



CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Pápulas perifoliculares submamarías en una mujer joven

Submammary Perifollicular Papules in a Young Woman

Historia clínica

Una mujer de 29 años, con antecedente de mamoplastia con implantación de silicona bilateral, consultó por lesiones submamarías de dos años de evolución, asintomáticas.

Exploración física

Presentaba pápulas perifoliculares que confluían formando una placa que confería un aspecto arrugado a la piel submamaría y del escote (fig. 1).

Pruebas complementarias

Se realizó una bioquímica y hemograma, estudio tiroideo, estudio de autoinmunidad, serología, lúes, VIH y *Borrelia*, todo ello con resultados normales o negativos.



Figura 1

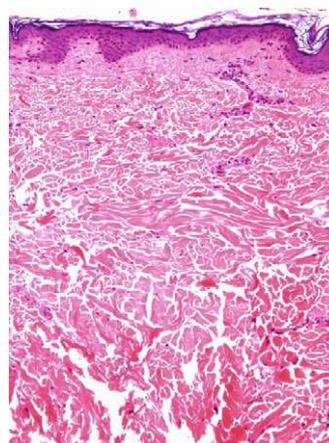


Figura 2 Tinción hematoxilina-eosina x10.

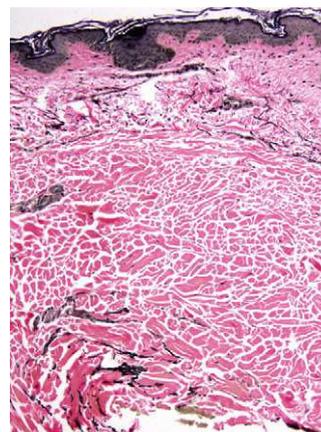


Figura 3 Tinción de fibras elásticas Van Gieson x10.

Histopatología

La tinción de hematoxilina-eosina no demostró hallazgos significativos; la tinción de fibras elásticas de Van-Gieson evidenció ausencia de fibras elásticas en la dermis reticular media, con leve disminución en la dermis papilar y preservación de las mismas en la reticular profunda (figs. 2 y 3).

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Elastólisis de la dermis media.

Discusión

La elastólisis de la dermis media fue descrita por primera vez por Shelley y Wood en 1977. Es una entidad poco frecuente de la que se han descrito en la literatura alrededor de 80 casos. Tiene predilección por mujeres de entre 30 y 40 años¹. Clínicamente se han diferenciado dos variantes que en ocasiones pueden coincidir en el mismo paciente: el tipo 1 se manifiesta en forma de un fino arrugado paralelo a las líneas de tensión de la piel, y el tipo 2 caracterizado por la presencia de pápulas perifoliculares que confluyen dando un aspecto de piel de naranja². Se ha postulado un tercer tipo clínico en forma de eritema reticular, del que sólo se han descrito 4 casos, aunque para algunos autores sería una entidad diferente³.

La localización más frecuente es en el tronco y las extremidades superiores.

Histológicamente se caracteriza por una pérdida selectiva de las fibras elásticas en la dermis media. En las etapas tempranas de la enfermedad se puede apreciar, en algunos casos, un discreto infiltrado linfocitocitario perivascular superficial o neutrofílico, ocasionalmente con elastofagocitosis por parte de células gigantes multinucleadas. En etapas más avanzadas este infiltrado es apenas detectable. Las fibras elásticas alrededor de los folículos están conservadas^{1,2}.

Algunos casos se han asociado a exposición a radiación ultravioleta, tabaquismo, urticaria, dermatitis atópica, toma de anticonceptivos orales, pitiriasis rosada, síndrome de Sweet, granuloma anular, enfermedades autoinmunes, hemodiálisis, asma, mamoplastia de silicona, déficit de proteína S, carcinoma uterino, serología falsamente positiva a Borrelia, infección por VIH e implantación de marcapasos².

Se han propuesto varias teorías en un intento de esclarecer la etiología de este proceso, entre las que se citan

la exposición a radiación ultravioleta, diversos mecanismos autoinmunes y actividad elastolítica de naturaleza inflamatoria. Sin embargo, el mecanismo patogénico es desconocido.

El diagnóstico diferencial anatomopatológico se debe realizar con todos aquellos procesos en los que se objetiva pérdida o ausencia de fibras elásticas en la dermis, como son: anetodermia, granuloma elastolítico de células gigantes, cutis laxa, elastorrexis de la dermis papilar y piel laxa granulomatosa^{2,4}.

No existe un tratamiento efectivo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Volz A, Pfister-Wartha A, Bruckner-Tuderman L, Braun-Falco M. Perifollicular protusions-mid dermis elastolysis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009;7:68–9.
2. Gambichler T. Mid dermis elastolysis revisited. *Arch Dermatol Res.* 2010;302:85–93.
3. Hillen U. Reticular erythema with focal mid dermis elastophagocytosis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2008;6:857–9.
4. González TM, Gómez E, Sanz A, Hiraldo A. Elastólisis de la dermis media: presentación de un nuevo caso y revisión de la literatura médica. *Piel.* 2010;20:240–5.

V. Ruiz^{a,*}, M.T. Fernández-Figueras^b y A. Alomar^c

^a *Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

^b *Área de Diagnóstico Anatomopatológico, Barcelona, España*

^c *Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vruiz@santpau.cat (V. Ruiz).