

¿Cuál es su Diagnóstico?

Múltiples nódulos cutáneos en cuello, dorso y miembros

Multiple cutaneous nodules in neck, back and members

Carolina Buitrago¹, Rosina Smit¹, Pablo Lespi¹

Caso clínico

Mujer de 22 años, que consultó por múltiples nódulos cutáneos de 2 años de evolución. Los nódulos medían entre 0,5 y 2 cm de diámetro, eran amarillentos e indoloros. Predominaban en cuello y dorso, y mostraban cierta simetría sobre todo en las lesiones de los miembros (**Foto 1**). No presentaba antecedentes familiares de relevancia.

El examen histológico reveló hiperqueratosis y aplanamiento epidérmico focal. En la dermis había bandas anchas de colágeno sin un patrón específico (Foto 2). Con la técnica de orceína se demostró la ausencia de fibras elásticas. La inmunomarcación resultó focalmente positiva para CD34 y CD99, y subepitelial para vimentina. Tres meses después de la cirugía, las lesiones permanecen sin cambios.

Dermatol Argent 2008;14(4):316-318.



Foto 1. Anchas bandas de colágeno en la dermis (H-E x4).

Fecha de recepción: 7/2/08 | **Fecha de aprobación:** 21/4/08

1. Hospital "Dr. J. Penna". Bahía Blanca, Pcia. de Buenos Aires, Rep. Argentina.

Correspondencia

Carolina Buitrago: Hospital "Dr. J. Penna". Bahía Blanca - Rep. Argentina. E-mail: caroabuitrago@hotmail.com

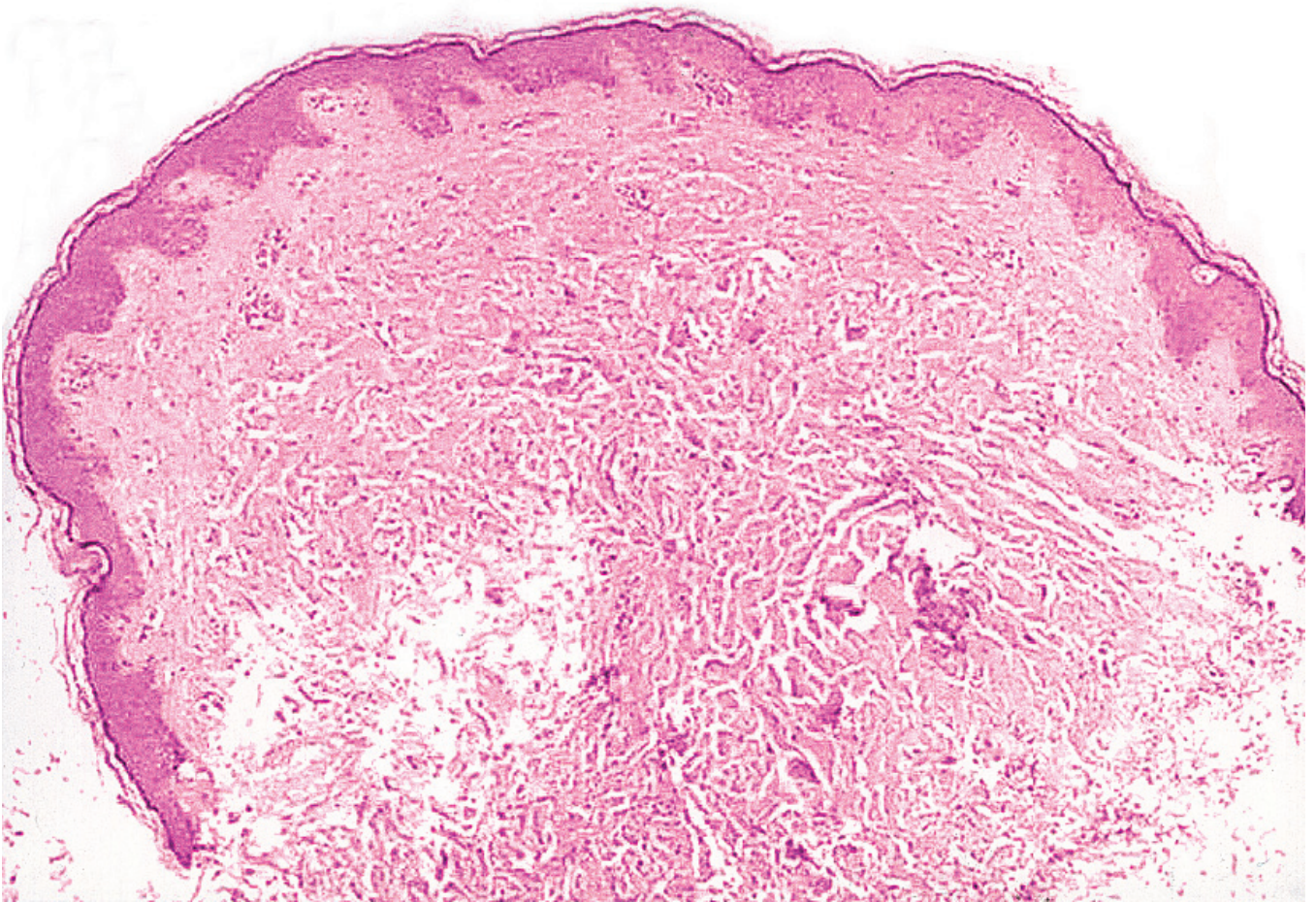


Foto 2. Lesiones nodulares en cuello.



