

Hallazgos dermatoscópicos del angiohistiocitoma de células multinucleadas: ¿una variante de dermatofibroma?

Dermoscopic Features of Multinucleate Cell Angiohistiocytoma: A Variant of Dermatofibroma?

Sr Director:

El angiohistiocitoma de células multinucleadas (ACM) fue descrito por primera vez por Smith y Wilson-Jones en 1985¹. Es considerado una proliferación vascular benigna e inusual. Hasta el momento se han descrito en la literatura menos de 100 casos, aunque probablemente se trate de una entidad infradiagnosticada. Histológicamente se caracteriza por una proliferación de capilares y vénulas a lo largo de la dermis superficial y media con células endoteliales prominentes. El infiltrado inflamatorio es predominantemente linfocítico y de células plasmáticas, y se acompaña de aisladas células multinucleadas de contornos geométricos². Suelen identificarse también fibras de colágeno engrosadas de forma paralela a la superficie epidérmica y una epidermis suprayacente frecuentemente hiperplásica^{3,4}. Estos hallazgos, junto con datos complementarios de inmunohistoquímica, han permitido a algunos autores sugerir que el ACM es una variante de dermatofibroma que puede encuadrarse dentro del grupo de procesos de origen fibrohistiocitario^{1,2}.

Presentamos un nuevo caso de ACM múltiples y bilaterales, con hallazgos clínicos e histológicos característicos de esta entidad, en el que hemos podido realizar además un estudio dermatoscópico de las lesiones.

Se trataba de una mujer de 76 años de edad, que como único antecedente de interés refería un adenocarcinoma mucinoso de endometrio bien diferenciado tratado con cirugía y radioterapia hacía 5 años. Consultaba por la presencia de múltiples lesiones máculo-papulosas, eritemato-parduzcas, asintomáticas y persistentes, localizadas en la cara interna de ambos muslos durante los últimos dos años (fig. 1). El signo del hoyuelo era negativo. En el análisis dermatoscópico de las diversas lesiones se evidenciaba un patrón común definido por la presencia de tres estructuras identificables: áreas rojizas difusas de bordes desenfocados, parches blanquecinos más o menos diseminados y zonas aisladas de fino reticulado periférico. En cada lesión individual eran identificables al menos dos de las estructuras anteriormente nombradas, siendo el fino reticulado periférico el hallazgo menos constante (fig. 2). La biopsia de una de las lesiones mostraba la presencia de una leve acantosis epidérmica y una proliferación evidente de vasos de pequeño-mediano tamaño al nivel de la dermis superficial y media, con células endoteliales destacadas. Se acompañaban de un infiltrado inflamatorio compuesto por células mononucleares y células multinucleadas aisladas de aspecto anguloso que se disponían entre haces de colágeno discretamente engrosados (fig. 3). Las técnicas inmunohistoquímicas demostraron que el infiltrado era CD68 y factor XIIIa positivo, y S100 negativo. Con el diagnóstico final de ACM múltiples se decidió mantener una actitud expectante.

A pesar del número creciente de casos reportados de esta entidad, no hemos encontrado en la literatura ninguna descripción dermatoscópica del ACM. El hecho de que nuestra paciente presentara múltiples lesiones nos facilitó la posibilidad de analizar diversas variaciones de su patrón dermatoscópico. Sin duda el hallazgo predominante fue la presencia de áreas rojizas de aspecto desenfocado, que suponemos se hallan en relación con las numerosas dilataciones



Figura 1 Imagen clínica de las lesiones localizadas en la cara interna del muslo derecho. Maculo-pápulas aplanadas rojizas, algunas con tendencia a la confluencia.

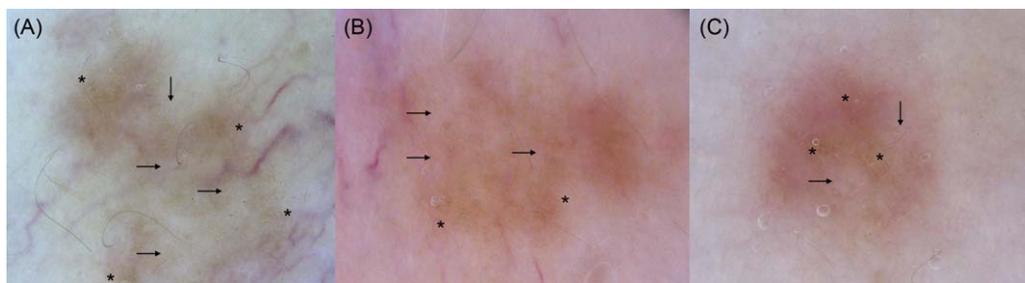


Figura 2 A-C: imagen dermatoscópica de tres de las lesiones. Se identifican áreas rojizas dispuestas de forma difusa, zonas de fino reticulado de predominio periférico (*) y parches blanquecinos diseminados (→). Se observa cómo en A y B predominan los parches blanquecinos, mientras que en C son más evidentes las áreas rojizas desenfocadas, con mejor delimitación de la lesión; C sería por tanto la lesión más reciente y A la más evolucionada.

