

Metaplasia lipomatosa y psoriasis severa

Lipomatous Metaplasia and Severe Psoriasis

Vicenta A. M. Neglia,¹ Cecilia L Lamas,² Nora B. Poggio,³ Maria C. Kien⁴ y Graciela Pellerano⁵

RESUMEN

Presentamos a una mujer de 75 años, con antecedente de psoriasis a grandes placas, de 40 años de evolución. Luego de múltiples tratamientos tópicos y sistémicos que mejoraron su dermatosis, se observaron placas amarillo-anaranjadas infiltradas, de localización paravertebral. El estudio histopatológico informó la presencia de adipocitos maduros en banda en dermis reticular. Se realizó el diagnóstico de metaplasia lipomatosa.

En la piel, la metaplasia lipomatosa es sumamente infrecuente. Se postula que la metaplasia puede ocurrir como consecuencia de la inflamación crónica y severa de la piel (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(3): 240-242).

Palabras clave:

metaplasia lipomatosa, psoriasis.

ABSTRACT

We report the case of a 75 year-old woman who had been suffering from severe large-plaque psoriasis during forty years. After multiple topical and systemic treatments her psoriasis improved and yellowish-orange, dorsal, infiltrated plaques were observed.

Histology of skin biopsies showed a band of mature adipocytes in the reticular dermis. The diagnosis of lipomatous metaplasia was considered.

Lipomatous metaplasia of the skin is very infrequent. Up to date, we have found only one report, in which the authors hypothesize that it can occur as a consequence of severe chronic inflammation of the skin (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(3): 240-242).

Keywords:

lipomatous metaplasia, psoriasis.

Fecha de recepción: 9/10/2010 | Fecha de aprobación: 29/10/2010

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 75 años con diagnóstico de psoriasis severa, de 40 años de evolución. Antecedentes de esteatosis hepática leve a moderada. Al examen físico presentaba grandes placas eritemato-escamosas generalizadas a predominio de miembros superiores, inferiores y dorso-lumbar. Recibió múltiples tratamientos: metotrexato, PUVAterapia, acitretín y efalizumab, todos con escasa respuesta. Se indicó ciclosporina 300 mg/día, y alcanzó resolución completa de las lesiones a los 6 meses de tratamiento.

¹ Médica dermatóloga

² Médica concurrente y cursista de 2º año de la carrera de Especialista en Dermatología (UBA)

³ Médica dermatóloga

⁴ Médica dermatopatóloga

⁵ Ex jefa de la Unidad de Dermatología

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Unidad Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Pi y Margall 750, CP 1155, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. dermatoargerich@gmail.com

Al resolverse las lesiones de psoriasis, se observó la presencia de placas amarillentas en dorso, por lo que se realizó una biopsia de piel. En la anatomía patológica se encontró sustitución adiposa dérmica. Como las lesiones eran asintomáticas, se decidió mantener una conducta expectante.

Luego de dos meses libre de lesiones de psoriasis, se observó nuevo brote con placas eritemato-escamosas generalizadas. Se solicitaron estudios para iniciar tratamiento biológico anti-TNF alfa y comenzó con adalimumab 40 mg cada 14 días, que mantiene hasta la actualidad.

A los dos meses del tratamiento con adalimumab, luego de la resolución de las placas de psoriasis, se observó la presencia de placas amarillento-anaranjadas infiltradas con bordes irregulares de 15 x 12 cm, localizadas a nivel paravertebral (foto 1), y 2 placas de iguales características de 12 x 4 cm en región lumbar. Se realizó biopsia de piel de las lesiones de tronco, que informó epidermis y dermis papilar sin alteraciones. Proliferación circunscripta en banda de adipocitos maduros en la porción superficial de la dermis reticular (foto 2 y 3). Diagnóstico compatible con metaplasia lipomatosa. Inmunohistoquímica: S-100+ y CD68-.

Se realizaron laboratorios de rutina con resultados dentro de parámetros normales. Serologías para HIV, HBV, HVC y PPD negativos. Radiografía de tórax y TAC de alta resolución de tórax, abdomen y pelvis, sin particularidades.

Discusión

La metaplasia lipomatosa puede presentarse en diferentes tejidos. Se describe la presencia de tejido graso aparentemente reemplazando al tejido cicatrizal del miocardio en pacientes con miocardiopatía isquémica que han sufrido un infarto.¹⁻² En el tracto gastrointestinal la metaplasia ocurre comúnmente como consecuencia de una inflamación crónica, que da como resultado úlceras gástricas y esófago de Barret, este último como factor etiológico primario del adenocarcinoma de esófago. La incidencia estimada anual de transformación maligna es del 1 al 2%, lo que representa unas 125 veces de incremento de riesgo sobre la población general.³⁻¹¹

La presencia de adipocitos maduros en los tejidos también ha sido vista sin estar relacionada con inflamación crónica, en patologías benignas y malignas glandulares como en suprarrenales y parótidas,^{4,6} así como en una variante rara de meningioma.⁷ En el caso del neurofibroma lipomatoso cutáneo aún está en discusión el rol de la metaplasia lipomatosa.⁸ En la piel la ML es sumamente infrecuente. Hasta el momento hemos encontrado descrito un solo caso en toda la literatura dermatológica, en el cual la paciente presentó inflamación crónica de la piel secundaria a psoriasis de 50 años de evolución sin tratamiento, y en dos oportunidades pustulosis aguda exantemática generalizada causada por metamizol.⁹ Presentamos el caso de una paciente con psoriasis severa de 40 años de evolución, durante los cuales tuvo largos perío-

