

rápida mejoría⁴. En 2015 Čuk Radović et al. presentaban el caso de un paciente con grandes lesiones ulcerosas en tronco que habían sido tratadas inicialmente como procesos infecciosos crónicos y tras la realización de una biopsia cutánea compatible con carcinoma escamoso, se habían realizado varias extirpaciones locales amplias, con rápida recidiva de los bordes de las cicatrices y progresión clínica⁵.

Presentamos un nuevo caso de pioderma gangrenoso en el que los hallazgos histopatológicos simulan un carcinoma epidermoide y remarcamos la importancia de la correlación clínico-patológica para el diagnóstico definitivo de esta entidad, evitándose retrasos diagnósticos y el uso de tratamientos innecesarios o incluso intervenciones más invasivas como procedimientos quirúrgicos que puedan dar lugar a una exacerbación clínica de la enfermedad por el fenómeno de patergia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: An updated review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:1008–17.
 2. Suárez-Pérez JA, Herrera-Acosta E, López-Navarro N, Vilchez-Márquez F, Prieto JD, Bosch RJ, et al. Pyoderma gangrenosum: A report of 15 cases and review of the literature [Article in Spanish]. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:120–6.
 3. Crowson AN, Mihm MC Jr, Magro C. Pyoderma gangrenosum: A review. *J Cutan Pathol*. 2003;30:97–107.
 4. Wolfe CM, Green WH, Cognetta AB Jr, Baniahmad O, Hatfield HK. Atypical pyoderma gangrenosum of the dorsal hand mimicking squamous cell carcinoma. *J Hand Surg Am*. 2012;37:1835–8.
 5. Čuk Radović T, Kostović K, Radoš J, Paštar Z, Pavliša G, Marinović B. Advanced Pyoderma Gangrenosum Previously Treated as Squamous Cell Carcinoma. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2015;23:208–12.
 6. Vasili E, Shkodrani E, Labinoti L, Xhaja A. A case of atypical pyoderma gangrenosum. *J Dermatol Case Rep*. 2010;4:18–21.
 7. Rosina P, Papagrigoraki A, Colato C. A case of superficial granulomatous pyoderma mimicking a basal cell carcinoma. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2014;22:48–51.
 8. To D, Wong A, Montessori V. Atypical pyoderma gangrenosum mimicking an infectious process. *Case Rep Infect Dis*. 2014;2014:589632.
 9. Lee HS, Choi YR, Ha SH, Jeong JJ. Pyoderma gangrenosum mimicking a diabetic foot infection: A case report. *J Foot Ankle Surg*. 2013;52:67–71.
 10. Field S, Powell FC, Young V, Barnes L. Pyoderma gangrenosum manifesting as a cavitating lung lesion. *Clin Exp Dermatol*. 2008;33:418–21.
- M. González-Sabín^{a,*}, E. Rodríguez-Díaz^a, P. Gonzalvo-Rodríguez^a e I. Astola-Hidalgo^b
- ^a Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias, España
^b Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: martagonzalezsabin@gmail.com
 (M. González-Sabín).
- <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.022>
 0001-7310/
 © 2018 AEDV.
 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Papulosis de células claras: una serie de casos



Clear Cell Papulosis: A Case Series

Sr. Director:

La papulosis de células claras (PCC) es una entidad poco frecuente, descrita por primera vez en 1987¹, de causa desconocida, reportada con mayor frecuencia en países asiáticos, y suele presentarse en niños menores de 2 años, por igual en ambos sexos². Se caracteriza por máculas y/o pápulas planas de 2 a 10 mm, hipopigmentadas, asintomáticas, localizadas en abdomen inferior y pubis, siendo otras áreas menos frecuentes axila, línea mamaria, ingles y extremidades³. En la histología lo característico es la presencia de células claras redondas con citoplasma amplio y pálido entre los queratinocitos basales y suprabasales. Estas células son positivas a tinciones de inmunohistoquímica anti-citoqueratina AE1/AE3, CEA, EMA, CK7, GCDPF y CAM5.2³. El origen de estas células claras y el papel que cumplen no

está claro⁴, se plantea que podrían derivar de células secretorias de glándulas ecrinas⁵. Se ha postulado que las células de Toker darían origen a las células claras, y han sido implicadas como precursoras de la enfermedad de Paget, aunque no se ha demostrado progresión de ningún caso de PCC a esta última².

