

Figura 2 Imagen de la tomografía axial computarizada. Presencia de áreas de hipercaptación compatibles con cáncer gástrico con metástasis hepáticas (flechas rojas).

Tabla 1 Factores predictivos de malignidad en la dermatomiositis y la polimiositis

Historia personal de un proceso neoplásico previo
Inicio brusco de síntomas cutáneos/musculares
Necrosis cutánea*
Presencia de síntomas constitucionales
Parámetros analíticos:
Niveles de CPK elevados (> 1.000 UI/l)
Niveles bajos de C4 (< 40 mg/dl)
Título de autoanticuerpos p155/140 elevados

*Incluye la necrosis epidérmica, la necrosis digital (área periungueal, pulpejos) y la necrosis mucosa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

doi:10.1016/j.ad.2009.11.019

Hallazgos en dermatoscopia del reticulohistiocitoma cutáneo solitario

Dermoscopic Findings in Solitary Reticulohistiocytosis

Sr. Director:

La reticulohistiocitosis solitaria cutánea, entidad inicialmente descrita por Zak en 1950¹, es una variante reticulohistiocitosis multicéntrica limitada a la piel. Se trata de una entidad infrecuente caracterizada por el crecimiento rápido de una lesión única, de color parduzco-amarillento o rojizo, habitualmente asintomática. Suele presentarse en el

Bibliografía

- Fardet L, Dupuy A, Gain M, Kettaneh A, Chérin P, Bachelez H, et al. Factors associated with underlying malignancy in retrospective cohort of 121 patients with dermatomyositis. *Medicine*. 2009;88:91–7.
- Sparsa A, Liozon E, Herrmann F, Ly K, Lebrun V, Soria P, et al. Routine vs extensive malignancy search for adult dermatomyositis and polymyositis: a study of 40 patients. *Arch Dermatol*. 2002;138:885–90.
- Callen JP. When and how should the patient with dermatomyositis or amyopathic dermatomyositis be assessed for possible cancer? *Arch Dermatol*. 2002;138:969–71.
- Mahé E, Descamps V, Burnouf M, Crickx B. A helpful clinical sign predictive of cancer in adult dermatomyositis: cutaneous necrosis. *Arch Dermatol*. 2003;139:539.
- Chen YJ, Wu CY, Shen JL. Predicting factors of malignancy in dermatomyositis and polymyositis: a case-control study. *Br J Dermatol*. 2001;144:825–31.
- Bielsa I. Nuevos anticuerpos en la dermatomiositis. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:182–9.
- Chinoy H, Fertig N, Oddis CV, Ollier WE, Cooper RG. The diagnostic utility of myositis autoantibody testing for predicting the risk of cancer-associated myositis. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:1345–1349.

A. Martorell-Calatayud*, C. Serra Guillén,
C. Ciudad-Blanco y O. Sanmartín

Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antmarto@hotmail.com
(A. Martorell-Calatayud).

tronco y las extremidades, siendo raro en la región facial². Histológicamente se caracteriza por un infiltrado dérmico de histiocitos con un citoplasma eosinofílico con aspecto de vidrio esmerilado y con nucléolos patentes². Se observa también un infiltrado inflamatorio compuesto sobre todo por linfocitos. Puede observarse hiperqueratosis y, ocasionalmente, paraqueratosis. Inmunohistoquímicamente muestra positividad con lisozima, CD68 y CD163 y no se tiñe con CD3, CD20, CD30, HMB45 ni con queratinas. No se asocia a otras enfermedades y su recurrencia tras la extirpación quirúrgica es excepcional.

Presentamos el caso de un varón de 51 años, sin antecedentes personales de interés salvo hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina. Refería la aparición brusca hacia dos o tres meses de una lesión papulosa

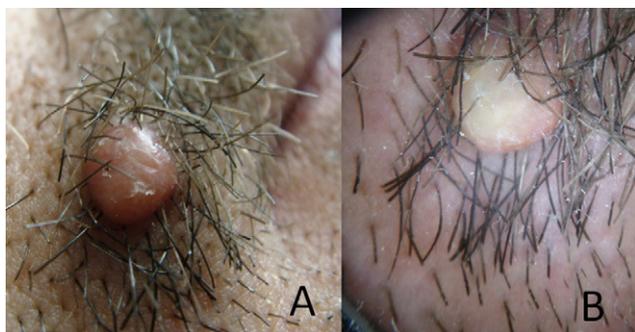


Figura 1 Lesión tuberosa rosada, bien delimitada, con superficie lisa, con escaso componente epidérmico y sin anejos (A). Signo del sol poniente; imagen dermatoscópica que permite observar una zona amarillenta central homogénea. La tonalidad de la periferia es más rosada, pero sin presencia de capilares dilatados ni retículo pigmentario (B).

