

glóbulos marrones pequeños, el patrón en arcoíris es una de las estructuras dermatoscópicas más frecuentemente observadas en el sarcoma de Kaposi, donde puede estar presente en hasta el 36% de las lesiones cutáneas<sup>1,8</sup>. Algunos autores lo consideran un hallazgo altamente específico del sarcoma de Kaposi (sensibilidad: 36,2%; especificidad: 100%)<sup>9</sup>. Sin embargo también ha sido descrito en el melanoma<sup>4</sup>, el carcinoma basocelular<sup>3</sup>, la dermatitis de estasis y el liquen plano<sup>4</sup>.

Su aparición probablemente obedezca a un complejo fenómeno físico resultado de la interacción de la luz polarizada con diversos elementos a su paso por el tejido. Cheng et al.<sup>8,9</sup> sugieren que se debe a la difracción del haz de luz al atravesar la dermis, sin embargo Vázquez-López et al. afirman que probablemente se deba a un fenómeno de «dicroísmo» por el cual luz, en diferentes estados de polarización, experimenta una retardancia y una absorbanza variables cuando interactúa con los componentes del tejido, fruto de las cuales se generan diferentes colores<sup>4</sup>.

Este patrón no se corresponde con ninguna estructura histológica concreta<sup>9</sup>. Cheng et al. observaron que las lesiones de sarcoma de Kaposi que mostraban patrón en arcoíris se componían histológicamente de numerosas luces vasculares con endotelios muy poco prominentes y con muy escaso estroma, mientras que las lesiones de sarcoma de Kaposi que no lo presentaban mostraban un estroma más abundante<sup>9</sup>. El patrón en arcoíris podría ser considerado una expresión de la estructura de la red vascular de la lesión<sup>8,9</sup>, lo que puede explicar que este hallazgo se detecte también en otro tipo de lesiones cutáneas con vascularización activa, como las cicatrices de nuestra paciente.

Las rosetas fueron observadas por primera vez en las queratosis actínicas y se describieron como «4 puntos blancos brillantes agrupados como en un trébol de 4 hojas»<sup>2</sup>. Posteriormente se observaron también en otras lesiones cutáneas como el carcinoma espinocelular, el carcinoma basocelular, el melanoma y la queratosis liquenoide<sup>3-7</sup>. Se considera que las rosetas se producen por un efecto óptico secundario a la interacción entre la luz polarizada y las aperturas foliculares<sup>6</sup>.

El patrón en arcoíris y las rosetas no se consideran estructuras dermatoscópicas específicas de lesión, y puesto que parecen ser secundarias a la interacción entre diferentes

estructuras cutáneas y la luz polarizada, probablemente serán observadas y descritas en diferentes lesiones cutáneas.

## Bibliografía

1. Hu SC, Ke CL, Lee CH, Wu CS, Chen GS, Cheng ST. Dermoscopy of Kaposi's sarcoma: Areas exhibiting the multicoloured «rainbow pattern». *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:1128-32.
2. Cuellar F, Vilalta A, Puig S, Palou J, Salerni G, Malvey J. New dermoscopic pattern in actinic keratosis and related conditions. *Arch Dermatol.* 2009;145:732.
3. García-García B, Pérez-Oliva N. Dermoscopic rainbow pattern in basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24:499-500.
4. Vázquez-López F, García-García B, Rajadhyaksha M, Marghoob AA. Dermoscopic rainbow pattern in non-kaposi sarcoma lesions. *Br J Dermatol.* 2009;161:474-5.
5. Liebman TN, Jaimes-Lopez N, Balagula Y, Rabinovitz HS, Wang SQ, Dusza SW, et al. Dermoscopic features of basal cell carcinomas: Differences in appearance under non-polarized and polarized light. *Dermatol Surg.* 2012;38:392-9.
6. Liebman TN, Scope A, Rabinovitz H, Braun RP, Marghoob AA. Rosettes may be observed in a range of conditions. *Arch Dermatol.* 2011;147:1468.
7. Liebman TN, Rabinovitz HS, Dusza SW, Marghoob AA. White shiny structures: Dermoscopic features revealed under polarized light. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;26:1493-7.
8. Cheng ST, Ke CL, Lee CH, Wu CS, Chen GS, Hu SC. Dermoscopic rainbow pattern in non-Kaposi sarcoma lesions-reply. *Br J Dermatol.* 2010;162:458-9.
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.

