

Xantoma verruciforme asociado a reactivación de virus de Epstein-Barr

Verruciform Xanthoma Associated with Reactivation of Epstein-Barr Virus

Sr. Director:

El xantoma verruciforme es una tumoración benigna infrecuente descrita por primera vez por Shafer en 1971¹ que asienta principalmente en la mucosa oral.

Un niño de 11 años fue remitido a nuestra consulta para valoración de una lesión en la lengua de unas 6 semanas de evolución que le producía ligero dolor al roce. Había sido diagnosticado de leucemia aguda mieloblástica hacía 4 años, por lo que había recibido 2 trasplantes alogénicos de médula ósea, el primero 3 meses tras el diagnóstico y el segundo 3 años después. En el momento de nuestra valoración se encontraba en remisión completa, con quimera completa del trasplante, y nunca había presentado signos de enfermedad de injerto contra huésped (EICH). No recibía tratamiento inmunosupresor desde hacía 7 meses.

A la exploración física se observaba una tumoración sobreelevada, sésil, de superficie verrucosa blanquecina no ulcerada, ovalada, de unos 2 cm de diámetro mayor, localizada en la cara lateral izquierda de la lengua (fig. 1).

Durante el seguimiento de su enfermedad hematológica se había detectado una reactivación reciente asintomática del virus de Epstein-Barr (VEB), objetivada por elevación de la carga viral que se determinaba de forma seriada rutinaria, 2 meses antes de la aparición de la lesión.

Se realizó una biopsia que mostraba acantosis verrucosa con hiperqueratosis y placas aisladas de paraqueratosis, observándose en las papilas dérmicas numerosos histiocitos xantomizados (figs. 2 y 3). La lesión se diagnosticó de xantoma verruciforme.

La tumoración fue extirpada completamente y por el momento no se han observado signos de recidiva durante los siguientes 2 meses de seguimiento.

El xantoma verruciforme clínicamente suele ser una lesión asintomática, de crecimiento lento, coloración amarillenta, rojiza o grisácea, de superficie rugosa, de aspecto



Figura 1 Lesión sésil de superficie verrucosa blanquecina en la cara lateral izquierda de la lengua.

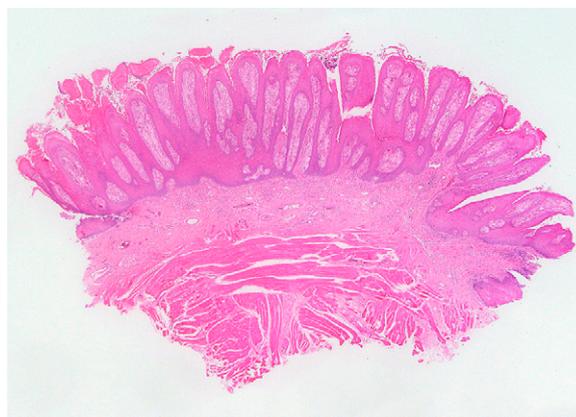


Figura 2 Acantosis papilomatosa con hiperqueratosis y focos de paraqueratosis (hematoxilina-eosina x 2).

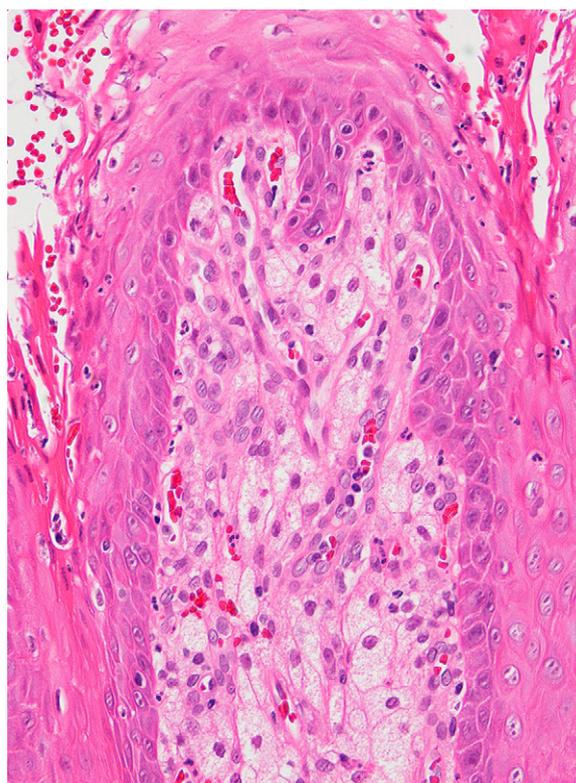


Figura 3 Papilas dérmicas con numerosos histiocitos xantomizados. Presencia de neutrófilos en los focos de paraqueratosis (hematoxilina-eosina x 20).

granular o papilomatoso, con base sésil o pediculada y tamaño de hasta 2 cm^{2,3}. La localización más frecuente es la mucosa oral², aunque también puede aparecer en los genitales^{4,5} y más raramente en otros lugares de la piel. En la mucosa oral alrededor del 70% se encuentran en la mucosa masticatoria, y en orden de frecuencia le siguen el paladar duro y la lengua, como en el caso que presentamos³. Se han descrito también casos aislados de afectación mucocutánea multifocal⁶.

En cuanto a su epidemiología puede aparecer a cualquier edad, siendo ligeramente más prevalente en la edad media de la vida (40-60 años)². Por debajo de los 50 años su fre-

cuencia es discretamente superior en varones, y por encima de los 50 años mínimamente superior en mujeres, aunque globalmente afecta prácticamente por igual a los 2 sexos³.