La PCC no requiere tratamiento por ser asintomática, y la mayoría presenta disminución de lesiones en el tiempo³.

Casos clínicos

Se realizó una búsqueda de pacientes con diagnóstico de PCC en el periodo de 2010-2016 en 3 hospitales pediátricos del Perú y Argentina, identificándose 8 casos: 7 mujeres y un varón. Las lesiones se presentaron antes de los 2 años de edad, incluso una de ellas desde el nacimiento (tabla 1). Todos tuvieron lesiones hipopigmentadas de 2 a 3 mm de diámetro, la mayoría presentaron máculas, seguidas de pápulas, localizadas en abdomen inferior y pubis (fig. 1); otras áreas comprometidas fueron axilas, línea mamaria, glúteos, región lumbar y piernas.

Tabla 1 Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas, seguimiento

Paciente	Edad	Sexo	Edad de inicio	Lesiones	Tamaño	Cantidad	Localización	Histopatología	IHQ	Tratamiento	Seguimiento
1	11 años	M	12 meses	Máculas hipopigmentadas asintomáticas	2-3 mm	> 10	Axila, línea mamaria, abdomen inferior	Hiperplasia psoriasiforme, escasas células con citoplasma amplio y núcleo central en capa basal	CK7+	Observación	Sin cambios durante 10 años
2	Un año	M	10 meses	Máculas hipopigmentadas asintomáticas	2-3 mm	> 10	Abdomen inferior, pubis	Escasas células de citoplasma amplio, claro y núcleo central en capa basal	CK7+	Observación	Disminución de lesiones a los 12 meses
3	Un año	M	Nacimiento	Máculas y pápulas ligeramente elevadas asintomáticas	2 mm	> 10	Axila, abdomen inferior	Escasas células y dispersas de citoplasma amplio pálido en capa basal y suprabasal	CK7+	Observación	Discreto aumento de lesiones a los 18 meses
4	Un año y 11 meses	M	7 meses	Máculas hipopigmentadas asintomáticas	2-3 mm	4	Abdomen inferior, pubis	Células redondas de citoplasma amplio entre queratinocitos basales y suprabasal	CK7+	Observación	No
5	Un año y 7 meses	V	4 meses	Máculas y pápulas hipopigmentadas asintomáticas	2-3 mm	> 10	Axila, abdomen inferior, glúteos, lumbar	Acantosis, células escasas de citoplasma amplio pálido en capa basal y suprabasal	CK7+	Observación	Sin cambios a los 12 meses
6	2 años y 9 meses	M	20 meses	Pápulas hipopigmentadas asintomáticas	2 mm	> 10	Abdomen inferior, pubis	Células claras en capa basal y suprabasal	CK7+ EMA+	Observación	Sin cambios a los 9 meses
7	Un año y 9 meses	M	9 meses	Máculas hipopigmentadas asintomáticas	2-3 mm	> 10	Abdomen inferior, pubis	Células grandes de citoplasma claro y núcleo redondo, escasas entre queratinocitos basales	CK7+, EMA+, CEA+	Observación	Sin cambios a los 12 meses
8	Un año y 6 meses	M	12 meses	Máculas y pápulas hipopigmentadas asintomáticas	2 mm	> 10	Piernas	Células claras a nivel basal, esbozo de estructura glandular	Mucina+, PAS+	Observación	Disminución de lesiones a los 18 meses

CEA: antígeno carcinoembrionario; CK7: citoqueratina 7; EMA: antígeno de membrana epitelial; IHQ: técnica de inmunohistoquímica; M: mujer; PAS: ácido peryódico de Schiff; V: varón.

