

## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### [Artículo traducido] Xantogranuloma del adulto inducido por traumatismo, que remeda queloide en ala nasal izquierda



#### Trauma-induced Adult Xanthogranuloma Mimicking Keloid on the Left Nasal Ala

Sr. Director,

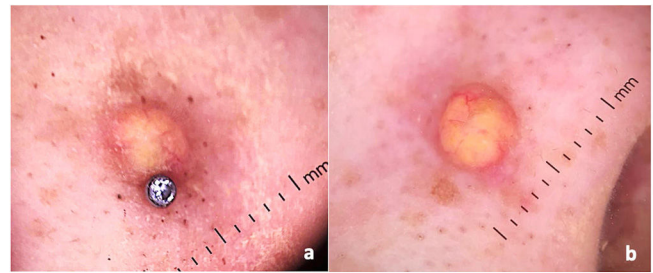
Una mujer sana de 33 años de edad, enfermera, y con fototipo IV de Fitzpatrick, acudió con historia de *piercing* realizado en el ala nasal izquierda en 2019, refiriendo múltiples traumatismos locales en las actividades diarias, tales como adhesión accidental del *piercing* a la vestimenta o a la toalla del baño. En enero de 2021, apareció una pápula en la misma región. La paciente trató repetidamente de eliminar dicha lesión con una aguja pequeña, ocasionando sangrado local y crecimiento progresivo del tumor. No se describieron otras lesiones ni síntomas constitucionales.

El examen dermatológico reveló un nódulo pequeño eritematoso de color marrón, de 1,5 cm de diámetro, similar a un queloide adyacente al *piercing* nasal (fig. 1). No se identificaron otras lesiones. El análisis dermatoscópico indicó una zona central de color amarillo-naranja rodeada de un borde eritematoso periférico con telangiectasias lineales finas, sugestivas de xantogranuloma (fig. 2a y b).

Procedimos a extirpar completamente el tumor. El estudio histopatológico identificó una proliferación dérmica nodular con histiocitos xantomizados, células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño y células multinucleadas de Touton, junto con linfocitos dispersos, células plasmáticas y eosinófilos (fig. 3a y b). La prueba inmunohistoquímica apuntó cepas positivas de CD68, no existiendo S100 y CD1a. El análisis de mutaciones BRAF-V600E mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a tiempo real resultó negativo. Las pruebas de laboratorio no revelaron anomalías en los parámetros rutinarios de los análisis de sangre, niveles de triglicéridos, función hepática o función renal. Las



**Figura 1** Nódulo pequeño eritematoso-marrónáceo adyacente al *piercing* nasal.



**Figura 2** a y b) Análisis dermatoscópico: zona central amarillo-naranja rodeada de un borde eritematoso periférico con telangiectasias lineales finas.

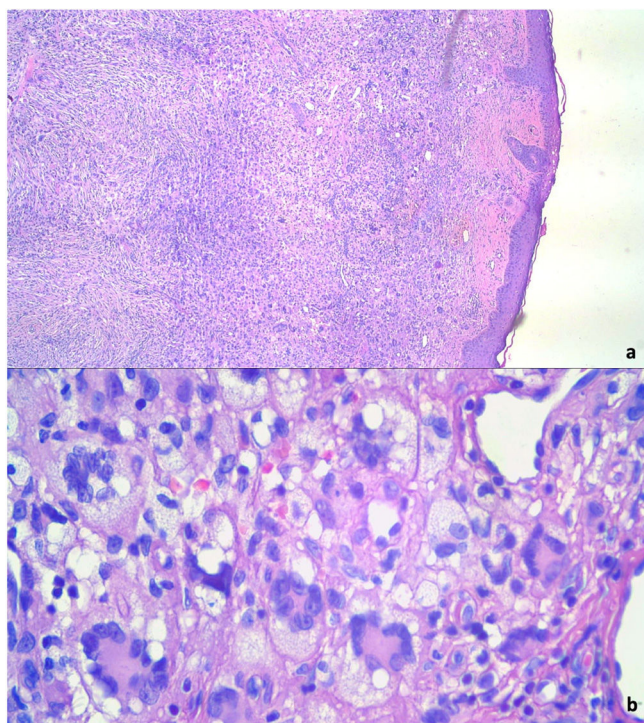
pruebas confirmaron el diagnóstico de xantogranuloma del adulto, produciéndose mejora clínica tras la extirpación quirúrgica. La paciente mantiene seguimiento dermatológico sin recidiva de la lesión.