vasculares características de esta entidad y que, según algunos autores, representan junto con la presencia de células multinucleadas, el hecho histopatológico principal en el ACM^{5,6}. En nuestra opinión, la variabilidad en la presencia de áreas blanquecinas y/o áreas rojizas puede sugerir ligeras diferencias en el estado evolutivo de cada lesión individual, tal y como se refleja en la figura 2. Las áreas blanquecinas las correlacionamos con las zonas de engrosamiento del colágeno, de forma similar al parcheado blanco que es visible en áreas de fibrosis presentes en otro tipo de lesiones.

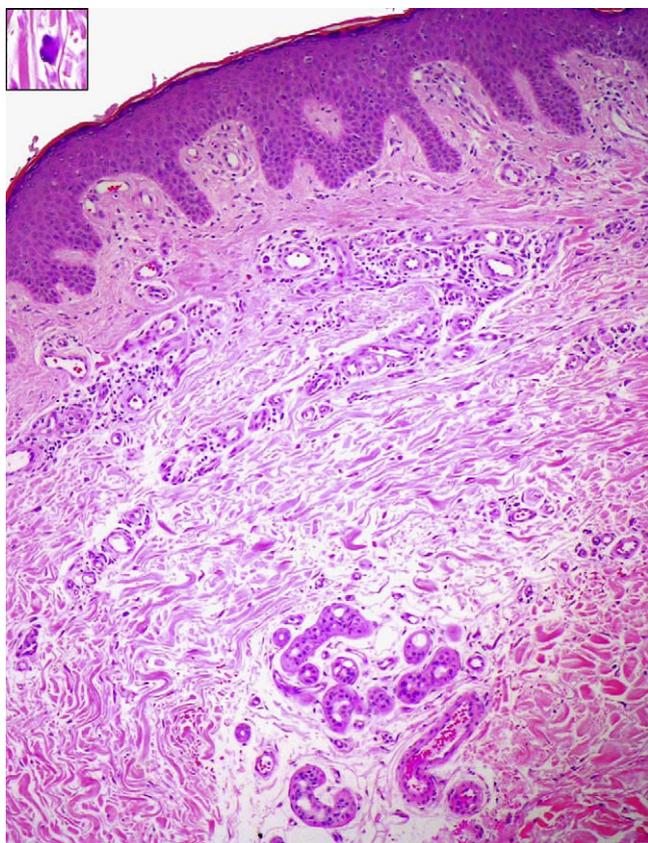


Figura 3 Biopsia de una de las lesiones (hematoxilina-eosina x 10). Leve acantosis, proliferación de vasos dérmicos de endotelio prominente e infiltrado linfohistiocitario con células multinucleadas. En el recuadro superior se destaca una de las células multinucleadas.

Por otro lado, creemos que la presencia variable de fino reticulado traduciría la presencia de pigmento melánico en las crestas epidérmicas, tal y como ocurre en los dermatofibromas. En este sentido, encontramos cierta correlación entre algunos de los hallazgos encontrados en nuestros ACM (parches blanquecinos y fino reticulado) con los descritos por Zaballo et al⁷ en una amplia revisión de diferentes patrones de dermatofibromas. Si tomamos como referencia este trabajo, consideramos que nuestros ACM guardan cierta similitud con el patrón “en parches blancos múltiples” de algunos dermatofibromas. El hecho de que en el ACM el engrosamiento de las fibras de colágeno y la hiperpigmentación basal no sean tan marcados como en el dermatofibroma⁸, justificaría que sus equivalentes dermatoscópicos se manifiesten de forma más tenue. Desde el punto de vista clínico, la distribución de angiohistiocitomas de células multinucleadas de forma agminada, tal y como ocurre en nuestro caso, ha sido también observada en los dermatofibromas.

Por todo ello, pensamos que el ACM presenta unos hallazgos dermatoscópicos identificables y de gran parecido a los encontrados en algunos dermatofibromas. Este hecho apoya que esta entidad sea considerada en realidad como un proceso de origen fibrohistiocitario, aunque dadas las limitaciones intrínsecas a la dermatoscopia serían necesarias más evidencias para reforzar esta asociación. De la misma manera, creemos que las estructuras dermatoscópicas que hemos caracterizado permiten diferenciar al ACM de otras entidades vasculares o inflamatorias con las que cabe realizar el diagnóstico diferencial, y en las que se han identificado otros patrones específicos. Este es el caso del sarcoma de Kaposi (característico patrón en arco iris⁹) y del liquen ruber plano (estriás de Wickham¹⁰).