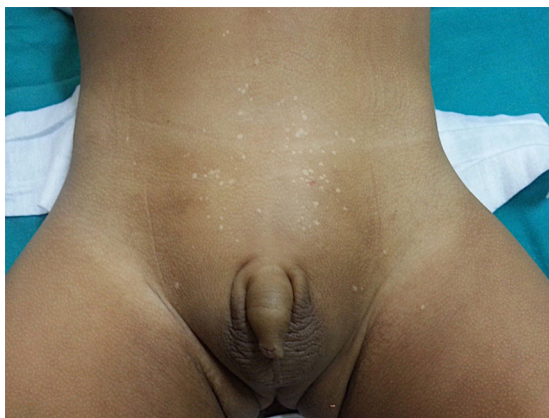


Figura 1 Varón de un año y 7 meses con máculas y pápulas de 2-3 mm en abdomen inferior y pubis.

El diagnóstico clínico inicial de PPC fue sospechado en 6 pacientes e hipopigmentación postinflamatoria en 2. En la histología, se observó como característica constante escasas y dispersas células grandes con citoplasma amplio y claro a nivel basal y suprabasal. La CK7 fue positiva en 7 casos (fig. 2), 3 de estos en cercanía a la desembocadura de acrosiringios, en el caso 8 se observaron células agrupadas esbozando una estructura glandular con PAS y azul alcian+.

Ningún paciente recibió tratamiento, el periodo de seguimiento clínico fue de entre 9 a 18 meses en 7 pacientes, y en un paciente se obtuvo información de la evolución clínica a través de un familiar (caso 1). Se observó la estabilidad de las lesiones en 4 pacientes (a los 9 y 12 meses, y 10 años), disminución de las lesiones en 2 (a los 12 y 18 meses de edad) y un paciente desarrolló un mayor número de lesiones (última visita a los 18 meses de edad).

Son pocos los casos reportados de PPC² y solo 5 de 39 de ellos son de origen no asiático⁶⁻⁸. En esta serie, predomina el sexo femenino, las lesiones se presentaron desde los primeros años de vida, solo una de ellas se hizo el diagnóstico a los 11 años de edad, lo que coincide con lo reportado en la literatura donde casi todos los casos se presentan en niños², un solo caso en adulto⁹.

Todos los pacientes nacieron de padres latinos, presentaron múltiples y pequeñas máculas y/o pápulas hipocrómicas en abdomen inferior y área púbica, algunas en axilas, línea mamaria, glúteos, región lumbar y solo uno de ellos exclusivamente en piernas que es una localización poco frecuente.

Las células claras pueden ser confundidas histológicamente con melanocitos, células de Toker o células de Langerhans¹⁰. El patólogo orienta el diagnóstico fundamentalmente con la histología, y en casos dudosos puede ser de utilidad la inmunohistoquímica. Llamó la atención que en algunos casos estas células CK7+ se encontraban cercanas a la desembocadura de los acrosiringios y en el caso 8 simulando una glándula que es una característica inusual, azul alcian+ y PAS+, lo que indica la presencia de mucina; estos hallazgos apoyan la teoría de que estas células sí tendrían origen glandular como propone Kim et al.⁵.

Las lesiones suelen aumentar en los primeros meses a años de vida, con el tiempo disminuyen sin dejar secuelas en un promedio de 11 años después de su aparición³. Siete pacientes tuvieron un seguimiento corto (9 a 18 meses), sin

