

DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

[Artículo traducido] Un nódulo rosado en la mano de una paciente de 12 años



Pink Nodule on the Hand of a 12-Year-old Patient



Figura 1 Nódulo rosa solitario en el dorso de la mano izquierda.

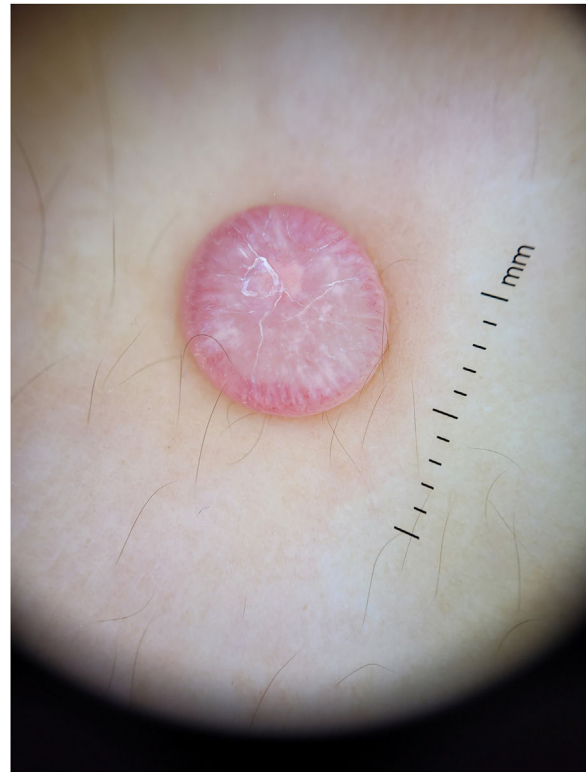


Figura 2 Imagen de dermatoscopia con contacto polarizada de la lesión.

Presentación del caso

Una niña de 12 años, con fototipo II de Fitzpatrick acudió a la clínica ambulatoria de Dermatología con historia de 4 meses de nódulo rosa asintomático en el dorso de la mano izquierda. Se observó un nódulo exofítico blando y bien delimitado de 0,8 cm × 0,8 cm (**fig. 1**).

Dermatoscopia de la lesión (**fig. 2**)

¿Cuál es su diagnóstico?

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.02.032>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.06.002>

0001-7310/© 2024 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/>).

Comentario

La dermatoscopia de la lesión reveló la presencia de una "nube" de zona amarilla más clara central, de la que partían vetas blancas brillantes, vasos lineales en la periferia, vasos en horquilla en el centro, y pocas escamas. Se extirpó la lesión con anestesia local, realizándose sutura discontinua simple de la herida quirúrgica. El diagnóstico diferencial incluyó nevus de Spitz, reticulohistiocitoma solitario, dermatofibroma y xantogranuloma juvenil (XJ). El examen histopatológico reveló principalmente la presencia de células gigantes multinucleadas de tipo Touton, escasos histiocitos mononucleados con gran citoplasma vacuolado eosinofílico y abundante infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario (figs. 3 y 4). La inmunohistoquímica fue positiva para CD68 y S100, y negativa para CD1a, Sox 10. Dichos hallazgos, junto con la exploración clínica y la dermatoscopia, respaldaron el diagnóstico de XJ.

La forma más común de histiocitosis de células no Langerhans es XJ. Su presentación clínica son las lesiones papulonodulares amarillas, rojas o marrones, que se observan normalmente en individuos de las dos primeras décadas de vida, y que se resuelven espontáneamente a menudo¹. La dermatoscopia demuestra ser valiosa a la hora de distinguir XJ de otras lesiones cutáneas, considerando sus diversas presentaciones clínicas a lo largo de las diferentes etapas de su evolución^{2,3}. Histopatológicamente, el primer estadio de XJ se caracteriza por la proliferación diseminada de pequeñas células histiocíticas monomorfas. A medida que progresa hacia su estadio desarrollado xantomatizado las células gigantes de Touton se hacen más prominentes. Durante la etapa de transición, se observan reacciones

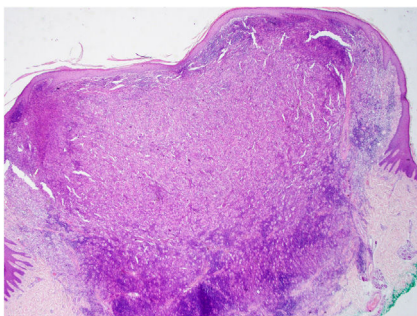


Figura 3 Gran nódulo dérmico (hematoxilina-eosina, ampliación de 20×).

