

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Tumor asintomático crónico en la pierna

Eva Chavarria Mur y Pablo Lázaro Ochaíta

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.



Figura 1. Lesión nodular exofítica localizada en el tercio distal externo de la pierna derecha.

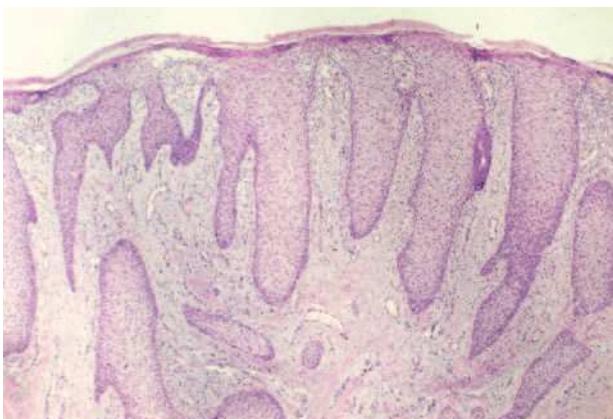


Figura 2. Acantosis y alargamiento de las crestas interpapilares.

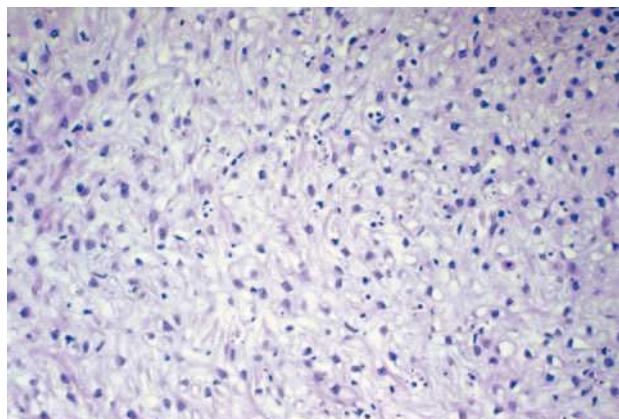


Figura 3. Células de gran tamaño con citoplasma claro.

217

Varón de 84 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con Ameride® y Adalat®, raquiestenosis grave, poliartrosis, e intervenido de una prótesis de cadera izquierda y una hernia inguinal.

ENFERMEDAD ACTUAL

Presenta desde hace 3 años una lesión asintomática y de crecimiento lento en la pierna derecha.

Correspondencia: Dra. E. Chavarria Mur.
Servicio de Dermatología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Dr. Esquerdo, 46. 28007 Madrid. España.
Correo electrónico: evachavarria@yahoo.es

A la exploración física se aprecia una lesión nodular, exofítica, de superficie carnosa, con un collar de escamas en su base, de 2 cm de diámetro, localizada en la cara externa del tercio distal de la pierna derecha (fig. 1). Realizamos la extirpación completa de la lesión.

HISTOPATOLOGÍA

El estudio histopatológico revela la existencia de una epidermis acantósica, con alargamiento de las crestas interpapilares (fig. 2), y células de gran tamaño de citoplasma claro que se teñían con el ácido periódico de Schiff (fig. 3). Existe, asimismo, un importante infiltrado de neutrófilos en la epidermis.

DIAGNÓSTICO

Acantoma de células claras.

COMENTARIO

El acantoma de células claras, denominado también acantoma de células pálidas o acantoma de Degos, fue descrito por primera vez por Degos en 1962, quien lo refirió como una neoplasia benigna derivada de la epidermis. En la actualidad se discute si se trata de un tumor benigno o de una dermatosis reactiva inespecífica. En caso de ser una neoplasia benigna, su origen celular es desconocido. Los que defienden su naturaleza tumoral se basan en varios hechos: las lesiones persisten durante años con una clara demarcación, y no hay regresiones espontáneas.

Hay autores que opinan que el origen se halla en las glándulas sudoríparas o en los folículos pilosos, y otros creen que se trata de una variante metabólica de queratosis seborreica. Sin embargo, hay quienes postulan que el acantoma de células claras es una forma localizada de dermatosis inflamatoria más que una neoplasia, ya que muestra un patrón inmunohistoquímico similar al de las dermatosis inflamatorias, como la psoriasis, el liquen plano y el lupus eritematoso cutáneo discoide (LECD).

Ohnishi y Watanabe compararon la expresión de citoqueratinas entre el acantoma de células claras, la epidermis normal y varias dermatosis inflamatorias (psoriasis vulgar, liquen plano y LECD). Observaron que el acantoma de células claras mostraba un patrón alterado en la expresión de citoqueratinas con respecto a la epidermis normal, y similar al de las dermatosis inflamatorias. Además, a nivel histopatológico, existen similitudes entre el acantoma de células claras y la psoriasis, y podríamos pensar que se trata de procesos con patogenia similar.

