

Figura 3. En el estudio histopatológico se observaba una fibrosis perifolicular. Los hematíes extravasados se disponían fuera de la misma, en zonas donde la dermis era más laxa. Obsérvese el tallo piloso seccionado a distintos niveles en el interior del folículo (hematoxilina-eosina, 40).

mostró un tallo piloso ensortijado seccionado a distintos niveles en el interior del folículo, una fibrosis compacta perifolicular y hematíes extravasados en la dermis, pero no en la zona fibrótica perifolicular anteriormente mencionada (fig. 3).

Ante la sospecha clínica de que se trataba de un caso de escorbuto se midieron los niveles plasmáticos de ácido ascórbico, que estaban muy disminuidos (menos de 0,1 mg/dl; normal de 0,2 a 0,4 mg/dl), lo que permitió con-

firmar el diagnóstico. Además, el paciente respondió espectacularmente al tratamiento oral con vitamina C y suplementos nutricionales de frutas y verduras, desapareciendo las lesiones cutáneas en menos de 15 días y mejorando notablemente su estado general.

Una explicación para esta observación dermatoscópica podría ser que el peculiar halo naranja pálido fuera debido a los cambios habituales observados en las lesiones purpúricas una vez que comienzan a reabsorberse los hematíes extravasados. Dicha reabsorción podría comenzar por la parte más próxima al folículo y explicar la presencia del halo anaranjado como un hallazgo temporal dentro de un proceso dinámico. Sin embargo, en contra de esta explicación cabría argumentar que el paciente no había iniciado todavía el tratamiento ni había comenzado por tanto la mejoría clínica. Más sugestiva es para nosotros la hipótesis de que existe una correlación entre la imagen dermatoscópica y los hallazgos histopatológicos encontrados. La fibrosis perifolicular observada en este caso rechazaría o impediría la acumulación de eritrocitos en esa zona y ambos factores, la fibrosis y la ausencia de eritrocitos, explicarían el halo claro de color naranja ya mencionado. Fuera de la zona de fibrosis el colágeno dérmico

sería más laxo y permitiría la acumulación de los eritrocitos, lo que se traduciría en lesiones hemorrágicas en la periferia de la zona clara anaranjada.

Pensamos, por lo tanto, que esta observación dermatoscópica no es banal, sino que puede correlacionarse con los hallazgos histopatológicos encontrados. Nos ha parecido interesante comunicarla, ya que, de confirmarse, podría permitir diferenciar con un signo clínico el escorbuto crónico evolucionado del agudo. Este último no tendría por qué presentar dicho halo, ya que no habría desarrollado la fibrosis perifolicular que suponemos determinante de este signo dermatoscópico. Sin embargo, son necesarias más observaciones que confirmen la validez de esta observación.

Bibliografía

1. Valdés F. Vitamina C. *Actas Dermosifilogr.* 2006;97:557-68.
2. Roe E, Dalmau J, Peramiqel L, Puig L, Alomar A. Escorbuto: púrpura folicular como signo guía. *Actas Dermosifilogr.* 2005;96:400-2.
3. Leggett J, Convery R. Scurvy. *N Engl J Med.* 2001;345:1818.
4. Walters RW, Grichnik JM. Follicular hyperkeratosis, hemorrhage, and corkscrew hair. *Arch Dermatol.* 2006;142:658.

Reticulohistiocitoma solitario simulando un queratoacantoma

F. Guerrero^a, G. Roustán^a y E. Tejerina^b

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Sr. Director:

Las reticulohistiocitosis son una forma infrecuente de presentación de las histiocitosis de células no Langerhans (HCNL)¹. Tienen un amplio espectro de presentación, desde una lesión cutánea nodular única (reticulohistiocitoma cutáneo solitario) a lesiones múltiples (reticulohistiocitoma cutáneo múltiple), hasta formas más agresivas con lesiones múltiples y afectación ar-

ticular (reticulohistiocitosis multicéntrica), existiendo en esta última, en un porcentaje significativo de casos, una neoplasia interna asociada². Presentamos el caso de un reticulohistiocitoma solitario (RHS) que hemos tenido la oportunidad de observar en nuestro Servicio.