L. Pérez-Pérez\*, J. García-Gavín, F. Allegue y A. Zulaica

*Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: lidiacomba@gmail.com*  
(L. Pérez-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.12.017>

## Patrón dermatoscópico en arcoíris en fibroxantoma atípico

### Dermoscopic Rainbow Pattern in Atypical Fibroxanthoma

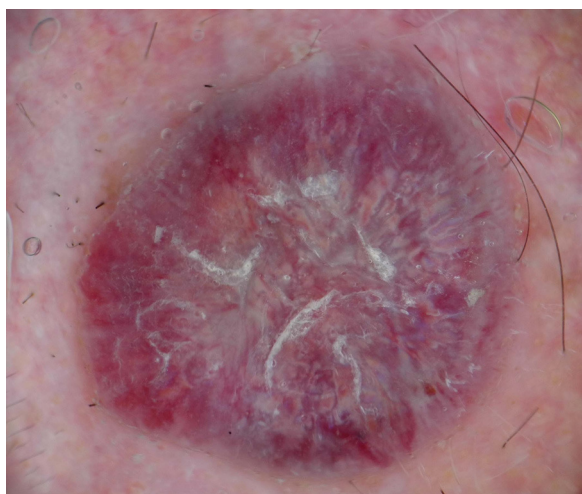
Presentamos el caso de un varón de 73 años, con antecedentes de diabetes mellitus no insulino dependiente, hipertensión arterial, aneurisma de la aorta abdominal y hipercolesterolemia. Fue remitido por presentar una tumoración en el cuero cabelludo de 6 semanas de evolución. Se trataba de un tumor de 18 mm de diámetro máximo, de límites netos, de color rosado con algunas áreas

rojizas y violáceas, no ulcerado y con fina descamación central (fig. 1).

En el estudio dermatoscópico con un dermatoscopio de luz polarizada de contacto (DermLite Foto®, 3Gen LLC, Dana Point, Calif) usando gel de ecografía como líquido de interfase se apreció una lesión redondeada y simétrica, constituida por una zona periférica rojiza desde la que surgían vasos atípicos de distribución irregular, no bien enfocados, que en su mayoría eran vasos lineales irregulares no ramificados dispuestos de forma vagamente radial (fig. 2). La mayor parte del tumor estaba ocupada por áreas con patrón en arcoíris, con frecuencia dispuestas en paralelo a los vasos lineales irregulares. No se observaron criterios específicos de lesión melanocítica. Entre las estructuras en



**Figura 1** Tumor en el cuero cabelludo, con queratosis actínicas en vecindad.



**Figura 2** Imagen dermatoscópica de contacto con luz polarizada, con vasos irregulares en la periferia y patrón en arcoíris central.

arcoíris se podían encontrar áreas blanquecinas brillantes y se apreciaban escamas en la superficie.

Se realizó una extirpación completa de la lesión. El estudio anatomopatológico reveló una proliferación celular nodular en la dermis constituida por células fusiformes aberrantes, células epitelioides y células gigantes multinucleadas, con abundantes mitosis. En algunas áreas tumorales se observaban zonas hemorrágicas. El perfil inmunohistoquímico reveló positividad para vimentina, CD68 y CD10, y negatividad para CD31, CD34, FcVIII, S100, citoqueratinas, EMA, desmina y actina de músculo liso. El índice proliferativo, medido mediante Ki67, fue de 10-20%. El diagnóstico histopatológico fue de fibroxantoma atípico.

El fibroxantoma atípico es un tumor poco frecuente de bajo grado de malignidad. Suele desarrollarse sobre piel con

daño solar crónico, especialmente en la cabeza y el cuello de ancianos<sup>1</sup>. Clínicamente se presenta como un nódulo solitario de rápido crecimiento, cuyo diagnóstico diferencial debe realizarse con el carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, tumor de Merkel y melanoma. Las metástasis ganglionares son poco frecuentes, y excepcional la diseminación a distancia.