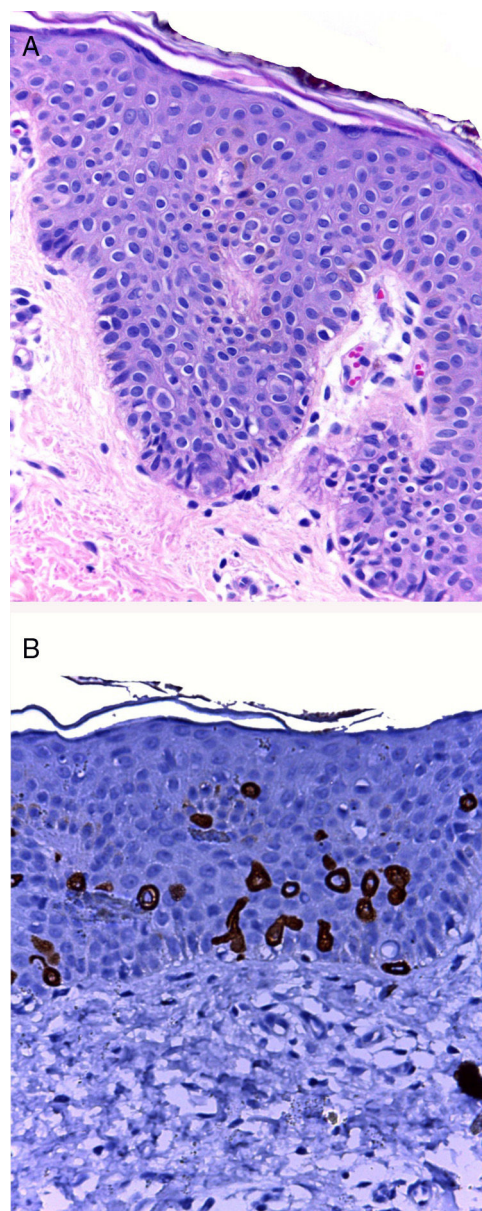


Figura 2 A) La tinción con hematoxilina-eosina $\times 10$ muestra escasas y dispersas células redondas con citoplasma amplio y claro a nivel de la capa basal de la epidermis. Sin cambios en la dermis. B) Inmunohistoquímica CK7 muestra a las células claras teñidas, la mayoría están localizadas en la capa basal y algunas a nivel suprabasal.

embargo, en este tiempo 2 pacientes (casos 2 y 8) presentaron una disminución de las lesiones.

Es importante reconocer esta entidad debido a que en la edad pediátrica es frecuente observar lesiones hipopigmentadas, siendo la hipopigmentación postinflamatoria el principal diagnóstico diferencial. Otros diagnósticos clínicos a considerar son las pitiriasis versicolor, las verrugas planas y el vitiligo.

Se describe esta serie de casos de PCC, que serían los primeros en ser reportados en Latinoamérica, siendo esta una entidad poco frecuente que requiere ser identificada

en niños para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kuo TT, Chan HL, Hsueh S. Clear cell papulosis of the skin. A new entity with histogenetic implications for cutaneous Paget's disease. *Am J Surg Pathol.* 1987;11:827-34.
2. Wang D, Ho MS, Koh MJ, Giam YC. A Case Report of Clear Cell Papulosis and a Review of the Literature. *Ann Acad Med Singapore.* 2017;46:160-6.
3. Tseng FW, Kuo TT, Lu PH, Chan HL, Chan MJ, Hui RC. Long-term follow-up study of clear cell papulosis. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63:266-73.
4. Kim SW, Roh J, Park CS. Clear Cell Papulosis: A Case Report. *J Pathol Transl Med.* 2016;50:401-3.
5. Kim YC, Mehregan DA, Bang D. Clear cell papulosis: An immunohistochemical study to determine hystogenesis. *J Cutan Pathol.* 2002;29:11-4.
6. Benouni S, Kos L, Ruggeri SY, North PE, Drolet BA. Clear cell papulosis in Hispanic sibilings. *Arch Dermatol.* 2007;143:358-60.
7. Gianotti R, Cambiaghi S, Locatelli A, Gelmetti C. Clear cell papulosis (pagetoid papulosis) in a non-Asian patient. *Dermatology.* 2001;203:260-1.
8. Bisi Dos Santos JE, Ribeiro de Miranda MF. Clear Cell Papulosis: Report of a case with unique clinical and histologic findings. *Am J Dermatopathol.* 2016;38:924-6.