Se trata de un varón de 23 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Consultó en nues-

tro Servicio de Dermatología en febrero de 2007 por la aparición 6 meses antes de una lesión nodular en la cara lateral del tercer dedo de la mano derecha, de crecimiento progresivo y que le producía dolor al mínimo roce. En la exploración se apreció un nódulo cupuliforme de consistencia firme, de color rojo-violáceo y de aproximadamente 1 cm de diámetro, con el centro algo umbilicado y queratósico, que le daba

un aspecto parecido a un queratoacantoma (fig. 1). Se realizó la extirpación quirúrgica de la lesión, observándose en el estudio histopatológico una lesión bien delimitada, no encapsulada, centrada en la dermis y revestida por epidermis no ulcerada, existiendo una proliferación moderadamente celular constituida por células histiocíticas de tamaño grande con abundante citoplasma eosinófilo de aspecto característico en «vidrio esmerilado» y núcleos redondeados u ovals dotados de prominentes nucléolos intensamente eosinófilos (fig. 2). No se observaron atipias ni necrosis, ni se identificaron mitosis. Las células oncocíticas se acompañaban de un infiltrado inflamatorio de linfocitos, eosinófilos y leucocitos polimorfonucleares neutrófilos. La inmunohistoquímica mostró una positividad para el factor XIII, CD68, vimentina y $\alpha 1$ -antitripsina. La tinción para S-100 fue negativa. Desde entonces el paciente se encuentra asintomático y no ha presentado signos de recidiva.

El RHS fue descrito por primera vez por Zak en 1950³. Se caracteriza por una pápula o nódulo bien delimitado de superficie lisa de 0,3-2 cm de diámetro, normalmente asintomático. Suele tener una consistencia firme y un color variable, de amarillo a marrón-rojizo. Puede aparecer en cualquier parte de la superficie corporal⁴. Algunos autores refieren que son menos frecuentes en la cara y los dedos a diferencia de la reticulohistiocitosis multi-

céntrica, aunque otros lo observan con más frecuencia en la cara y el cuello⁵. Es más frecuente en adultos jóvenes con un predominio ligero en el sexo masculino. Se ha descrito el desarrollo de reticulohistiocitomas en zonas de traumatismo, pero la mayoría de los casos aparecen de forma espontánea. El curso clínico de las lesiones es benigno, autolimitado y en pocas ocasiones recidivan tras su extirpación quirúrgica.

Histológicamente se caracteriza por un infiltrado mixto de histiocitos epitelioides grandes eosinofílicos con abundante citoplasma de aspecto vídrioso, células multinucleadas y otras células inflamatorias. El infiltrado alcanza la dermis reticular y a menudo el tejido celular subcutáneo. En ocasiones se observan células tipo Touton aisladas, con la presencia de lípidos en su interior. La epidermis suele estar algo hiperplásica e hiperqueratósica, siendo excepcional la ulceración⁶. En el estudio inmunohistoquímico las células son positivas con el factor XIIIa y con el CD68, siendo negativas con CD1a y CD34. La tinción con S-100 suele ser negativa, aunque se han descrito casos aislados positivos con este marcador. Es importante diferenciarlo clínicamente de otros procesos histiocíticos y granulomatosos, como la reticulohistiocitosis multicéntrica por su potencial afectación sistémica y riesgo de malignidad asociada. Aunque presentan hallazgos histopatológicos similares, en el RHS suele haber un mayor componente neutrofilico y eosinofílico en el infiltrado y



Figura 1. Nódulo de superficie crateriforme en el dedo.