El xantogranuloma constituye la histiocitosis celular no Langerhans más común<sup>1</sup>. Se trata de un trastorno proliferativo benigno, descrito normalmente en la juventud temprana como xantogranuloma juvenil (JXG). Cerca del 85% de los casos de JXG se producen en niños menores de un año, con preponderancia en varones<sup>1</sup>. Las lesiones de inicio tardío en adultos son infrecuentes, y representan el 10% de todos los xantogranulomas<sup>1</sup>. Muchos informes describen el xantogranuloma del adulto entre la tercera y cuarta décadas

Véase contenido relacionado en DOI:  
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.01.050>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.01.059>

0001-7310/© 2022 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



**Figura 3** a) Infiltrado histiocítico dérmico denso (HE 100×). b) Histiocitos y células gigantes multinucleadas de Touton (HE 400×).

de la vida, con distribución igual entre sexos<sup>2</sup>. Se desconoce su patogenia, siendo los desencadenantes más asociados las infecciones o los factores físicos<sup>3</sup>, existiendo pocos estudios en la literatura mundial que describan xantogranulomas inducidos por traumatismos. La paciente describió en este informe presentado un inicio inusual de xantogranuloma del adulto tras traumatismos locales recurrentes.

La lesión se manifiesta normalmente como papulonódulo solitario de color rojizo o amarillento o en la cabeza, cuello, extremidades, y parte superior del tronco<sup>4</sup>. El compromiso nasal es aún más raro, habiéndose publicado solo tres casos de esta topografía específica<sup>5-7</sup>. Tan et al. (2014) reportaron también una presentación inusual de xantogranuloma del adulto en el ala nasal izquierda, según describimos aquí. Sin embargo, a diferencia de nuestro caso, no se identificó ningún factor desencadenante<sup>5</sup>. Pocos artículos han documentado lesiones múltiples y compromiso extracutáneo y sistémico<sup>2,4,8</sup>. La evaluación dermatoscópica es una herramienta potente para definir la hipótesis diagnóstica, revelando la zona central característica de color amarillo-naranja rodeada de un borde eritematoso periférico con telangiectasias lineales finas<sup>1</sup>. El diagnóstico diferencial incluye dermatofibroma, histiocitosis de células de Langerhans, otras lesiones xantomatosas, mastocitoma, y nevus de Spitz.

La confirmación diagnóstica se realiza mediante biopsia cutánea. El análisis histopatológico identifica infiltrado histiocítico dérmico denso y células gigantes de Touton, que son células multinucleadas, con un centro citoplasmático eosinofílico homogéneo y xantomización periférica<sup>3</sup>.

La prueba inmunohistoquímica es también importante para definir el diagnóstico, mostrando cepas positivas de

Factor XIIIa, CD68, CD163, CD14, y fascina. Las cepas S100 y CD1a, específicas de las células de Langerhans, son negativas<sup>9</sup>. En casos con características histológicas atípicas o inmunohistoquímicas sugestivas de xantogranuloma e histiocitosis de células de Langerhans (LCH), se recomienda investigar las mutaciones de BRAF-V600E. Dichas mutaciones de BRAF-V600E han sido descritas en LCH, pudiendo identificar LCH coexistente con xantogranuloma<sup>10</sup>. En este informe de caso, esta mutación oncogénica estuvo ausente, reafirmando la naturaleza xantogranulomatosa del tumor.

Normalmente, no se han identificado anomalías de laboratorio en los pacientes con AXG solitario. Sin embargo, los clínicos deberán ser conscientes del compromiso sistémico y las neoplasias hematológicas en adultos con xantogranulomas múltiples<sup>8</sup>. En estos casos son esenciales las pruebas de laboratorio e imagen. El AXG cursa generalmente de manera benigna, con regresión espontánea en aproximadamente 3-6 años<sup>1</sup>. Pueden aplicarse extirpación quirúrgica, láser CO<sub>2</sub>, y esteroides intralesionales, principalmente por motivos cosméticos<sup>3</sup>.