asintomática en el surco nasogeniano derecho, que había disminuido de tamaño ligeramente en la última semana. No presentaba otra sintomatología sistémica. En la exploración física se observaba una lesión tuberosa de 0,7 cm de diámetro, bien delimitada, de superficie lisa rosada y consistencia elástica (fig. 1A). Dermatoscopicamente presentaba una zona central homogéneamente amarillenta mal delimitada, sin presencia de capilares dilatados en la periferia, donde mostraba una tonalidad rosa-anaranjada (fig. 1B). No se palpaban adenopatías, masas ni megalias. Ante la sospecha de xantogranuloma juvenil la lesión se extirpó completamente. Histológicamente se observaba una proliferación de células histiocitarias en la dermis papilar. Dichas células tenían citoplasmas eosinófilos amplios, núcleos grandes y, en la mayoría de los casos, nucléolo patente. Entre ellas se reconocía un marcado componente inflamatorio constituido predominantemente por eosinófilos y neutrófilos. Inmunohistoquímicamente se observó positividad para CD68 y negatividad para MPO, S100, CD30, CD1a, CD21. Analíticamente se encontraron únicamente glucemias y triglicéridos elevados (124 mg/dl y 292 mg/dl, respectivamente). El resto de la bioquímica (perfil hepático, renal, lípidico y tiroideo), las inmunoglobulinas, el proteinograma y el sistemático de orina eran normales. Las crioglobulinas y crioaglutininas fueron negativas. Las radiografías de la columna dorsal, lumbar y sacra, así como las de las manos y los codos no mostraron hallazgos significativos. Con estos datos el paciente fue diagnosticado de reticulohistiocitoma cutáneo solitario. No han aparecido nuevas lesiones durante el seguimiento y el paciente se mantiene asintomático.

La dermatoscopia es una técnica no invasiva que permite una mejor visión de la epidermis, la unión dermoepidérmica y la dermis superficial. Es especialmente útil en el estudio de las lesiones pigmentarias, aunque últimamente se están estudiando aplicaciones en otras dermatosis como infecciones víricas (moluscos contagiosos), parasitosis (escabiosis) o patología inflamatoria (liquen plano o psoriasis)³.

Los xantogranulomas se caracterizan dermatoscópicamente por la visualización de un área central de coloración amarillo-anaranjada, con una zona periférica ligeramente más eritematosa, semejante a la observada en nuestro caso. Esto es lo que se ha denominado «signo del sol poniente» y se ha considerado un indicativo de la presencia de histiocitos xantomizados^{4,5}. Recientemente, otro artículo sobre dermatoscopia de lesiones solitarias con tonalidad amarillenta, refería que algunas características suplementarias podían facilitar el diagnóstico diferencial. Así, los dermatofibromas xantomizados presentarían una fina red de retículo pigmentario periférico y en los xantogranulomas se podrían ver vasos en coma⁶. En cuanto a la dermatoscopia del reticulohistiocitoma solitario se presentaba un caso en el que se observaban vasos en coma, como en el xantogranuloma y glóbulos marrón claro, que corresponderían a depósitos de hemosiderina, sobre un fondo de coloración amarillenta⁶. En nuestro caso no se observó ninguno de estos hallazgos suplementarios.

Consideramos que la dermatoscopia puede ser útil para orientar el diagnóstico hacia histiocitosis de células no Langerhans, sobre todo en aquellas variantes en las que exista xantomización de los histiocitos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Zak F. Reticulohistiocytoma (“ganglioneuroma”) of the skin. *Br J Dermatol.* 1950;62:351–5.
2. Miettinen M, Fetsch JF. Reticulohistiocytoma (solitary epithelioid histiocytoma): a clinicopathologic and immunohistochemical study of 44 cases. *Am J Surg Pathol.* 2006;30:521–8.
3. Vázquez-López F, Kreusch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol.* 2004;150:226–31.
4. Hussain SH, Kozic H, Lee JB. The utility of dermatoscopy in the evaluation of xanthogranulomas. *Pediatr Dermatol.* 2008;25:505–6.
5. Palmer A, Bowling J. Dermoscopic appearance of juvenile xanthogranuloma. *Dermatology.* 2007;215:256–9.
6. Cavicchini S, Turlaki A, Tanzi C, Alessi E. Dermoscopy of solitary yellow lesions in adults. *Arch Dermatol.* 2008;144:1412.

M. Llamas-Velasco*, E. Gallo, R. Navarro y J. Sánchez-Pérez

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mar.llamasvelasco@gmail.com (M. Llamas-Velasco).