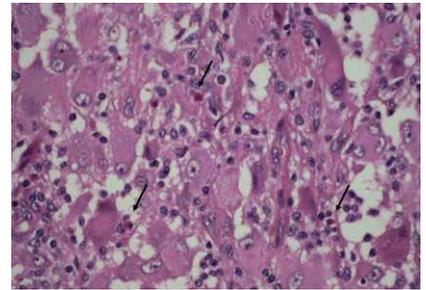


Figura 2. Células histiocíticas de citoplasma abundante en vidrio esmerilado y algunos eosinófilos entremezclados (flechas). Hematoxilina-eosina, 100.

una mayor tendencia del estroma a presentar numerosas células fusiformes, algunas de ellas xantomizadas (tabla 1). También puede ser difícil diferenciarlo, clínica e histopatológicamente, del xantogranuloma solitario del adulto, aunque en esta última son característicos los histiocitos lipidizados y la presencia de células tipo Touton, siendo el infiltrado mixto acompañante más escaso en células eosinofílicas⁷. Raramente el RHS puede confundirse clínicamente

Tabla 1. Características clínicas y de laboratorio de las diferentes formas de reticulohistiocitosis

	<i>Reticulohistiocitoma cutáneo solitario</i>	<i>Reticulohistiocitoma cutáneo múltiple</i>	<i>Reticulohistiocitosis multicéntrica</i>
Número de lesiones	Única	Múltiples	Múltiples
Distribución	Cabeza y cuello, tronco, miembros inferiores	Difusa	Extremidades, cara, mucosas
Artritis	Ausente	Ausente	Presente
Malignidad	Ausente	Ausente	Presente en el 25%
Afectación de órganos internos	Ausente	Ausente	Presente
Valores de laboratorio	Normales	Normales	Alterados

con otro tipo de neoplasia no histiocítica. En nuestro caso el aspecto algo queratósico de la superficie y su forma crateriforme le confería una indiscutible similitud con un queratoacantoma, algo que no ha sido descrito previamente en el RHS ni en ningún otro proceso histiocítico, excepto en dos casos de histiocitoma fibroso benigno de región facial⁵. La etiología del RHS es desconocida. Se considera más un proceso reactivo que una verdadera neoplasia. Algunos autores preconizan el cambio de denominación de esta entidad, reticulohistiocitoma, que considerarían algo arcaico, por el término histiocitoma epitelioidesolitario, ya que reflejaría con más precisión la citomor-

fología y el inmunofenotipo de este proceso⁸.

Bibliografía

1. Vázquez-Bayo MC, Rodríguez-Bujaldón A, Jiménez-Puya R, Galán M, Vélez A, Moreno JC, et al. Reticulohistiocitosis cutánea difusa. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:118-21.
2. Toporcer MB, Kantor GR, Benedetto AV. Multiple cutaneous reticulohistiocytomas (reticulohistiocytic granulomas). *J Am Acad Dermatol.* 1991;25:948-51.
3. Zak FG. Reticulohistiocytoma ('ganglioneuroma') of the skin. *Br J Dermatol.* 1950;62:351-5.
4. Cobb MW, Barber FA. Solitary papule on the forearm. Solitary reticulohistiocytoma. *Arch Dermatol.* 1990;126:667, 669-70.
5. Morris SR, DeSousa JL, Barrett AW, Malhotra R. Benign fibrous histiocytoma of the eyelid mimicking keratoacanthoma. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2007;23:73-5.
6. Zelger BW, Sidoroff A, Orchard G, Cerio R. Non-Langerhans cell histiocytoses. A new unifying concept. *Am J Dermatopathol.* 1996;8:490-504.
7. Navajas B, Eguino P, Trébol I, Lasa O, Gardeazábal J, Díaz-Pérez JL. Xantogranuloma múltiple del adulto. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;93:171-4.
8. Miettinen M, Fetsch JF. Reticulohistiocytoma (solitary epithelioid histiocytoma). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 44 cases. *Am J Surg Pathol.* 2006;30:521-8.