

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Dermatitis eczematososa del pezón/aréola con patrón de acantoma de células claras o pseudoacantoma de células claras



Eczematous Dermatitis Presenting as a Clear Cell Acanthoma–Like Lesion on the Nipple and Areola

Historia clínica

Se describen 2 mujeres de 32 y 45 años, con antecedentes de dermatitis atópica y sin otros antecedentes médicos de interés, con un cuadro clínico prácticamente idéntico. Ambas referían la aparición de una lesión pruriginosa en la mama que no relacionaban con ningún desencadenante. No estaban dando lactancia y negaban antecedentes familiares de cáncer de mama.

Exploración física

Paciente 1. La lesión tenía 1 mes de evolución. A la exploración se objetivó una placa eritemato-descamativa y de aspecto verrucoso en el pezón derecho, con una exudación mínima y sin signos de rascado (fig. 1A).

Paciente 2. Paciente de fototipo V, con una placa marroñácea y descamativa que afectaba al complejo aréola-pezón de la mama izquierda, con unos bordes mal definidos y sin palparse indurada (fig. 1B).

Ninguna de las dos pacientes presentaba masas mamarias subyacentes ni adenopatías axilares o a otros niveles.



Figura 1

Histopatología

El estudio histológico de una biopsia en sacabocados identificó una hiperplasia epidérmica psoriasiforme con la presencia de unos queratinocitos de citoplasma pálido y exocitosis eosinofílica (fig. 2).

Otras pruebas complementarias

Ambas pacientes presentaban ecografías y/o mamografías previas normales.

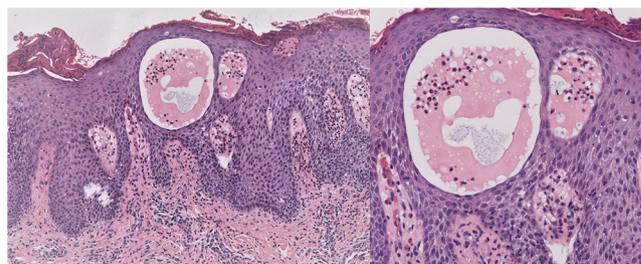


Figura 2 Tinción hematoxilina-eosina. Aumentos 10× y 20×.

¿Cuál es el diagnóstico?

Diagnóstico

Dermatitis eczematososa del pezón con patrón de acantoma de células claras o pseudoacantoma de células claras.

Evolución y tratamiento

Al tratarse de un eccema con características histológicas especiales, se trataron con corticoides tópicos de potencia media y antibiótico, presentando una resolución completa al mes de iniciar el tratamiento. Las pacientes continúan sin lesiones a ese nivel, aplicándose de mantenimiento cremas hidratantes para pieles atópicas, si bien una de ellas continúa con brotes leves de dermatitis a otros niveles.

Comentario

El acantoma de células claras (ACC) fue descrito por Degos et al. en 1962, como un tumor epidérmico benigno. Suele localizarse en los miembros inferiores durante la edad media, y se presenta como una pápula o un nódulo rojizo solitario en cuyo interior se identifica un punteado vascular en el interior (denominado en «collar de perlas» a la Dermatoscopia). Sin embargo, se han descrito localizaciones y formas clínicas atípicas, múltiples e incluso la regresión espontánea, lo que, junto a sus características histológicas, ha llevado a plantearse la posibilidad de que se trate de una hiperplasia reactiva a una inflamación crónica^{1,2}.

La histología es característica, mostrando un área bien delimitada de hiperplasia epidérmica psoriasiforme con queratinocitos de citoplasma pálido y exocitosis neutrofílica. La tinción con ácido peryódico de Schiff (PAS) confirma la presencia de glucógeno en las células pálidas³.

El ACC del complejo aréola-pezón ha sido publicado en la literatura en menos de 20 pacientes, en su mayoría mujeres jóvenes y asiáticas, aunque también puede afectar a varones.

Excepto un caso que probablemente se trataba de un verdadero ACC, se manifiestan como placas eczematosas y pruriginosas uni- o, hasta en el 50% de los casos, bilaterales⁴. Las lesiones se localizan sobre la aréola mamaria pudiendo englobar también el pezón, por lo que hay que realizar el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Paget, la adenomatosis erosiva del pezón o la hiperqueratosis del pezón y la aréola, entre otras causas de eccema persistente del pezón. En la histología es llamativo el infiltrado inflamatorio y la exocitosis a expensas de eosinófilos, a diferencia del ACC clásico.

Dada su asociación con la dermatitis atópica en el 25-43% de los casos, la presencia de eosinófilos en la histología, así como la curación con corticoides tópicos, se ha propuesto considerarla una enfermedad inflamatoria no neoplásica y denominarla dermatitis eczematososa del pezón/aréola con patrón de ACC⁵.

Creemos importante dar a conocer esta entidad a fin de evitar terapéuticas agresivas como el abordaje quirúrgico sobre estas pacientes dada la localización y su futura repercusión funcional, estética y sexual.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kuo KL, Lo CS, Lee LY, Yang CH, Kuo TT. Clear cell acanthoma (CCA)-like lesions of the nipple/areola: A clinicopathological study of 12 cases supporting a nonneoplastic eczematous disease. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80:749-55, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.032>.
2. Hidalgo-García Y, Gonzálvo P, Mallo-García S, Fernández-Sánchez C. Clear Cell Acanthoma of the Areola and Nipple. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:793-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.04.008>.
3. Veiga RR, Barros RS, Santos JE, Abreu Junior JM, Bittencourt Mde J, Miranda MF. Clear cell acanthoma of the areola and nipple: clinical, histopathological, and immunohistochemical features of two Brazilian cases. *An Bras Dermatol.* 2013;88:84-9, <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962013000100010>.
4. González-Guerra E, Rodríguez JR, Casado AF, Taboada AC, Toro JAC, Bran EL. Bilateral clear cell acanthoma of the areola and nipple: good response to topical corticosteroids. *An Bras Dermatol.* 2017;92 5 Suppl 1:27-9, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175683>.
5. Borda LJ, Mervis JS, Romanelli P, Lev-Tov H. Clear Cell Acanthoma on the Areola. *Dermatol Online J.* 2018;24, 13030/qt9q47d056.

M. Ballesteros Redondo^{a,*}, L. Fernández Domper^a y C. Monteagudo Castro^b

^a *Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelballesteros94@gmail.com (M. Ballesteros Redondo).