; p. 400-1.
- Berke A, Grant-Kels J. Eccrine sweat gland disorders: part 1-neoplasm. *Int J Dermatol* 1994;33:79-85.
- Timmons M. Malignant melanoma. Excision margins making a choice. *Lancet* 1992;340:1393-5