Al tratarse de un tumor poco frecuente se han comunicado solamente 4 descripciones dermatoscópicas de fibroxantomas atípicos. En 3 casos se observaba un patrón vascular atípico con vasos polimorfos de distribución irregular, incluyendo vasos lineales, puntiformes, globulares, tortuosos y arboriformes. En 2 de estos casos se encontraron áreas blanquecinas, y en otro se apreciaba una hiperpigmentación heterogénea<sup>2</sup>. El caso restante era una colisión con un carcinoma basocelular, donde el componente de fibroxantoma atípico se observaba como una lesión hemorrágica y ulcerada con pequeñas telangiectasias<sup>3</sup>.

En el caso presentado el hallazgo dermatoscópico más llamativo es un patrón en arcoíris que ocupa la porción central del tumor. Aunque inicialmente el patrón en arcoíris se consideró un hallazgo característico del sarcoma de Kaposi, se ha observado en múltiples entidades como el melanoma, la dermatitis de estasis, el liquen plano, el dermatofibroma hemosiderótico y el carcinoma basocelular<sup>4-7</sup>. El patrón en arcoíris es un fenómeno óptico observado solamente con dermatoscopios de luz polarizada, con o sin contacto. Se origina por los diferentes estados de polarización de la luz que interactúan con las distintas estructuras de la lesión<sup>6</sup>. En los 3 casos estudiados por Bugatti et al. se utilizó un dermatoscopio de contacto, pero sin especificar si se trataba de un dispositivo de luz polarizada, requisito indispensable para observar el patrón en arcoíris.

Las estructuras blancas brillantes pueden presentarse en forma de líneas blancas brillantes (también conocidas como crisálidas), áreas blancas brillantes y rosetas. Estas estructuras también se aprecian con mucha mayor claridad mediante el dermatoscopio de luz polarizada. Su presencia se ha descrito en múltiples tumores benignos y malignos como el melanoma, nevus de Spitz, dermatofibroma, queratosis actínicas, carcinoma espinocelular y carcinoma basocelular y traduce el aumento del colágeno dérmico<sup>8,9</sup>.

Todas las observaciones dermatoscópicas del fibroxantoma atípico publicadas hasta la fecha describen un patrón vascular atípico de vasos polimorfos, en ocasiones con áreas blanquecinas. Sin embargo, se trata de un patrón dermatoscópico inespecífico que puede apreciarse en otros tumores clínicamente similares al fibroxantoma atípico como el carcinoma espinocelular, el tumor de Merkel o el melanoma amelanótico, que traduce una neoangiogénesis caótica durante su crecimiento<sup>10</sup>. El patrón en arcoíris también es un hallazgo dermatoscópico común a alguno de estos tumores, de modo que su presencia no permite establecer un diagnóstico específico basado en la dermatoscopia.

En resumen, presentamos la primera observación dermatoscópica de patrón en arcoíris en un fibroxantoma atípico. De este modo el fibroxantoma atípico se suma a las entidades previamente descritas que pueden presentar este hallazgo. En todos los casos publicados el patrón vascular polimorfo es un hallazgo constante.

