

**Figure 2** (A) Double M-plasty design for a suspected melanoma lesion. (B) Scar of the primary site of a malignant melanoma is clearly identifiable after a double M-plasty.

### Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest.

### References

1. Garbe C, Peris K, Hauschild A, Saiag P, Middleton M, Spatz A, et al. Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline – update 2012. *Eur J Cancer*. 2012;48:2375–90.
2. Bichakjian CK, Halpern AC, Johnson TM, Foote Hood A, Grichnik JM, Swetter SM, et al. Guidelines of care for the management of primary cutaneous melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65:1032–47.
3. Edwards M, Dawn AG, Miller SJ. Mohs surgery for the treatment of melanoma in situ: a review. *Dermatol Surg*. 2007;33:395–402.
4. Book S, Aasi S, Leffell D. Ellipse, ellipse variations, and dog-ear repairs. In: Robinson J, Hanke C, Sengelmann R, Siegel D,

editors. *Surgery of the skin. Procedural dermatology*. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p. 259–66.

5. Krishnan RS, Donnelly HB. The nested M-plasty for scar length shortening. *Dermatol Surg*. 2008;34:1236–8.
6. Webster RC, Davidson TM, Smith RC, Kitchens GG, Clairmont AA, Schwartzenfeld TH, et al. M-plasty techniques. *J Dermatol Surg*. 1976;2:393–6.

C. Agorio<sup>a,\*</sup>, J. Magliano<sup>a</sup>, J.D. Brewer<sup>b</sup>, C.I. Bazzano<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Dermatologic Surgery Unit, Department of Dermatology, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay*

<sup>b</sup> *Department of Dermatology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA*

\*Corresponding author.

E-mail address: [agorionor@gmail.com.uy](mailto:agorionor@gmail.com.uy) (C. Agorio).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.04.020>

## Carcinoma de células basales con fenotipo cilindromatoso



### Basal Cell Carcinoma With a Cylindromatous Phenotype

Sr. Director:

El carcinoma de células basales no es solo la neoplasia cutánea más frecuente, sino que puede ser considerada como una de las más frecuentes de la economía corporal. Si bien su diagnóstico no suele presentar excesivas dificultades, existen múltiples variantes morfológicas que pueden dar lugar a diversos, y a veces comprometidos, diagnósticos diferenciales. Es el caso del patrón o fenotipo cilindromatoso, descrito en escasos trabajos de la literatura y no reflejado en los principales libros de texto de dermatopatología<sup>1-3</sup>.

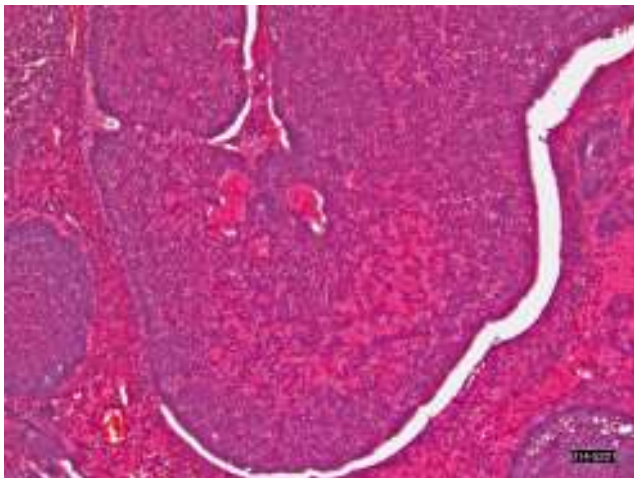
Varón de 91 años de edad, con fenotipo cutáneo II, que consultó en el servicio de dermatología por la presencia de

una pápula eritematosa no ulcerada en la mejilla izquierda de 4 meses de evolución, y que medía 1 cm de diámetro máximo. Con el juicio clínico de carcinoma basocelular, se decidió realizar la exéresis lesional. El estudio histológico demostró una epidermis sumamente adelgazada, monoestratificada, focalmente presionada por la presencia, a nivel dérmico, de numerosos nódulos geográficos basaloides que se extendían en profundidad hasta la unión dermo-hipodérmica (0,5 cm) (fig. 1). Los nidos geográficos proliferantes se unían en superficie con el estrato basal epidérmico, del que parecían originarse. Las células lesionales mostraban atipia leve-moderada, y se disponían constituyendo empalizadas en la periferia de los nódulos, estando estos rodeados de artefacto de retracción (fig. 2). Mientras que algunos nódulos basaloides mostraban cambios quísticos en su seno, llamaba poderosamente la atención la presencia de un patrón cilindromatoso en otros. Este último patrón estaba definido por la presencia de un estroma intensamente colagenizado e hialinizado en torno a los nódulos tumorales, con presencia de prolongaciones hialinas hacia el

