

* Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: mmarescudero88@gmail.com
 (M.M. Escudero-Góngora).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.12.019>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Imagen ecográfica de xantogranuloma juvenil



Ultrasound Appearance of Juvenile Xanthogranuloma

Sra. Directora:

Presentamos una paciente de 7 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultaba por una lesión asintomática en la axila derecha de 3 meses de evolución, de crecimiento progresivo, que se había mantenido estable tras un ciclo de crioterapia en su centro de salud 2 meses antes. A la exploración se observaba una pápula ovalada bien delimitada en la axila derecha, de color amarillento en el centro y más eritematoso en la periferia, sin poro de drenaje ni emisión de material al presionar la lesión (fig. 1).

Se realizó una ecografía doppler color (equipo Esaote, MyLabClass C dotado de sonda de 18 MHz) (fig. 2) que mostró una lesión bien delimitada, homogénea e hipocóica localizada en la dermis de 6,5 × 3,5 mm, que dejaba una impronta en el tejido celular subcutáneo. No se observaron refuerzo posterior ni sombra lateral. El doppler color no mostró flujo en su interior.

Procedimos a la exéresis completa de la lesión, cuyo estudio histopatológico mostró una proliferación histiocítica difusa, que ocupaba la totalidad de la dermis (fig. 3 A) y se encontraba constituida por células de núcleos ovalados isomorfos y citoplasma eosinófilo, mezcladas con células espumosas, algunas multinucleadas, entre las que se identificaban ocasionales células de tipo Touton (fig. 3 B). Se acompañaban de frecuentes linfocitos. No se evidenció epidermotropismo. El diagnóstico fue xantogranuloma.

El xantogranuloma juvenil (XGJ) es un tumor histiocítico benigno que se caracteriza por aparecer de forma más frecuente en las 2 primeras décadas de la vida. En diferentes clasificaciones se encuadra dentro de las histiocitosis de células no Langerhans, junto con otras entidades como el xantoma diseminado, la histiocitosis eruptiva generalizada, la histiocitosis cefálica benigna, la histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva (enfermedad de Rosai-Dorfman) y otras.

Es la enfermedad histiocítica más frecuente de la infancia¹, a pesar de que su incidencia puede estar infraestimada por la tendencia autorresolutiva y el carácter indolente y asintomático de las lesiones solitarias.

Clínicamente se presenta como lesiones papulonodulares amarillentas localizadas en la piel y en otros órganos, con ausencia de trastornos metabólicos. Es la forma más común de histiocitosis no X sin predilección por sexo o raza. Se distinguen 2 formas clínicas generalmente asintomáticas: la forma papular con lesiones firmes, de 2 a 5 mm,

rojizas o amarillentas en la piel y rara vez en las mucosas; y la forma nodular, menos frecuente, que aparece como una lesión única o escasas lesiones, redondas de 1 a 2 cm, rojas parduzcas o amarillentas. Ambas formas pueden coexistir y presentarse en cualquiera de las localizaciones afectas por esta enfermedad: pulmón, corazón, tracto gastrointestinal, sistema nervioso central, glándulas suprarrenales, hipófisis, hueso, médula ósea, riñón y el ojo.

El diagnóstico diferencial del XGJ cuando se presenta en forma de lesión única, como en nuestra paciente, habría que realizarlo con el nevo de Spitz, con lesiones quísticas y con algunos tumores anexiales como el pilomatricoma.



Figura 1 Pápula sólida eritematoamarillenta de 7 mm en la axila derecha.

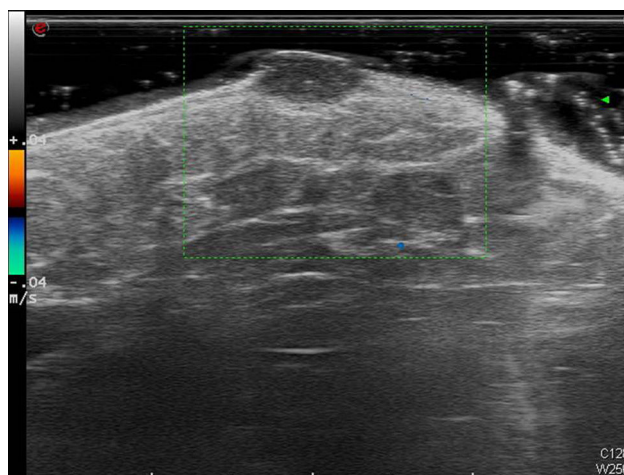


Figura 2 Imagen de ecografía doppler de alta frecuencia (18 MHz) en la que se observa una lesión bien delimitada, homogénea, hipocóica localizada en la dermis de 6,5 × 3,5 mm sin flujo en su interior.