9. Mohanty SK, Arora R, Kakkar N, Kumar B. Clear cell papulosis of the skin. *Ann Diagn Pathol.* 2002;6:385-8.
10. Wysong A, Sundram U, Benjamin L. Clear-Cell Papulosis: A Rare Entity That May Be Misconstrued Pathologically as Normal Skin: Clear-Cell Papulosis. *Pediatr Dermatol.* 2012;29:195-8.

C. Apagüño^{a,*}, R. Pomar^a, J. Peceros^a, F. Velásquez^a, R. Ballona^a, R. Castro^b, R. Lipa^c, C. Chian^d, R. Cano^e y M. Larralde^e

^a Servicio de Dermatología Pediátrica, Instituto Nacional de Salud del Niño, Breña, Lima, Perú

^b Servicio de Dermatología Pediátrica, Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja, Lima, Perú

^c Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja, Lima, Perú

^d Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú

^e Servicio de Dermatología Pediátrica, Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: consuelodejesus111@hotmail.com (C. Apagüño).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.03.028>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Características ecográficas de los lipomas linguales



Ultrasound Characteristics of Lipoma of the Tongue

Sr. Director:

Se presenta el caso de un varón de 60 años con antecedentes personales de diabetes mellitus no insulino dependiente y dislipidemia que consultaba por una lesión asintomática en la lengua de aproximadamente 2 años de evolución. El paciente refería crecimiento de la lesión al inicio, pero estabilidad de la misma desde hacía meses.

En la exploración física, el paciente presentaba, en el tercio anterior del borde lateral derecho de la lengua, un nódulo redondeado, bien definido, de aproximadamente 6 mm de eje mayor, con una coloración amarillenta y rosada en su superficie. La lesión se palpaba elástica y no estaba adherida a planos profundos. Se realizó ecografía dermatológica con sonda de 18 MHz, donde se visualizaba en la parte más superficial del tejido celular subcutáneo una tumoración ovalada ligeramente hipoeoica con respecto a las estructuras adyacentes, bien delimitada pero no encapsulada, de 7,5 × 2,5 mm, sin flujo Doppler ni en la periferia ni en el centro de la lesión (fig. 1, eje longitudinal de la lesión). Con la sospecha de una tumoración de partes blandas de características benignas y avascular, se llevó a cabo

una biopsia con un *punch* de 4 mm para estudio histopatológico. Este mostraba una proliferación de adipocitos maduros dispuestos en pequeños lóbulos separados por finos tractos fibrosos rodeados de un estroma de características histológicas normales (fig. 2 hematoxilina-eosina ×20, ×40). Con base en todo lo anterior se estableció el diagnóstico de lipoma lingual.

Tras la biopsia, quedó una lesión residual de 2,5 mm de diámetro (fig. 3). Dados la benignidad de la lesión, su carácter asintomático y la preferencia del paciente de actuar en lo posible de forma conservadora, se optó por una actitud expectante.

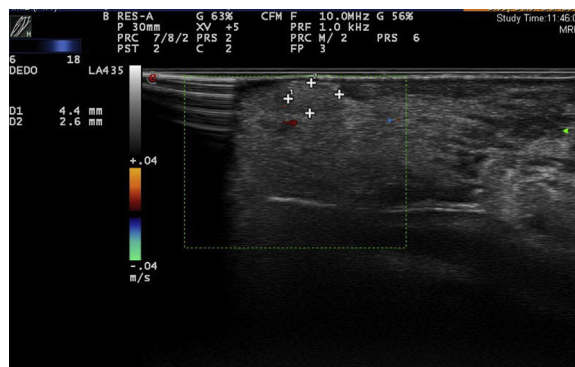


Figura 1 Imagen ecográfica de la lesión.