

predominantemente el nevus. Se localizan generalmente en la dermis papilar o media, aunque ocasionalmente se extienden a la dermis profunda⁵.

Esencialmente se han descrito 2 patrones. El más frecuente está constituido por uno o varios nódulos dérmicos de gran tamaño, bien delimitados; el otro patrón, que se observa en el 25% de los casos, está formado por pequeñas agrupaciones compactas de melanocitos que se distribuyen difusamente por la dermis a modo de fascículos y se entremezclan con el resto de las células névicas⁵. Las células que forman los nódulos son grandes, con morfología epitelioides o fusiforme y núcleos ligeramente mayores que los de las células névicas adyacentes.

La inmunotinción para HMB-45 está asociada a la presencia de melanosomas inmaduros (tipos I y II). Normalmente, en un nevus, congénito o adquirido, la inmunotinción es decreciente desde las áreas superficiales a las profundas. La presencia de inmunotinción en el nódulo proliferativo nos orienta únicamente a que son células inmaduras en su dotación de melanosomas.

El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con el melanoma. La existencia de un pleomorfismo marcado, una actividad mitótica importante, necrosis y la presencia de un nódulo bien circunscrito orientarían hacia melanoma⁸. A diferencia de éste, en los nódulos proliferativos existe uniformidad en los núcleos y ausencia de mitosis, necrosis, ulceración, hiperchromasia, patrón de crecimiento destructivo y ausencia de circunscripción^{2,5}. A pesar de que una parte de las células puede mostrar un mínimo grado de atipia nuclear, la proliferación celular es escasa, hecho que puede ponerse de manifiesto con estudios inmunohistoquímicos. De hecho, se emplea el término proliferativo como algo descriptivo, ya que se considera que no se trataría de una verdadera proliferación celular sino, más bien, de una modificación estructural de los melanocitos que constituyen los nódulos debida a una diferenciación terminal de éstos⁶.

Como conclusión, la presencia de una lesión nodular y de cambios en la coloración de un nevus previo debe hacernos pensar en la posibilidad de que se trate de un nódulo proliferativo, caracterizado por su carácter benigno.

Bibliografía

1. Barnhill RL. Pathology of melanocytic nevi and malignant melanoma. Boston: Ed. Butterworth Heinemann; 1995.
2. Leech SN, Bell H, Leonard N, Jones SL, Geurin D, McKee PH, et al. Neonatal giant congenital nevi with proliferative nodules. A clinicopathologic study and literature review of neonatal melanoma. Arch Dermatol. 2004;140:83–8.
3. Aoyagi S, Akiyama M, Mashiko M, Shibaki A, Shimizu H. Extensive proliferative nodules in a case of giant congenital naevus. Clin Exp Dermatol. 2008;33:125–7.
4. Elder DE, Murphy GF. Atlas of tumor pathology: Melanocytic tumors of the skin. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1990 p. 70–8.
5. Collina G, Deen S, Cliff S, Jackson P, Cook MG. Atypical dermal nodules in benign melanocytic nevi. Histopathology. 1997;31:97–101.
6. Ball NJ, Golitz LE. Melanocytic nevi with focal atypical epithelioid cell components: A review of seventy-three cases. J Am Acad Dermatol. 1994;30:724–9.
7. Quaba AA, Wallace AF. The incidence of malignant melanoma arising in large nevocellular nevi. Plast Reconstr Surg. 1986;78:174–181.
8. Mc Kee PH, Calonje E, Granter SR. Pathology of the skin with clinical correlation. 3 ed. Ed. Philadelphia: Elsevier-Mosby; 2005. Capítulo 23, p. 1296.

V. López*, J.M. Martín y E. Jordá

Servicios de Dermatología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: veronica_l@hotmail.com (V. López).

doi:10.1016/j.ad.2009.07.008

Utilidad de las biopsias palmoplantares en lesiones hiperqueratósicas y vesiculopustulosas. Estudio transversal

Value of palmar and plantar biopsies of hyperkeratotic and vesicular pustular lesions: A cross-sectional study

Sr. Director:

El diagnóstico diferencial de lesiones hiperqueratósicas y vesiculopustulosas en las palmas y las plantas resulta complicado y, ocasionalmente, recurrimos a la biopsia cutánea como herramienta diagnóstica. Los principales diagnósticos son eccema, psoriasis (pustulosa y no pustulosa) y micosis¹. Excepto para esta última², los tratamientos se solapan, siendo los corticoides tópicos la primera línea de tratamiento^{3–5}.