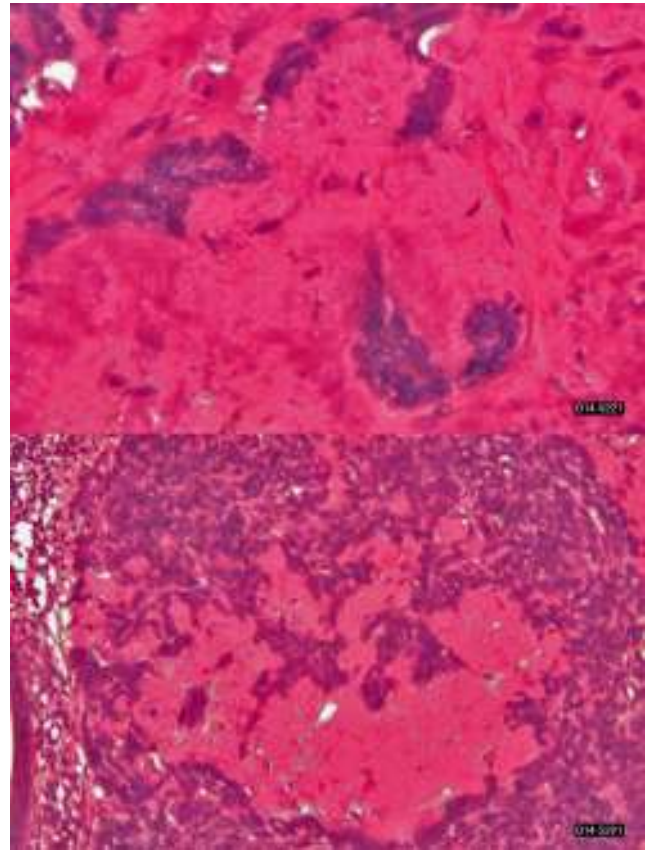


**Figura 1** Carcinoma de células basales con patrón cilindromatoso. Imagen macro-microscópica en la que se observa la infiltración dérmica por una neoplasia basaloides.

centro de los mismos, formando auténticos cilindros a nivel terminal, y dando lugar a una imagen similar a aquella característica de los cilindromas (fig. 3). Con la aplicación de técnicas del PAS-azul alcian, se tiñeron las estructuras cilindromatosas de un tono magenta, mientras las estructuras quísticas se tiñeron de azul, demostrando contenido mucinoso. El estroma peritumoral mostraba un intenso infiltrado linfocitario. Con tales hallazgos se emitió el diagnóstico de carcinoma de células basales nodular con fenotipo cilindromatoso. La exéresis lesional con márgenes libres, tratamiento recomendado, fue suficiente. El paciente no ha tenido recidivas lesionales durante un año de seguimiento.



**Figura 2** Carcinoma de células basales con patrón cilindromatoso. Detalle de un nido neoplásico constituido por células basaloides que conforman empalizadas periféricas rodeadas de artefacto de retracción. En el seno tumoral se observa gran cantidad de material amorfo, hialino tipo membrana basal (H&E  $\times 100$ ).



**Figura 3** Carcinoma de células basales con patrón cilindromatoso. En ambas imágenes se aprecian distintas áreas tumorales en las que destaca la presencia de material amorfo, hialino rodeando células basales con discreta-moderada atipia (H&E  $\times 200$  y  $\times 400$ ).

La presencia del componente cilindromatoso puede agregarse a la de cualquiera de los patrones «clásicos» del carcinoma de células basales, que orientarán al correcto diagnóstico<sup>4-6</sup>. En ocasiones, el componente cilindromatoso será mayoritario (como en nuestro caso) e incluso el único presente. En tal caso es conveniente examinar la atipia nuclear, leve-moderada en el caso del carcinoma basocelular, y ausente en el cilindroma común, principal entidad con la que se debe de realizar el diagnóstico diferencial histológico. La presencia de formación de empalizadas periféricas, y la presencia de artefacto de retracción en torno a los nidos neoplásicos, aunque inespecífica, es útil para realizar el diagnóstico diferencial con lesiones anexiales que exhiban fenotipo cilindromatoso<sup>1</sup>. A este respecto merece la pena destacar el carcinoma cilindromatoso que, como suele ser frecuente en las neoplasias malignas anexiales, mostrará un mayor pleomorfismo celular, frecuentes figuras de mitosis, algunas atípicas y focos de necrosis, hallazgos infrecuentes en el carcinoma de células basales. Las técnicas inmunohistoquímicas no parecen jugar un importante papel diagnóstico en casos de neoplasias con patrón cilindromatoso<sup>1-3</sup>.

## Bibliografía

1. Kazakov DV, McKee PH, Michal M, Kacerouska D, editores. Cutaneous Adnexal Tumors. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
2. McKee PH, Calonje E, Granter SR, editores. Pathology of the Skin with Clinical Correlations. Third edition Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005.
3. Naranjo Sintes R, Ruiz Villaverde R, editors of Carcinoma Basocelular. Badalona: EUROMEDICE; 2010.
4. Bednár B, Mirejovský P. Cylindromatous basalioma. *Cesk Patol*. 1972;8:183–92.
5. Arrighi F, Duperrat B. A "pathological museum". Authentic Mibelli porokeratoses and scleroderma associated with a vast Bowen epithelioma, a cylindromatous basocellular epithelioma, etc., in a diabetic with a syringomyelic form of neurosyphilis [Article in French]. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr*. 1961;68:249–51.
6. El Shabrawi L, LeBoit PE. Basal cell carcinoma with thickened basement membrane: A variant that resembles some benign adnexal neoplasms. *Am J Dermatopathol*. 1997;19:568–74.