Tabla 1 Características ecográficas de lesiones frecuentes en la infancia

	XGJ	Pilomatrixoma	Hemangioma infantil	Quiste dermoide	Dermatofibroma
Escala de grises	Homogénea, hipoeoica, dérmica	Cinco tipos descritos ² . Zonas hiperecoicas. Sombra acústica posterior	Hipoeoico constituido por un estroma más o menos homogéneo (más estroma que canales)	Lesión profunda hipoeoica con imágenes lineales hiperecoicas en su interior	Homogénea de bordes poco precisos, dérmica
Doppler color	No vascularizada	No vascularizada salvo el tipo 5 ²	Abundante vascularización	Sin vascularización	En ocasiones vascularización

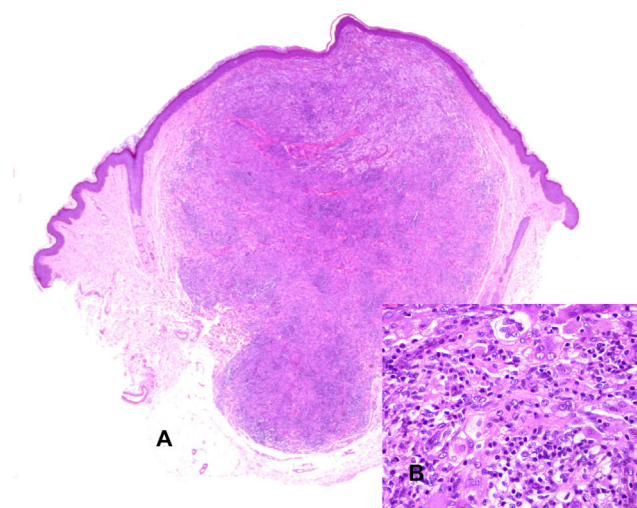


Figura 3 A. H-E $\times 20$. Se observa una proliferación histiocítica difusa, que ocupa la totalidad de la dermis. B. (H-E $\times 400$). A mayor aumento la proliferación se encuentra constituida por células de núcleos ovalados isomorfos y citoplasma eosinófilo, mezcladas con células espumosas, algunas multinucleadas, entre las que se identifican ocasionales células de tipo Touton.

El diagnóstico definitivo del XGJ se realiza con el estudio histopatológico, que muestra, en el caso de las lesiones tempranas, un infiltrado monomorfo de histiocitos que no contienen lípidos y que puede ocupar toda la dermis o al menos su mitad superior. Las lesiones maduras contienen células espumosas y células gigantes tipo Touton que se localizan sobre todo en la dermis superficial y en el borde del infiltrado y pueden presentar fibrosis. En ocasiones se observan también linfocitos, neutrófilos y eosinófilos. Los histiocitos del infiltrado suelen mostrar expresión inmunohistoquímica de CD68, CD163, factor XIIIa y CD4 y negatividad para proteína S-100^{3,4}, lo que contribuye a su diferenciación con la histiocitosis de células de Langerhans y con la enfermedad de Rosai-Dorfman.

Aunque el diagnóstico definitivo del XGJ es histológico, pensamos que la ecografía puede ser una herramienta no invasiva que ayude al diagnóstico. Existe una descripción previa de la imagen ecográfica del XGJ⁵ en un adulto superponible a la de nuestra paciente, donde describe una lesión

localizada en la dermis que no presenta refuerzo posterior ni sombra lateral.

El diagnóstico diferencial ecográfico del XGJ debería hacerse con otras lesiones vasculares como el hemangioma infantil, en las que se suele observar más vascularización en el doppler y más alteración epidérmica producida por la lesión subyacente⁵.

La imagen ecográfica del XGJ se diferencia del quiste epidérmico y de otros quistes porque estas lesiones suelen ser lesiones anecoicas o hipoeoicas con bandas anecoicas⁶. Los tumores que derivan de la matriz del pelo, como los pilomatrixomas, se presentan ecográficamente como lesiones hipoeoicas con diferentes grados de ecogenicidad en su interior que producen sombra acústica posterior⁷.

Solivetti et al. describieron 5 imágenes ecográficas de los pilomatrixomas que van desde una lesión completamente calcificada, en donde solo se observa la sombra acústica posterior (tipo 1) hasta otra con apariencia pseudoneoplásica, hipoeoica, con aumento de la vascularización con el doppler (tipo 5)². Los carcinomas basocelulares difieren del XGJ por ser lesiones hipoeoicas que presentan puntos hiperecoicos en su interior^{8,9}. En la [tabla 1](#) se recogen las características ecográficas de otros tumores y lesiones frecuentes en la infancia¹⁰.

Presentamos una paciente con un XGJ extirpado quirúrgicamente y realizamos la correlación clínica, histopatológica y ecográfica en 3 imágenes de la lesión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 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.
- Solivetti FM, Elia F, Drusco A, Panetta C, Amantea A, Di Carlo A. Epithelioma of Malherbe: New ultrasound patterns. *J Exp Clin Cancer Res.* 2010;29:42.
- Kraus MD, Haley JC, Ruiz R, Essary L, Moran CA, Fletcher CD. "Juvenile" xanthogranuloma: An immunophenotypic study with a reappraisal of histogenesis. *Am J Dermatopathol.* 2001;23:104-11.