Para evaluar la utilidad de esta práctica llevamos a cabo un estudio transversal en el que se revisó el archivo de Anatomía Patológica desde el año 1983 hasta el año 2006. Nuestra muestra incluyó aquellas biopsias de palmas o plantas con una descripción clínica de hiperqueratosis adquirida o lesiones vesiculopustulosas que planteaban, al menos, uno de los siguientes diagnósticos: eccema, psoriasis o micosis. Consideramos únicamente como resultados anatomopatológicos definitivos aquellos que emitían un diagnóstico inequívoco. Etiquetamos de diagnósticos no concluyentes aquellos calificados como “indicativo de” o “compatible con”. Inicialmente se estableció la micosis como único diagnóstico que implicaría un cambio de tratamiento, aunque luego se revisaron todos los diagnósticos para valorar esta posibilidad. La morbilidad secundaria se describió a través de una entrevista telefónica a parte de la muestra (36 pacientes biopsiados durante los últimos 15 años).

Nuestro estudio pretende evaluar la utilidad de estas biopsias en las condiciones reales de la práctica clínica, por

Tabla 1 Resultados de la anatomía patológica de biopsias palmoplantares

Anatomía patológica	N.º de casos (%)
No concluyente	68 (88,3)
Psoriasis	2 (2,6)
Eccema	4 (5,2)
Micosis	1 (1,3)
Otros	2 (2,6)
	<ul style="list-style-type: none"> • Liqueen <i>nitidus</i> • Tejido biopsiado dañado

eso no revisamos ni la clínica ni la microscopia, y aceptamos el criterio del clínico y del anatomopatólogo como correcto.

El análisis estadístico se realizó con Stata 9.2. Los intervalos de confianza de proporciones se calcularon empleando el método binomial. Nuestro hospital aceptó el protocolo del estudio.

Obtuvimos 77 biopsias solicitadas por 13 dermatólogos: 41 de palmas y 35 de plantas (en un caso no se pudo especificar el origen), 45 biopsias de lesiones hiperqueratósicas y 32 de lesiones vesiculopustulosas. Los pacientes fueron 40 hombres y 37 mujeres, de entre 8 y 83 años. El mismo anatomopatólogo evaluó todas las biopsias.

Los resultados se describen en la [tabla 1](#). Solamente un 10% de las biopsias dio diagnósticos definitivos (IC del 95%: 5–19%). El porcentaje de biopsias que llevaron a un cambio en el tratamiento empírico inicial fue muy bajo: el 1,3% (IC del 95%: 0–7%). Un 14% de los pacientes entrevistados reconoció síntomas durante más de una semana tras la biopsia (IC del 95%: 5–29%).

Creemos que nuestro estudio es el primero que intenta analizar la utilidad de las biopsias palmoplantares en la práctica diaria. Existen pocas referencias en la literatura médica relacionadas con este tema. Requena⁶ recomienda evitar la biopsia de lesiones psoriasiformes en las palmas o las plantas si existen lesiones en otras áreas corporales porque la psoriasis palmoplantar es más espongiótica y dificulta el diagnóstico diferencial con el eccema. Thorman y Heilesen⁷ realizaron 47 biopsias de pústulas palmoplantares y solamente 3 casos mostraron rasgos definitivos de psoriasis.

En cuanto a la morbilidad, existen frecuentes menciones en la literatura médica con respecto a las verrugas plantares que desaconsejan la cirugía por la alta incidencia de cicatrices dolorosas⁸. En nuestro estudio la morbilidad ha sido escasa. Sin embargo, el sesgo de recuerdo probablemente haya modificado los resultados de la entrevista telefónica y haya dado lugar a una infraestimación de la morbilidad. El ajuste de este sesgo probablemente reduciría, incluso más, la utilidad de estas biopsias.

