

Pápulas no foliculares asintomáticas de distribución simétrica

Asymptomatic non-follicular papules symmetrically distributed

Matías Bertiche,¹ Andrea Mirmulstein,² Mariano Marini³ y Horacio Solarz⁴

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 35 años, sin antecedentes familiares ni personales de relevancia.

Consultó por una dermatosis de 20 años de evolución caracterizada por múltiples pápulas no foliculares de 3 a 4 mm de diámetro, blanquecinas, no confluentes, de distribución simétrica, localizadas en dorso de tronco, región lateral y posterior de cuello y tercio superior de ambos miembros superiores. Las mismas son de aparición espontánea (fotos 1 y 2).

A la palpación son lesiones indoloras, firmes y no compresibles.

El examen de rutina se encontró dentro de parámetros normales y las radiografías de pelvis y huesos largos de miembros inferiores no presentaron alteraciones patológicas.

Se realizó biopsia incisional y se solicitó estudio histopatológico, que informó epidermis preservada, dermis papilar y media con áreas de desorganización de las fibras colágenas y disminución marcada de las fibras elásticas. Estructura pilosebácea sin alteraciones. No se observaron depósitos de mucina (fotos 3 y 4) (*Dermatol. Argent.*, 2014, 20 (4): 275-278).

Fecha de recepción: 07/04/2014 | **Fecha de aprobación:** 19/05/2014

¹ Médico de planta del Servicio de Dermatología

² Médica de la carrera de Médico Especialista en Dermatología (UBA)

³ Coordinador del Servicio de Dermatología

⁴ Jefe del Servicio de Anatomía Patológica

Sanatorio Güemes, Av. Córdoba 3933, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Matías Bertiche. matiasbertiche@gmail.com



FOTO 1. Pápulas no foliculares, blanquecinas, no confluentes de 3 mm de diámetro localizadas en el cuello.



FOTO 2. Pápulas no foliculares de 3 a 4 mm de diámetro, blanquecinas, no confluentes, localizadas en dorso de tronco.

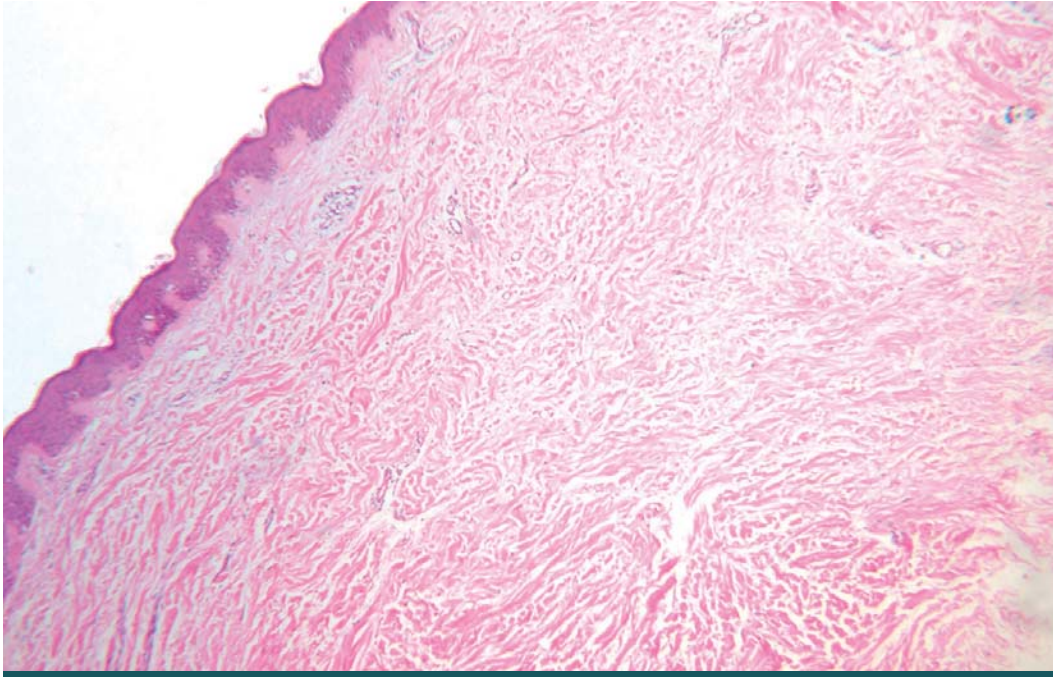


FOTO 3. Epidermis preservada, dermis papilar y media con área de desorganización de las fibras colágenas (H y E 10x).