El diagnóstico diferencial clínico debe establecerse con el condiloma acuminado, las verrugas vulgares y el carcinoma epidermoide (incluido el verrucoso)². En nuestro caso nos planteamos la posibilidad de que la lesión se tratase de un linfoma, dado que el paciente había presentado una reactivación reciente para el VEB⁷.

Al examen histológico se observa un epitelio escamoso hiperqueratósico con paraqueratosis focal y sin atipia celular, con elongación de las crestas epiteliales y células espumosas entre ellas^{2,6}. Estas células presentan un citoplasma granular, con el núcleo normalmente excéntrico². Con inmunohistoquímica estas células son intensamente positivas para CD-68 y negativas para S-100^{2,3}. Se han descrito 3 patrones histopatológicos: verrucoso, papilar y plano, siendo el patrón verrucoso el más frecuente³.

El diagnóstico diferencial anatomopatológico incluye la verruga vulgar, el liquen simple crónico y el xantoma eruptivo⁸. No se ha descrito previamente ningún caso de asociación de esta tumoración con la infección por VEB. En cambio, se han comunicado casos de aparición de esta lesión sobre lesiones mucocutáneas previas como liquen plano oral o EICH de mucosas³. Nuestro paciente no había presentado afectación mucosa por EICH ni otras lesiones previas en la mucosa oral.

La etiopatogenia del xantoma verruciforme es aún desconocida. Se ha postulado que se trate de una reacción inflamatoria secundaria al traumatismo repetido, puesto que aparece principalmente en zonas sometidas al roce⁹, o que la acumulación de células espumosas en la dermis sea el desencadenante primario, aunque en la mayoría de los casos no se ha encontrado una asociación con trastornos del metabolismo lipídico⁶. El papel patogénico del papilomavirus no se ha demostrado⁹. Planteamos que la reactivación del VEB en nuestro paciente pudiera tener relación con la aparición de la lesión, dada su conocida asociación con la inducción de otras lesiones en la mucosa oral, como la leucoplasia oral vellosa, en pacientes inmunodeprimidos⁷. La relación patogénica entre el VEB y el xantoma verruciforme no ha sido previamente descrita, por lo que pudiera tratarse de un hallazgo incidental en nuestro caso.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la lesión, siendo la recurrencia extremadamente rara³.

En conclusión, presentamos el caso de un paciente que presentaba una tumoración lingual con clínica e histopatología típicas de xantoma verruciforme. Había presentado una reactivación reciente para VEB, asociación no previamente descrita en la literatura, por lo que puede tratarse de un hallazgo casual.

Bibliografía

1. Shafer WG. Verruciform xanthoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1971;31:784-9.
2. Oliveira PT, Jaeger RG, Cabral LA, Carvalho YR, Costa AL, Jaeger MM. Verruciform xanthoma of the oral mucosa. Report of four cases and a review of the literature. *Oral Oncol.* 2001;37:326-31.
3. Philipsen HP, Reichart PA, Takata T, Ogawa I. Verruciform xanthoma-biological profile of 282 oral lesions based on a literature survey with nine new cases from Japan. *Oral Oncol.* 2003;39:325-36.
4. Kanitakis J, Euvrard S, Butnaru AC, Claudy A. Verruciform xanthoma of the scrotum in a renal transplant patient. *Br J Dermatol.* 2004;150:161-3.
5. Fite C, Plantier F, Dupin N, Avril MF, Moyal-Barracco M. Vulvar verruciform xanthoma: ten cases associated with lichen sclerosus, lichen planus, or other conditions. *Arch Dermatol.* 2011;147:1087-92.
6. Sopena J, Gamo R, Iglesias L, Rodriguez-Peralto JL. Disseminated verruciform xanthoma. *Br J Dermatol.* 2004;151:717-9.
7. Mendoza N, Diamantis M, Arora A, Bartlett B, Gewirtzman A, Tremaine AM, et al. Mucocutaneous manifestations of Epstein-Barr virus infection. *Am J Clin Dermatol.* 2008;9:295-305.
8. Colonna TM, Fair KP, Patterson JW. A persistent lower lip lesion. Verruciform xanthoma. *Arch Dermatol.* 2000;136:665-6, 669.
9. Frankel MA, Rhodes HE, Euscher ED. Verruciform xanthoma in an adolescent: a case report. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16:70-4.

P. Maldonado-Cid^{a,*}, L. Noguera-Morel^a,
M.J. Beato-Merino^b y R. de Lucas-Laguna^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pmaldonadocid@gmail.com
(P. Maldonado-Cid).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.04.020>

Nevus melanocítico congénito subungueal y periungueal

Congenital Subungual and Periungual Melanocytic Nevus

Sr. Director:

Un neonato sano de 12 horas de vida, de origen ecuatoriano y sin antecedentes familiares de melanoma ni otras neoplasias

destacables, fue remitido para la valoración de una lesión ungueal congénita situada en el tercer dedo de la mano izquierda. El paciente no había sufrido ningún traumatismo obstétrico ni posnatal en el dedo afecto.

La exploración física mostraba una coloración homogénea marrón-eritematosa que afectaba a la totalidad de la superficie ungueal (fig. 1 A). En el estudio dermatoscópico se observaban glóbulos negros linealmente dispuestos sobre el fondo marrón de la lámina ungueal, y destacaba una pigmentación gris periungueal con glóbulos marrones (fig. 2 A). La correlación clínico-dermatoscópica sugería como