Otras limitaciones de nuestro estudio son las siguientes:

La definición de resultado “no concluyente” es arbitraria y, en cierto modo, simplifica a la valoración dermatopatológica el diagnóstico de la afección cutánea inflamatoria, donde es bien conocida la necesidad de una buena correlación clínico-patológica. Aun así, si considerásemos las descripciones de “indicativo de”, etc. como concluyen-

tes, aumentaría la proporción de resultados definitivos, pero no el porcentaje de cambios de tratamiento, dado que no hubo incertidumbre en cuanto al diagnóstico de micosis. Por lo tanto, estas variaciones no ocasionarían cambios relevantes en la práctica clínica.

No realizamos seguimiento de los pacientes para poder evaluar, en función de la clínica posterior y la respuesta al tratamiento, el grado de concordancia de aquellos diagnósticos dudosos. Sin embargo, el tratamiento común de la psoriasis y el eccema, afecciones que presentaron duda anatomopatológica, impediría concluir un diagnóstico en función de la respuesta terapéutica.

Un único patólogo evaluó todas las biopsias, por lo que se desestima la posible variabilidad entre observadores. Nuestro patólogo es un dermatopatólogo experimentado al que presuponemos más capacidad de diagnóstico que a un patólogo general. Si varios patólogos generales hubiesen revisado las biopsias, el porcentaje de resultados definitivos probablemente habría sido menor, y esto apoya de nuevo la idea de evitar estas biopsias.

El pequeño tamaño de la muestra indica que ya hacemos pocas biopsias con esta indicación y podría considerarse una limitación. En nuestra opinión, los extremos de los intervalos de confianza calculados para las principales preguntas del estudio tienen una significación clínica similar (el 5–19%: biopsias concluyentes, y el 0–7%: cambios de tratamiento). En estos casos, el tamaño de la muestra es adecuado. Sin embargo, el intervalo de confianza es mayor en cuanto a los resultados de morbilidad (el 5–29% refiere molestias) y refleja una muestra insuficiente. Nuestra muestra fue pequeña para tener en cuenta diagnósticos infrecuentes.

En conclusión, las biopsias practicadas en las palmas o las plantas con clínica hiperqueratósica o vesiculopustulosa tienen baja rentabilidad diagnóstica. Por cada cambio de tratamiento, realizaremos 77 biopsias y ocasionaremos molestias durante más de una semana a 11 pacientes. Por lo tanto, recomendamos evitar esta práctica y hacer uso de otras herramientas diagnósticas, como el examen directo con KOH (hidróxido de potasio) o el cultivo. Excluida la etiología infecciosa, estaría justificado el inicio de una terapia empírica y la biopsia sólo debe considerarse cuando se plantean otros diagnósticos diferenciales con histología diferenciadora.

Bibliografía

- Marghescu S. Palmoplantar reactions. *Dermatology*. 1994;89: S30–4.
- Goldstein AO, Smith KM, Ives TJ, Goldstein B. Mycotic infections. Effective management of conditions involving the skin, hair, and nails. *Geriatrics*. 2000;55:40–52.
- Warshaw EM. Therapeutic options for chronic hand dermatitis. *Dermatol Ther*. 2004;17:240–50.
- Spuls PI, Hadi S, Rivera L, Lebwohl M. Retrospective analysis of the treatment of psoriasis of the palms and soles. *J Dermatol Treat*. 2003;14:S21–5.
- Marstrand AM, Chalmers RJG, Hollis S, Leonardi-Bee J, Griffiths CE. Interventions for chronic palmoplantar pustulosis. *Cochrane database Syst Rev* 2006, Issue 1, Art. No. CD001433. DOI: 10.1002/14651858.CD001433.pub2 [citado 18 Nov 2008].