4. 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.
 5. Niklitschek S, Niklitschek I, González S, Wortsman X. Color doppler sonography of cutaneous juvenile xanthogranuloma with clinical and histologic correlations. *J Ultrasound Med.* 2016;35:212–5.
 6. Huang CC, Ko SF, Huang HY, Ng SH, Lee TY, Lee YW, et al. Epidermal cysts in the superficial soft tissue: Sonographic features with an emphasis on the pseudotestis pattern. *J Ultrasound Med.* 2011;30:11–7.
 7. Choo HJ, Lee SJ, Lee YH, Lee JH, Oh M, Kim MH, et al. Pilomatricomas: The diagnostic value of ultrasound. *Skeletal Radiol.* 2010;39:243–50.
 8. Wortsman X. Sonography of facial cutaneous basal cell carcinoma: A first-line imaging technique. *J Ultrasound Med.* 2013;32:567–72.
 9. Wortsman X, Vergara P, Castro A, Saavedra D, Bobadilla F, Sazunic I, et al. Ultrasound as predictor of histologic subtypes linked to recurrence in basal cell carcinoma of the skin. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:702–7.
 10. Echeverría-García B, Hernández-Nun˜ez A, Borbujo J. Eco-grafía cutánea en el paciente pediátrico. *Actual Med.* 2014;99 Supl:52–68.
- C. Martínez-Morán^{a,*}, B. Echeverría-García^a, J.C. Tardío^b y J. Borbujo^a
- ^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España
^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: cmmoran@salud.madrid.org
 (C. Martínez-Morán).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.11.021>
 0001-7310/
 © 2017 AEDV.
 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tratamiento con ivermectina oral en un paciente inmunocompetente con rosácea pápulo-pustulosa



Oral Ivermectin to Treat Papulopustular Rosacea in a immunocompetent patient

Sra. Directora:

La rosácea pápulo-pustulosa es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por lesiones eritematosas, papulosas y pápulo-pustulosas de localización facial con variable afectación ocular. Diversos tratamientos antimicrobianos como la eritromicina, el metronidazol, la permectrina y las tetraciclinas orales han demostrado eficacia, así como los inmunomoduladores tópicos y, en los casos severos, la isotretinoína oral¹. Sin embargo, a

pesar del variado armamentario terapéutico disponible, el tratamiento de la rosácea puede ser difícil en algunos pacientes.

Un varón de 44 años sin antecedentes patológicos de interés con historia de rosácea facial desde los 30 años de edad. En el transcurso de su enfermedad había recibido tratamiento con retinoides e inmunomoduladores tópicos, cloxacilina oral y repetidos ciclos de doxiciclina, que solo le mejoraban parcial y/o transitoriamente. En la exploración física se apreciaba eritema difuso y un moderado número de lesiones pápuloeritematosas en ambas mejillas y dorso nasal (fig. 1A). Tras el adecuado consentimiento informado se recomendó tratamiento con ivermectina oral a dosis de 250 µg/kg en una única toma y se le instruyó específicamente para que no se aplicara ningún otro tratamiento tópico. El paciente experimentó una importante mejoría al cabo de 2 semanas, y su enfermedad se mantiene en remisión completa hasta la actualidad, 6 meses después del tratamiento (fig. 1B).

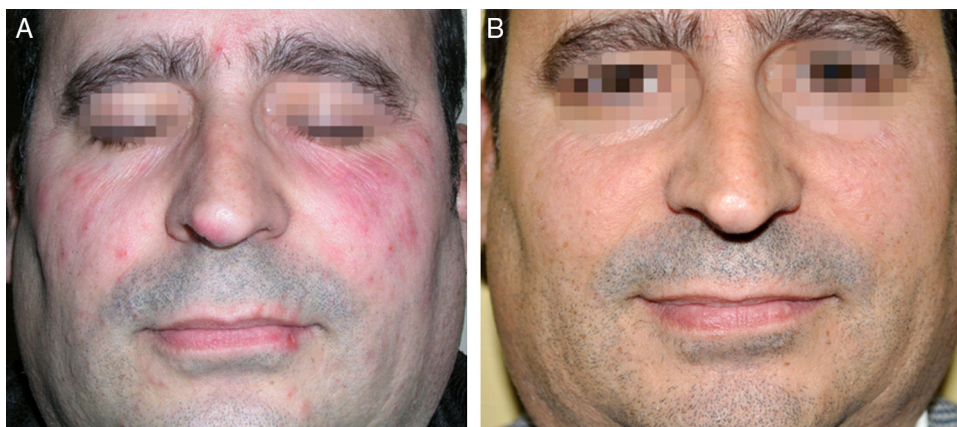


Figura 1 Aspecto clínico de las lesiones del paciente antes del tratamiento con una dosis única de ivermectina oral (250 µg/kg) (A) y 6 meses más tarde (B).