## Bibliografía

- Gómez de la Fuente E, Sols M, Pinedo F, Álvarez-Fernández JG, Vicente FJ, Naz E, et al. Fibroxantoma atípico. Estudio clínico-patológico de 10 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:153-8.
- Bugatti L, Filosa G. Dermatoscopic features of cutaneous atypical fibroxanthoma: three cases. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34:e898-900.
- Alves R, Ocaña J, Vale E, Correia S, Viana I, Bordalo O. Basal cell carcinoma and atypical fibroxanthoma: an unusual collision tumor. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63:e74-5.
- Hu SC, Ke CL, Lee CH, Wu CS, Chen GS, Cheng ST. Dermoscopy of Kaposi's sarcoma: areas exhibiting the multicoloured «rainbow pattern». *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:1128-32.
- 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.
- Vázquez-López F, García-García B, Rajadhyaksha M, Marghoob AA. Dermoscopic rainbow pattern in non-Kaposi sarcoma lesions. *Br J Dermatol*. 2009;161:474-5.
- García-García B, Pérez-Oliva N. Dermoscopic rainbow pattern in basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:499-500.
- Balagula Y, Braun RP, Rabinovitz HS, Dusza SW, Scope A, Liebman TN, et al. The significance of crystalline/chrysalis structures in the diagnosis of melanocytic and nonmelanocytic lesions. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67:194, e1-8.
- Liebman TN, Rabinovitz HS, Dusza SW, Marghoob AA. White shiny structures: dermoscopic features revealed under polarized light. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26:1493-1497.
- Zalaudek I, Kreusch J, Giacomel J, Ferrara G, Catricalà C, Argenziano G. How to diagnose nonpigmented skin tumors: a review of vascular structures seen with dermoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63:377-86.

G. Pitarch

*Sección de Dermatología, Hospital General de Castelló, Castelló, España*

*Correo electrónico: [gerardpitarch@hotmail.com](mailto:gerardpitarch@hotmail.com)*

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.11.010>

## Anetoderma primaria asociada a síndrome de Sjögren primario y anticuerpos anticardiolipina

### Primary Anetoderma Associated With Primary Sjögren Syndrome and Anticardiolipin Antibodies

La anetoderma es una dermatosis rara, crónica y adquirida que cursa con pérdida de fibras elásticas, y para la que no existe tratamiento específico eficaz<sup>1,2</sup>. Se presenta una paciente con anetoderma primaria (AP) asociada a síndrome de Sjögren primario y anticuerpos anticardiolipina positivos, en cuya biopsia destaca un infiltrado inflamatorio agudo en la dermis reticular, y que fue tratada con colchicina y dapsona.

Se trata de una mujer de 21 años, con antecedentes de depresión y bulimia por la que recibía duloxetina, con buen control de su enfermedad de base, sin episodios recientes de cambio de peso. Acudió al Servicio de Dermatología en junio de 2009 por la aparición progresiva de pápulas de 5 mm eritematosas y dolorosas, que evolucionaban a placas normocrómicas de aproximadamente 1 × 2 cm, blandas al tacto, en la parte alta de los brazos y el tercio superior de la espalda (fig. 1). La paciente no refería episodios previos de abortos, infertilidad, ni trombosis vascular.

Venía remitida por Reumatología, donde había sido estudiada por xerostomía y xeroftalmia. Presentaba un test de Schirmer positivo (3 mm a los 5 min en el ojo derecho y 5 mm en el izquierdo), y una disminución de la secreción salival medida por sialografía (0,3 ml basal y 6,1 ml postestimulación). Análiticamente destacaban ANA patrón moteado de 1/320, positividad para antiRo/SS-A y antiLa/SS-B, factor reumatoide 56 UI/ml (VN < 20), C4 8,66 mg/100 ml

(VN: 12-36) y anticuerpos anticardiolipina IgM 6,73 MPL/ml (VN < 4,6). La serología para VIH, los anticuerpos anti-beta-2-glucoproteína  $\gamma$  y el anticoagulante lúpico fueron negativos. Dados estos hallazgos fue diagnosticada de un síndrome de Sjögren primario por el Servicio de Reumatología, sin cumplir criterios para síndrome antifosfolípido ni para lupus eritematoso.

Se realizó una biopsia de las lesiones cutáneas que mostró en la dermis reticular un infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial compuesto por linfocitos e histiocitos con abundantes neutrófilos y eosinófilos (fig. 2). La tinción para fibras elásticas mostró fragmentación y desaparición de estas fibras en la dermis papilar y reticular (fig. 3). Con estos hallazgos se diagnosticó de AP en una paciente con un síndrome de Sjögren primario.



**Figura 1** Pápulas normocrómicas con superficie arrugada localizadas en el tercio superior de la espalda, sugestivas de anetoderma.