Disponible en: http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001433/pdf_standard_fs.html

6. Requena L. ¿Cómo puede ayudarnos la dermatopatología en el diagnóstico de situaciones difícilmente valorables en la clínica? En: Moreno JC, editor. Psoriasis: situación actual y perspectivas. [citado 15 May 2007]. Disponible en: <http://www.controlpsoriasis.es/home.html>.
7. Thormann J, Heilesen B. Recalcitrant pustular eruptions of the extremities. *J Cutan Pathol*. 1975;2:19-24.
8. Sterling JC, Handfield-Jones S, Hudson PM, British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of cutaneous warts. *Br J Dermatol*. 2001;144:4-11.

doi:10.1016/j.ad.2009.07.007

Mucinosi eritematosa reticular: respuesta parcial al tratamiento con tacrolimus tópico

Reticular erythematous mucinosis: Partial response to treatment with topical tacrolimus

Sr. Director:

La mucinosi eritematosa reticular (MER) es una forma rara de mucinosi cutánea que, de forma ocasional, se asocia con enfermedades sistémicas y neoplasias¹. La hidroxicloroquina es frecuentemente el tratamiento de primera línea para esta entidad². Presentamos un caso de MER tratada con tacrolimus tópico.

Varón de 48 años de edad con el antecedente de tuberculosis pulmonar tratada en la infancia, que consultó por la presencia de una lesión cutánea localizada en el tronco que le producía prurito ocasional, de unos 12 años de evolución y crecimiento lento y progresivo. En la exploración dermatológica se apreciaba en la región preesternal una placa eritematosa, reticulada, de límites netos, levemente infiltrada en su borde y de unos 12 × 6 cm de diámetro (fig. 1). En la región interescapular presentaba una lesión similar de menor tamaño. Una biopsia incisional y el posterior estudio anatomopatológico demostró una discreta degeneración vacuolar de la capa basal y un infiltrado linfocitario moderado perivascular y perifolicular en la dermis papilar y reticular. La tinción con azul alcian puso de manifiesto abundantes depósitos de mucina en la dermis papilar. Con el diagnóstico de MER se solicitó una amplia serie de pruebas complementarias que incluyeron hemograma, bioquímica sérica, estudio de coagulación, velocidad de sedimentación globular, factor reumatoide, ferritina, autoanticuerpos (antitiroideos, antinucleares y antígeno nuclear extraíble), complemento, proteinograma, inmunoglobulinas, pruebas de función tiroidea, radiografía simple de tórax, ecografía abdominal y estudios serológicos (virus hepatotropos, virus de la inmunodeficiencia humana y sífilis). Todos los resultados obtenidos se encontraron dentro de los parámetros de la normalidad, salvo la detección de un hipotiroidismo subclínico (TSH [tirotropina]: 11,32 μU/ml [rango de normalidad: 0,2-5,0]; T4 libre: 1,2 ng/dl [rango de normalidad: 0,8-1,9]; anticuerpos antitiroideos: negativos). El paciente rechazó la

C. Posada*, I. García-Doval, C. de la Torre y M.J. Cruces

Servicio de Dermatología, Hospital Provincial de Pontevedra, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cposada@aedv.es (C. Posada).

posibilidad de utilizar hidroxicloroquina por vía oral pero aceptó iniciar tratamiento con tacrolimus pomada al 0,1%, 2 veces al día. A los 3 meses se apreció una franca mejoría de la MER y se suspendió el tratamiento. En la revisión realizada 2 meses más tarde las lesiones permanecían estables (fig. 2).

La MER es una forma infrecuente y crónica de mucinosi cutánea. Steigleder et al la describieron en 1974 y desde entonces se han publicado unos 70 casos³. La hidroxicloroquina es el tratamiento de primera línea². La entidad presenta un cierto grado de superposición con el lupus eritematoso, ya que comparten una serie de hallazgos comunes como son el predominio femenino, la exacerbarción tras la exposición solar, las manifestaciones clínicas, el depósito de mucina, el depósito granular de IgM en la unión dermoepidérmica y la respuesta a los antimaláricos²⁻⁵. La MER afecta a pacientes de ambos sexos, pero la mayoría de los casos son mujeres de edad media^{3,5}. La erupción es generalmente asintomática, sólo en aproximadamente un 30% de los casos existe prurito. Las lesiones se localizan típicamente en la porción central del tórax y la parte alta y



Figura 1 Placa eritematosa reticulada en la región preesternal antes del tratamiento.