En este informe, la historia y el examen clínico de la paciente sugirieron una lesión queiloide. Sin embargo, el análisis dermatoscópico reveló hallazgos típicos de xantogranuloma, orientando a nuestro equipo de Dermatología hacia un diagnóstico preciso. En conclusión, el uso correcto del dermatoscopio es efectivo, no solo para evaluar las lesiones melanocíticas, sino también las no melanocíticas, como en el presente caso. Los dermatólogos deberán utilizar esta herramienta diariamente en cada examen físico, para mejorar la precisión diagnóstica. Tras dirigir la hipótesis diagnóstica, se estableció la confirmación mediante histopatología e inmunohistoquímica, que también fueron compatibles con xantogranuloma en adultos.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Hernández-San Martín MJ, Vargas-Mora P, Aranibar L. Juvenile xanthogranuloma: an entity with a wide clinical spectrum. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2020;111:725-33, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.07.004>.
- Ferreira BR, Cardoso JC, Reis JP, Tellechea Ó. Multiple adult-onset xanthogranuloma, an uncommon diagnosis. *An Bras Dermatol*. 2017;92:294-5, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20176216>.
- Chisolm SS, Schulman JM, Fox LP. Adult xanthogranuloma, reticulohistiocytosis, and Rosai-Dorfman disease. *Dermatol Clin*. 2015;33:465-72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2015.03.011>.
- Tian X, He S, Li R, Wang J. Multiple adult xanthogranuloma: a rare case report with characteristics. *Asp Biomed Clin Case Rep*. 2021;4:88-92, <http://dx.doi.org/10.36502/2021/ASJBCCR.6235>.
- Tan LC, Tan KB, Aw CW. Unusual presentation of adult xanthogranuloma: a case report. *Singapore Med J*. 2014;55:e25-7, <http://dx.doi.org/10.11622/smedj.2013207>.
- Bourra H, Lemtibbet S, Lamchahab FZ, Saidi A, Senouci K, Hassam B. Xanthogranulome de type adulte de la base du nez [Adult xanthogranuloma at the base of

- the nose]. *Ann Dermatol Venereol*. 2013;140:835–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2013.06.007>.
7. Adya KA, Inamadar AC, Palit A, Pattar RS. A translucent yellow-brown papule on the nose. *J Cutan Aesthet Surg*. 2019;12:255–7, [http://dx.doi.org/10.4103/JCAS.JCAS\\_37\\_19](http://dx.doi.org/10.4103/JCAS.JCAS_37_19).
  8. Shoo BA, Shinkai K, McCalmont TH, Fox LP. Xanthogranulomas associated with hematologic malignancy in adulthood. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:488–93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.03.046>.
  9. Sandell RF, Carter JM, Folpe AL. Solitary (juvenile) xanthogranuloma: a comprehensive immunohistochemical study emphasizing recently developed markers of histiocytic lineage. *Hum Pathol*. 2015;46:1390–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.humpath.2015.05.025>.
  10. Ishikawa M, Endo Y, Uehara A, Suto M, Yasuda M, Motegi SI, et al. Cutaneous adult xanthogranuloma with a small portion of BRAF(V) (600E) mutated Langerhans cell histiocytosis populations: a case report and the review of published work. *J Dermatol*. 2019;46:161–5, <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.14725>.
- E. Neves Souza<sup>a,b,\*</sup>, M. Rodrigues Batalha<sup>c</sup>, L. Horta da Silva<sup>c</sup> y M. Neves Souza<sup>d</sup>
- <sup>a</sup> *Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil*  
<sup>b</sup> *Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), Vitória, ES, Brasil*  
<sup>c</sup> *Intituto Izamar Milidiú da Silva (IMS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*  
<sup>d</sup> *Faculdade Multivix, Vitória, ES, Brasil*
- \* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [neves.emilly@hotmail.com](mailto:neves.emilly@hotmail.com)  
 (E. Neves Souza).