Combinación de bexaroteno y fototerapia ultravioleta B de banda angosta en el tratamiento de la micosis fungoide

La terapéutica combinada para la micosis fungoide (MF) tiene el potencial de ser sinérgica, mejorar la eficacia terapéutica y reducir toxicidad. Presentan un paciente con MF que mejoró con la terapéutica combinada de bexarotene y UVB-BA.

*Lokitz ML, et al.
Photodermatol Photoimmunol Photomed 2007;23:255-257.*

U



Gemelos con melanoma cutáneo primario que se presenta al mismo tiempo y en la misma localización

Los autores publican este extraordinario fenómeno en sus pacientes de 71 años de edad, mellizos mujeres, presentando melanoma al mismo tiempo (con una diferencia de 10 días) y localización (la pantorrilla derecha).

*Rao BK, et al.
Am J Dermatopathol 2008;30:182-184.*

U

Diagnóstico: colagenoma eruptivo

Comentario

El nevo del tejido conectivo es un hamartoma de la piel con diversas presentaciones morfológicas.^{1,2} Uitto clasifica a estas lesiones teniendo en cuenta si el elemento que predomina es colágeno, fibras elásticas o proteoglicanos.³

El colagenoma eruptivo (CE) es un tipo de nevo del tejido conectivo de tipo colágeno, también referido como tipo Lipschutz,³ del cual solo han sido informados casos aislados en la literatura.^{2,4} Es una patología infrecuente y benigna que ocurre en adultos jóvenes.^{4,5} Clínicamente se manifiesta con múltiples pápulas, nódulos o placas.^{2,3,5-7} Las lesiones son asintomáticas y están distribuidas en forma simétrica en tronco, espalda y tercio superior de los brazos.³⁻⁷ La etiopatogenia es desconocida, pero se especula que podría deberse a una producción excesiva de colágeno a nivel molecular.⁷ El examen histológico revela una proliferación de densas bandas de colágeno a nivel de la dermis, que puede extenderse hacia el tejido celular subcutáneo.^{1,3,7,8} Hay, en general, disminución del número de fibras elásticas,⁵ y pueden verse depósitos focales de mucina.⁷ La inmunomarcación, en la mayoría de los casos, es positiva para vimentina. En la variante solitaria y paciniana del nevo del tejido conectivo, suele haber positividad para vimentina. En ocasiones, el CD34, el CD99 y el factor VIIIa son positivos.^{9,10}

Los principales diagnósticos diferenciales incluyen el colagenoma cutáneo familiar, el síndrome de Buschke-Ollendorff y el fibroma esclerótico. El colagenoma cutáneo familiar presenta una historia familiar de nevos del tejido conectivo. El síndrome de Buschke-Ollendorff se manifiesta con lesiones en huesos planos y largos.^{2,3} El fibroma esclerótico aparece como una lesión solitaria o múltiple, bien delimitada, que

puede estar asociada al síndrome de Cowden y en el estudio histopatológico se caracteriza por el crecimiento de haces de colágeno en un patrón verticilado.¹¹ Nuestra paciente no refirió historia familiar de nevos del tejido conectivo ni mostró lesiones sistémicas o síndromes clínicos asociados.

El CE, al igual que los demás nevos del tejido conectivo, no se resuelve en forma espontánea.⁷ La escisión quirúrgica, en general por razones cosméticas, es el único tratamiento indicado.⁶

Referencias

1. DePadova-Elder S, Mols-Kowalczewski BL, Lambert WC. Multiple connective tissue nevi. *Cutis* 1988;42:222-224.
2. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. *Lever: Histopatología de la piel*. Buenos Aires; Inter-Médica; 1999. pp. 129-130.
3. Mukhi Sanjay V, Kumar P, Yuvarajkumar D, Raghuvver CV. Eruptive collagenoma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002;68:98-99.
4. Fernández Carol Z, Martis J, Bhat MR, Shetty JN. Connective tissue naevus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002;68:102.
5. Verret JL, Leclech C, Trotte N, Hadet M, Francois H. Eruptive collagenoma. A propos of a case with ultrastructural study. *Ann Dermatol Venereol* 1989;116:103-108.
6. Steven BS, Boris Z, Strachan DD. Connective tissue nevus. *J Am Acad Dermatol* 2007;56: 877-880.
7. Goytia Talamantes S, Ramos Alcázar CC. Nevos del tejido conectivo. Revisión del tema. *Revista del Centro Dermatológico Pascua* 2002; 11:113-115.
8. Amaya M, Okubo Y, Koga M. A case of eruptive collagenoma localized on the neck and shoulders. *J Dermatol* 2002;29:79-85.
9. Pillay P, Essa AS, Chetty R. Pacinian collagenoma. *British Journal of Dermatology* 1999;141:119-122.
10. Mahmood MN, Salama ME, Chaffins M, Ormsby AH, et al. Solitary sclerotic fibroma of skin: a possible link with pleomorphic fibroma with immunophenotypic expression for O13 (CD99) and CD34. *J Cutan Pathol* 2003;30:631-636.
11. Meurehg C, Magaña M, Magaña-Lozano M. Fibroma Esclerótico. *Actas de Dermatología & Dermopatología* 2001;1:69-71.



Estudio multicéntrico, prospectivo, de la doxorubicina liposomada pegilada en el tratamiento de pacientes con micosis fungoide o síndrome de Sézary avanzados o refractarios

Se suministró doxorubicina endovenosa, una vez cada 4 semanas en dosis de 40 mg/m², a 25 pacientes con (1) estadio II - IV del CTCL previamente refractario a por lo menos dos líneas de tratamiento, o (2) CTCL epidermotrópico transformado que requería quimioterapia. Al final del tratamiento los autores observaron una respuesta objetiva en 56% de los pacientes..

Quereux G, et al.

Arch Dermatol 2008; 144: 727-733.

LJ