F.J. Torres-Gómez<sup>a,\*</sup>, P. Fernández-Machín<sup>a</sup>  
y J. Neila-Iglesias<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Anatomía Patológica, Área de Gestión Clínica de Biotecnología, Agencia Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir, Sevilla, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Dermatología, Agencia Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir, Sevilla, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiertorresgomez@yahoo.es (F.J. Torres-Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.003>

## Pitiriasis liquenoide crónica inducida por adalimumab en paciente con psoriasis y buena respuesta a metotrexato



### Adalimumab-Induced Pityriasis Lichenoides Chronica That Responded Well to Methotrexate in a Patient With Psoriasis

Sr. Director:

El uso de la terapia biológica está extendido en el tratamiento de la psoriasis y se ha puesto de manifiesto que la incidencia de los efectos cutáneos derivados de los fármacos que bloquean el TNF- $\alpha$  va en aumento<sup>1</sup>. Además de las reacciones en el punto de inyección o infecciones cutáneas, se han observado un amplio espectro de lesiones cutáneas, de morfología y etiología diversa, llamando la atención el creciente desarrollo paradójico de psoriasis y erupciones psoriasiformes como enfermedades inmunomediadas<sup>2</sup>, pero hasta la fecha solo 5 casos de reacciones liquenoides han sido comunicadas asociadas a esta terapia.

Presentamos un varón de 45 años hipertenso, diabético y sin alergias conocidas, con una historia de psoriasis en placas moderada-grave e inestable desde los 20 años, a la que asociaba un cuadro de artritis psoriásica de 3 años de evolución. Realizó tratamiento tópico con múltiples fármacos, terapia sistémica con acitretina oral y, posteriormente, biológica con etanercept durante 15 meses, suspendido por pérdida de eficacia, y ustekinumab, interrumpido a los 9 meses por falta de indicación para artritis psoriásica en el momento del diagnóstico. El paciente, con PASI 12 y BSA 18, finalmente continuó tratamiento con adalimumab 40 mg, alcanzando PASI 0 a la octava semana y remisión de las molestias articulares. Al poco tiempo nos refirió la aparición de una erupción intermitente de pequeñas lesiones asintomáticas que no coincidían con procesos infecciosos, fiebre o medicación concomitante, pero que habían sido interpretadas como brotes de psoriasis en gotas durante 8 meses y

no cedían al tratamiento con adalimumab. En la exploración observábamos múltiples pápulas eritemato-descamativas, firmes y de pocos milímetros, que se extendían ampliamente en tronco y zonas proximales de miembros, respetando palmas, plantas y mucosas. Las lesiones se encontraban en distintos estadios evolutivos, siendo algunas pigmentadas residuales y otras de aspecto liquenoide con fina escama superficial micácea (fig. 1). En este momento se replanteó el diagnóstico diferencial solicitando pruebas de laboratorio que incluyeron hemograma, bioquímica, serologías, antiestreptolisina o anticuerpos antinucleares, resultando todos ellos negativos o dentro de la normalidad. Se realizó una biopsia cutánea que evidenció la presencia de acantosis psoriasiforme con escasa paraqueratosis, discreto infiltrado inflamatorio perivascular linfocitario y hematíes extravasados, aislados cambios vacuolares basales, así como mínima exocitosis linfocitaria epidérmica y escasos queratinocitos necróticos (fig. 2). Estos resultados fueron consistentes con el diagnóstico de pitiriasis liquenoide crónica (PLC). Se decidió asociar metotrexato 15 mg semanal a su tratamiento con adalimumab consiguiendo remisión del cuadro a las 6 semanas, con posterior reducción de la dosis y suspensión en 10 semanas. Pasados 3 meses el paciente nos refirió nuevas lesiones que fueron controladas al reintroducir el metotrexato y, actualmente permanece asintomático tras 6 meses de seguimiento (fig. 3).

Son muchas las reacciones cutáneas secundarias que se han asociado al uso de fármacos anti-TNF- $\alpha$ <sup>3</sup>. Recientemente, Newell et al.<sup>4</sup> comunicaron la aparición de una PLC en un paciente con psoriasis tras la tercera infusión de infliximab. Posteriormente, Said et al.<sup>5</sup> publicaron 2 casos de PLC en pacientes con enfermedad de Crohn en tratamiento con adalimumab, en ambos casos se logró la remisión completa tras la introducción de la terapia con metotrexato manteniendo adalimumab. López-Ferrer et al.<sup>6</sup> describieron la aparición de un cuadro de PLC tras el uso de infliximab en una paciente con espondilitis anquilosante y colitis ulcerosa en la que obtuvieron también buena respuesta clínica al asociar metotrexato. Finalmente, Echeverri et al.<sup>7</sup> publicaron el caso de una PLC desarrollada a la sexta semana