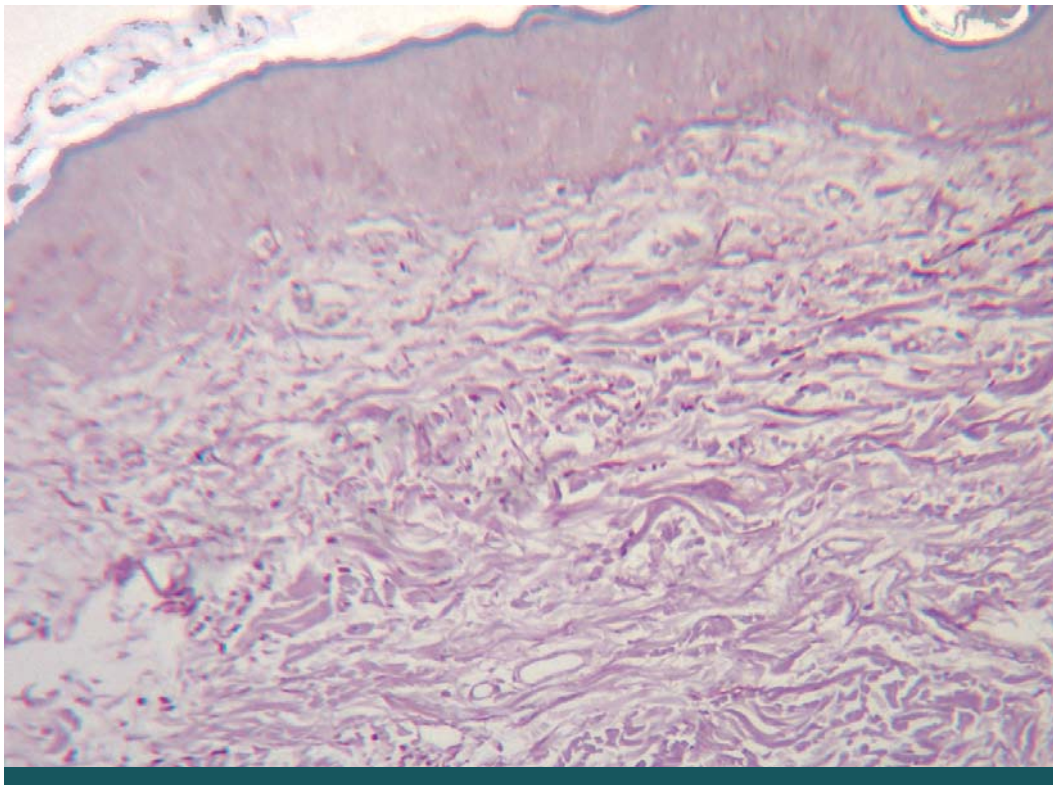


FOTO 4. Epidermis preservada, dermis papilar y media con área de desorganización de las fibras colágenas y disminución marcada de las fibras elásticas (orceína) (25x).

Diagnóstico

Elastorrexis papular.

Comentarios

La elastorrexis papular fue descrita por Bordas *et ál.* en 1987 y considerada una variante de nevo anelástico.^{1-2,5}

Se trata de una patología de etiología incierta caracterizada clínicamente por la presencia de múltiples pápulas no foliculares blanquecinas o normopigmentadas, asintomáticas, de distribución simétrica en tronco y miembros superiores.²

Es frecuente su aparición en la segunda década de la vida, con leve predominio en el sexo femenino. Se presenta en pacientes sin antecedentes de traumatismo o inflamación local.³

Es controvertido si la elastorrexis papular es una entidad individual o una variante abortiva del síndrome de Buschke-Ollendorff (dermatofibrosis lenticularis disseminata), trastorno autosómico dominante asociado a osteopoiquiosis y tumores del tejido conectivo, como elastomas, caracterizados histológicamente por un aumento de las fibras elásticas.²⁻⁶

El diagnóstico se confirma mediante biopsia y estudio histopatológico, que demuestra epidermis normal, engrosamiento y homogeneización del colágeno en dermis media, disminución y fragmentación de fibras elásticas en dermis reticular, eventual infiltrado linfocitario perivascular e intersticial en dermis superior y profunda.²⁻⁴

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen nevo anelástico, cicatrices de acné, colagenoma, anetodermia, elastosis perifolicular y elastosis de la dermis media.^{2-3,6}

Ningún tratamiento ha sido establecido; sin embargo, existen comunicaciones aisladas que demuestran que la inyección intralesional de acetona de triamcinolona da como resultado la mejoría del cuadro.³

Bibliografía

1. Bordas X., Fernández C., Ribera M., Galofré E. Papular elastorrexis: a variety of nevus anelasticus?, *Arch. Dermatol.*, 1987, 123: 433-434.
2. Buechner S.A., Itin P. Papular elastorrexis, *Dermatology*, 2002, 205: 198-200.
3. Flores P., Cuevas J., Sánchez C., Eusevio E. *et ál.* Papular elastorrexis: an acquired disorder of elastic tissue, *Eur. J. Dermatol.*, 2010, 20: 425-426.
4. Cañueto J., Roman C., Santos Briz A., Ciria S. *et ál.* Papular elastorrexis and Buschke Ollendorff Syndrome are different entities, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2011, 65: 7-9.
5. Yunseok Ch., Sang Y., Joon H., Hyok B. *et ál.* Papular elastorrexis: a case and differential diagnosis, *Ann. Dermatol.*, 2011, 23: s53-s56.
6. Woodrow S., Pope F., Handfield-Jones S. The Buschke-Ollendorff syndrome presenting as familiar elastic tissue naevi, *Br. J. Dermatol.*, 2001, 144: 890-893.
7. Almazán-Fernández F.M., Clemente Ruiz de Almirón A., Sanz Trelles A., Ruiz Carrascosa J.C. *et ál.* Elastorrexis papulosa. Presentación de un caso y claves para el diagnóstico diferencial, *Actas Dermosifilogr.*, 2011, 102: 549-550.



PERLAS DERMATOLÓGICAS

VITAMINA D Y LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO

Cutillas Marco E. *et ál.* Vitamin D and cutaneous lupus erythematosus; effect of vitamina D replacement on disease severity, *Lupus*, 2014, 23: 615-623.

Receptores de vitamina D se encuentran en la mayoría de las células del sistema inmune, lo que sugiere que actúan como reguladores de la respuesta inmune. En 60 pacientes con lupus eritematoso cutáneo se determinaron los niveles de 1,25 dihidroxivitamina D, que resultaron descendidos en comparación con 117 controles. Esto podría deberse en parte a la falta de exposición solar de estos pacientes. El tratamiento con vitamina D se asoció con mejoría de la severidad de la enfermedad.

Alberto Woscoff