Bibliografía

1. Smith NP, Wilson Jones E. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a new entity. *Br J Dermatol*. 1985;113:15.
2. Sanguenza OP, Requena L. *Pathology of vascular skin lesions: Clinicopathological Correlations*. 1st ed. New Jersey: Humana Press; 2003. p. 275–8.
3. Smolle J, Aubeock L, Gogg-Retzer I, Soyer HP, Kerl H. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a clinicopathological, immunohistochemical and ultrastructural study. *Br J Dermatol*. 1989;121:113–21.

4. Jones WE, Cerio R, Smith NP. Multinucleate cell angiohistiocytoma: an acquired vascular anomaly to be distinguished from Kaposi's sarcoma. *Br J Dermatol.* 1990;122:651–63.
5. Blanco-Barrios S, Rodríguez-Díaz E, Álvarez-Cuesta C, Galache-Osuna C, Requena-Caballero C, Martínez Merino A, et al. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a new case report. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:208–11.
6. Monteagudo B, Labandeira J, Ginarte M, Álvarez JC, de las Heras C, Cacharrón JM, et al. Angiohistiocitoma de células multinucleadas. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96:272–3.
7. Zaballos P, Puig S, Llambich A, Malveyh J. Dermoscopy of dermatofibromas: a prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol.* 2008;144:75–83.
8. Cabanillas M, Peteiro C, Toribio J. Angiohistiocitoma de células multinucleadas. *Piel.* 2006;21:453–6.
9. Cheng ST, Ke CL, Lee CH, Wu CS, Chen GS, Hu SC. Rainbow pattern in Kaposi's sarcoma under polarized dermoscopy: a dermoscopic pathological study. *Br J Dermatol.* 2009;160:801–9.
10. Vázquez-López F, Álvarez-Cuesta C, Hidalgo-García Y, Pérez-Oliva N. The handheld dermatoscope improves the recognition of Wickham striae and capillaries in Lichen planus lesions. *Arch Dermatol.* 2001;137:1376.

P. Valerón-Almazán*, L. Dehesa, N. Santana, J. Vilar y G. Carretero

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pvaleron@hotmail.com

(P. Valerón-Almazán).

doi:10.1016/j.ad.2010.04.013

Desarrollo de queloides sobre lesiones cutáneas tras la aplicación de una crema adquirida en Internet

Keloid Development on Skin Lesions After the Application of a Cream Purchased Over the Internet

Sr. Director:

La generalización del uso de Internet entre nuestros pacientes les ha dotado de una mayor facilidad para obtener información sobre sus enfermedades. Sin embargo, a menudo es también una fuente de información no contrastada, e incluso proporciona la difusión de tratamientos de dudosa seguridad. Presentamos el caso de un paciente que desarrolló cicatrices queloides tras aplicarse en varias lesiones cutáneas, probablemente nevus melanocíticos, una crema comprada en internet para eliminarlos.

Un varón de 23 años acudió a nuestra consulta para valoración de cuatro lesiones, tres en la espalda y una en el brazo, ligeramente pruriginosas. Se trataba de tumoraciones de coloración rosada y consistencia firme, clínicamente sugestivas de queloides (fig. 1). Una de las lesiones presentaba una discreta pigmentación marrón en su centro. La descripción clínica de las lesiones preexistentes por parte del paciente sugerían poderosamente el diagnóstico de nevus melanocíticos, que durante el año previo había tratado con una crema llamada "wart and mole vanish", recomendada en un foro de Internet y que había comprado también a través de la red. Se realizó una biopsia cutánea que confirmó el diagnóstico clínico de queloide. Después de discutir con el paciente las posibles opciones terapéuticas se procedió al tratamiento de las lesiones mediante infiltración intralesional de triamcinolona acetónido a dosis de 20 mg/ml. A las 6 semanas de la infiltración las lesiones habían presentado una sustancial mejoría en su aspecto estético con disminución del prurito.

"Wart and mole vanish" es un producto que, según se anuncia en su sitio web, es el único sistema para eliminar

verrugas, lunares y acrocordones mediante una sola aplicación. El paciente debe limar sus lunares y posteriormente aplicarse el producto. En unos 20 minutos la lesión se oscurece y se acaba formando una costra que cae en unos 7-10 días. En su sitio web se menciona que el producto, ganador de varios premios en ferias de inventos y convenciones¹, ha sido probado en extensos estudios clínicos de características y alcance no concretados realizados en Asia. Se menciona también que el producto produce una cauterización natural del tumor cutáneo, que no deja cicatriz. En



Figura 1 Varias tumoraciones de coloración rosada, sugestivas de queloides, localizadas donde el paciente refería haber presentado nevus melanocíticos.