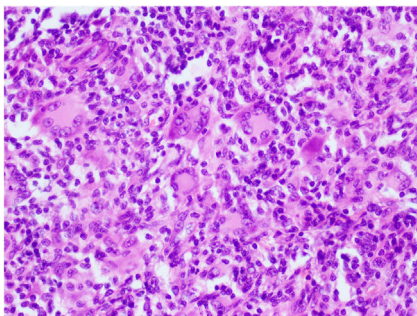


Figura 4 El nódulo se compone principalmente de células gigantes multinucleadas de tipo Touton (hematoxilina-eosina, ampliación de 400×).

moderadas de tejido fibrótico con incremento del número de células fusiformes^{2,3}. El patrón dermatoscópico típico de "sol poniente" caracterizado por un fondo amarillento con eritema periférico sutil se observa principalmente durante las etapas temprana y desarrollada de la enfermedad. En la etapa de transición, son más comunes las "nubes" de zonas amarillas más claras, que representan posiblemente la evolución del fondo amarillo al aspecto de "sol poniente"^{2,3,5}. Debido a la fibrosis dérmica en las etapas más tardías, pueden observarse vetas blancas brillantes o zonas blanquecinas con distribución estelada^{2,3}. En todas las etapas de la XJ, se describen hallazgos vasculares, mientras que los vasos lineales, que pueden partir desde la periferia al centro, son los más frecuentemente observados. En ciertos casos, pueden presentarse vasos moteados, en forma de coma, en espiral, globulares, arboriformes y de tipo horquilla, e incluso vasos polimórficos²⁻⁶. También se han reportado características dermatoscópicas tales como red pigmentada, folículos, erosiones y escamas asociadas a esta entidad^{3,4}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Referencias

- Dehner LP. Juvenile xanthogranulomas in the first two decades of life: a clinicopathologic study of 174 cases with cutaneous and extracutaneous manifestations. *Am J Surg Pathol*. 2003;27:579-93, <http://dx.doi.org/10.1097/0000478-200305000-00003>.
- Song M, Kim SH, Jung DS, Ko HC, Kwon KS, Kim MB. Structural correlations between dermoscopic and histopathological features of juvenile xanthogranuloma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25:259-63, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03819.x>.
- Xu J, Ma L. Dermoscopic patterns in juvenile xanthogranuloma based on the histological classification. *Front Med*. 2021;7:618946, <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2020.618946>.
- Di Brizzi EV, Moscarella E, Scharf C, Argenziano G, Piccolo V. Dermoscopy of juvenile xanthogranuloma: a retrospective descriptive study on 35 pediatric patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36:e846-8, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.18316>.
- Palmer A, Bowling J. Dermoscopic appearance of juvenile xanthogranuloma. *Dermatology*. 2007;215:256-9, <http://dx.doi.org/10.1159/000106586>.
- Peruilh-Bagolini L, Silva-Astorga M, Hernandez San Martín MJ, Manoli MS, Papageorgiou C, Apalla Z, et al. Dermoscopy of juvenile xanthogranuloma. *Dermatology*. 2020;19:1-6, <http://dx.doi.org/10.1159/000510265>.

M. Valiūskytė^{a,*}, C. Gonçalves-Castro^b
y A. Miroux-Catarino^b

^a Department of Skin and Venereal Diseases, Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno Klinikos, Kaunas, Lithuania

^b Dermatology Department, Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.valiuskyte@gmail.com (M. Valiūskytė).