El acantoma de células claras se presenta en adultos mayores de 40 años y afecta por igual a varones y a mujeres.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de un nódulo o placa abovedada, bien delimitada, de color rosa o pardo, de 1-2 cm de diámetro y de crecimiento lento. Se ha descrito un caso de acantoma de células claras pigmentado. Su superficie puede mostrar una red vascular puntiforme. Generalmente es una lesión única, pero hay casos que presentan múltiples lesiones. Se localiza preferentemente en las piernas, si bien también puede aparecer en el tronco.

Histopatológicamente existe una proliferación epidermica de células malpighianas en meseta, con clara delimitación con la epidermis normal adyacente. Estas células presentan un amplio citoplasma claro, rico en glucógeno y desprovisto de melanina. Es frecuente observar disqueratosis, edema intercelular, gran exocitosis de neutrófilos, una dermis papilomatosa con edema, vasodilatación y un infiltrado inflamatorio de neutrófilos, mastocitos, linfocitos y células plasmáticas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial clínico puede plantearse con:

Queratosis seborreica irritada. Es el tumor epitelial benigno más frecuente. Suele aparecer en pacientes ma-

iores de 30 años como pápulas o placas con o sin pigmento. Al crecer adoptan una superficie verrugosa con quistes cónicos. Estos quistes se aprecian mejor con la técnica de epiluminiscencia. En el ámbito histopatológico existe una proliferación de queratinocitos y melanocitos, con papilomatosis y formación de quistes cónicos.

Hemangioma. Puede aparecer a cualquier edad y existen diversas formas clínicas. En el ámbito histopatológico no se produce proliferación de células epiteliales, sino de vasos sanguíneos dérmicos.

Granuloma piógeno. Es un nódulo vascular solitario erosionado, que sangra de forma espontánea o al mínimo traumatismo. Su superficie es lisa y brillante, y su coloración rojo oscuro, parda o violácea. Histopatológicamente aparece como un hemangioma. Se localiza preferentemente en los dedos, labios, boca y tronco. Persiste durante días o meses y las recidivas son frecuentes.

Melanoma amelanótico. Es una variante clínica de melanoma que se caracteriza por la ausencia de pigmento. Suele localizarse en la pierna y en la planta del pie. La lesión se inicia como un nódulo eritematoso que crece rápidamente y forma una masa exofítica que sangra fácilmente. Histopatológicamente las células son muy indiferenciadas y no producen melanina.

El diagnóstico diferencial histológico se plantea especialmente con:

Poroma ecrino. Es un tumor que aparece en la planta de los pies o en la palma de las manos. Suele afectar a pacientes mayores de 40 años en forma de tumor sésil o pediculado, con una coloración eritematosa o rosada, de consistencia firme y superficie lisa y lobulada. Histopatológicamente la lesión se localiza en epidermis o dermis y está formada por células que contienen una cantidad significativa de glucógeno. Atravesando el parénquima del tumor se observa un número variable de conductos espiralados o tortuosos con dilataciones quísticas.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Burg G, Wursch T, Fah T, Elsner P. Eruptive hamartomatous clear cell acanthomas. *Dermatology* 1994;189:437.
 Cotton DWK, Mills PM, Stephenson TJ, Underwood JCE. On the nature of clear cell acanthoma. *Br J Dermatol* 1987;117:569-74.
 Degos R, Delort J, Civatte J, Poiares BA. Tumeur epidermique d'aspect particulier: acanthoma a cellules claires. *Dermatologica* 1962;129:361-71.
 Fukushiro S, Takei Y, Ackerman AB. Pale-cell acanthosis. *Am J Dermatopathol* 1985;7:517-27.
 Innocenzi D, Barduagni F, Cerio R, Wolter M. Disseminated eruptive clear cell acanthoma. A case report with review of the literature. *Clin Exp Dermatol* 1994;19:249.
 Langer K, Wuketich S, Konrad K. Pigmented clear cell acanthoma. *Am J Dermatopathol* 1994;16:134.
 Langtry SA, Torras H, Palou J, Lecha M, Mascaro JM. Giant clear cell acanthoma in an atypical location. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:313.
 Naeyaert JM, Bersaques J, Geerts ML, Kint A. Multiple clear cell acanthomas. *Arch Dermatol* 1987;123:1670-3.
 Ohnishi T, Watanabe S. Immunohistochemical characterization of keratin expression in clear cell acanthoma. *Br J Dermatol* 1995;133:186.
 Schillinger B, Brody N. Acanthoma induction in psoriasis patients after short-term high potency Goekerman treatment. *Cutis* 1981;28:568-70.
 Watanabe S, Wagatsuma K, Takahashi H. Immunohistochemical localization of cytokeratins and involucrin in calcifying epithelioma: comparative studies with normal skin. *Br J Dermatol* 1994;131:506-13.