

Sarcoidosis subcutánea, lesiones nodulares que adoptan configuraciones cordonaes o en bandas

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo *Sarcoidosis subcutánea como primera manifestación de enfermedad sistémica*¹ publicado recientemente en su revista.

Un varón de 65 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés que consultó por múltiples nódulos asintomáticos, de 8 meses de evolución. El inicio del cuadro coincidió con una caída accidental (fig. 1). En la exploración física presentaba 6 nódulos, localizados en el tercio distal de la cara de extensión de ambos brazos y zona suprarrotuliana izquierda, cuyo tamaño oscilaba entre 1 y 4 cm. Las lesiones estaban bien delimitadas, de consistencia pétrea y coloración de la piel normal, fácilmente desplazable sobre planos profundos. De forma llamativa adoptaban una morfología alargada.

Se realizó una biopsia profunda cuyo estudio histopatológico mostró epidermis y dermis papilar normales. En la dermis profunda y grasa subcutánea se apreciaban granulomas constituidos por células gigantes multinucleadas e histiocitos; algunas células gigantes contenían una vacuola con un cuerpo asteroide en su interior. En la zona subcutánea, estos granulomas afectaban principalmente a los lobulillos grasos, alguno de los cuales estaba completamente sustituido por dichas formaciones (fig. 2). Las tinciones con ácido peryódico de Schiff (PAS) y de Ziehl-Neelsen fueron negativas. El examen con luz polarizada descartó la presencia de cuerpos extraños. El cultivo en medio Löwenstein-Jensen fue negativo.

Las pruebas de laboratorio mostraron una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 32 mm (normal, 0-25 mm). El hemograma, bioquímica sérica inclu-

yendo concentraciones de calcio, fosfatasa alcalina, α_1 -antitripsina y enzima convertora de la angiotensina, proteinograma, serología de virus de la hepatitis B y C, proteína C reactiva (PCR), anticuerpos anti-nucleares, factor reumatoide y prueba de Mantoux resultaron normales o negativos.

En la radiografía tórax se apreciaba la existencia de linfadenopatías hiliares bilaterales sin alteración del parénquima pulmonar. La tomografía computarizada (TC) confirmó la presencia de linfadenopatías en el compartimento prevascular paratraqueal, espacio retrocavo pretraqueal y adenopatías en hilios. Se realizó, además, un examen oftalmológico, y un estudio radiológico de manos y pies en los cuales no se apreciaron alteraciones significativas.

Debido a la escasa repercusión sistémica, se adoptó una actitud expectante. Desaparecieron las lesiones espontáneamente y se normalizaron las imágenes radiológicas a los 6 meses, sin lesiones residuales. Tras 3 años de seguimiento no ha habido recidivas.

Queremos destacar de nuestro caso un hallazgo que pensamos muy sugerente de sarcoidosis subcutánea. Se trata de que las lesiones de paniculitis adoptaban configuración alargada. Este hallazgo ya ha sido descrito en otros casos de sarcoidosis subcutánea²⁻⁵, pero no tenemos conocimiento de esta disposición lineal de los nódulos subcutáneos en otras paniculitis. En los casos de nódulos reumatoideos lineales⁶ o en los casos de dermatitis granulomatosa intersticial con artritis⁷, la clínica muestra cordones de gran longitud y estrechos muy distintos a los nódulos alargados de la sarcoidosis subcutánea. Tampoco la morfea lineal⁸ debería ofrecer duda diagnóstica, pues suele presen-



Fig. 1.—Las lesiones nodulares adoptaban configuración alargada tras biopsia cutánea.



Fig. 2.—Dermis reticular profunda y grasa. Se aprecian granulomas con células multinucleadas e histiocitos.

tar una coloración violácea al inicio y blanqueamiento con posterioridad acompañada de una esclerosis que afecta también las capas altas de la dermis. De nuevo, la longitud suele ser mayor que en los casos de sarcoidosis subcutánea. No obstante, en caso de duda el estudio histopatológico confirmará el diagnóstico. En nuestro paciente el traumatismo físico pudo actuar como factor desencadenante.

**Juan A. Pérez-Cejudo^a, Enric Piqué^a,
Santiago L. Palacios^b y M. Martínez-Martín^b**

^aSección de Dermatológica.
Hospital General de Lanzarote. España.

^bServicio de Anatomía Patológica.
Hospital General de Lanzarote. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calzado L, Galera C, Arrue I, et al. Sarcoidosis subcutánea como primera manifestación de enfermedad sistémica. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2005;96:379-81.
2. Yamada S, Yagi A, Schiraishis S, Miki Y. A case of extensive Subcutaneous Sarcoidosis. *Dermatol*. 1986;13:217-1.
3. Gata I, Rodríguez Pichardo A, Marco Domínguez AM, Muniain MA, Camacho F. Sarcoidosis Subcutánea. *Actas Dermosifiliogr*. 1995;86:43-6.
4. Kuramoto Y, Shindo Y, Tagami H. Subcutaneous Sarcoidosis with extensive caseation necrosis J. *Cutan Pathol*. 1988;15: 188-90.
5. Sanz Sánchez T, Aragües M, Herrera J, Fraga J, García Díez A. Sarcoidosis subcutánea. *Actas Dermosifiliogr*. 2000;91: 321-6.
6. Betlloch I, Moragon M, Jorda E, Jiménez A, Ramón D, Verdeguer JM. Linear rheumatoid nodule: *Int J Dermatol*. 1988;27:645-6.
7. Gottlieb CJ, Duve RS, Ackermann AB. Interstitial granulomatous dermatitis with cutaneous cords and arthritis: Linear subcutaneous bands in rheumatoid arthritis revisited. *Dermopathology: Practical and conceptual*. 1995;1:3-6.
8. Goodfield MJD, Jones SK, Veale DJ. The connective tissue disease. En: Burns T, Breathnach S, Con N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology* Malden. 7^a ed. Blackwell Publishing; 2004. chapter 56.