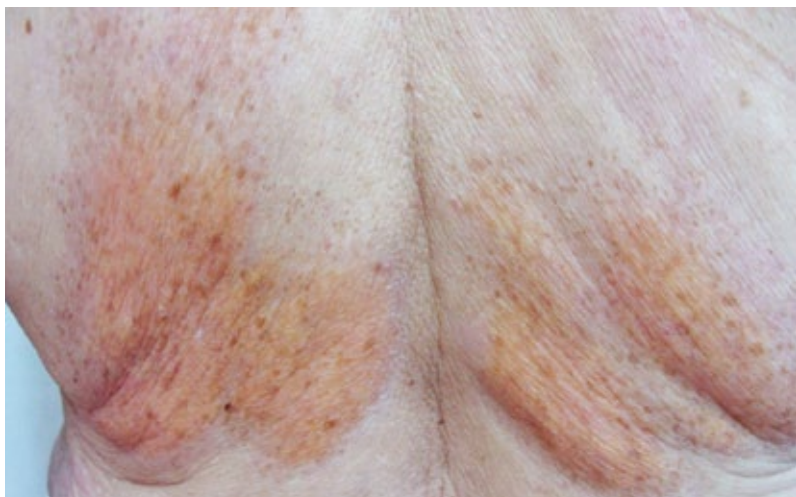


Foto 1. Placas amarillento-anaranjadas infiltradas con bordes irregulares a nivel paravertebral.

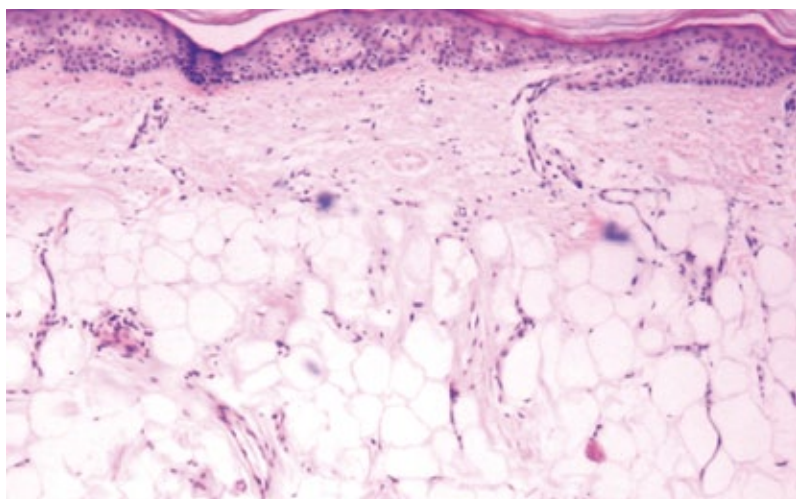


Foto 2. Proliferación circunscripta en banda de adipocitos maduros en la porción superficial de la dermis reticular.

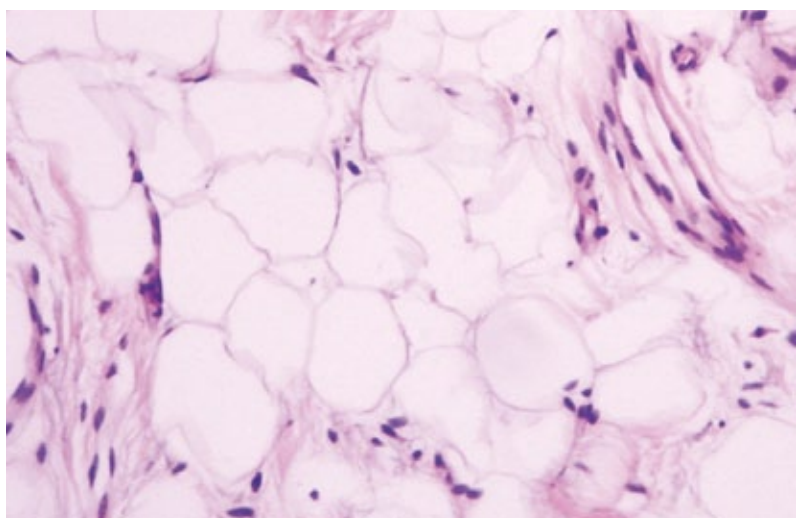


Foto 3. Proliferación circunscripta en banda de adipocitos maduros en la porción superficial de la dermis reticular.

dos con placas de psoriasis extendidas muy infiltradas, pruriginosas de difícil remisión. Recibió múltiples tratamientos sistémicos y locales.

En dos oportunidades en las que presentó remisión completa de las placas de psoriasis, pudo apreciarse la existencia de lesiones de metaplasia lipomatosa confirmadas por biopsias. Realizamos seguimiento durante 48 meses y biopsias periódicas para descartar posible transformación maligna.

Es importante recordar, además, la necesidad de realizar los estudios de inmunohistoquímica, que incluyen el marcador S-100, para confirmar la presencia de adipocitos maduros en el tejido, que en el caso de nuestra paciente fue positivo; y CD68 para excluir xantomización post-inflamatoria, el cual fue negativo.¹⁰

Sugerimos asociar la presencia de la metaplasia lipomatosa con enfermedades inflamatorias crónicas de la piel, tales como la psoriasis. Y considerar además la posibilidad de presentarse como enfermedad preneoplásica,⁶ como ocurre en el esófago de Barret, donde la incidencia estimada anual de transformación maligna es del 1 al 2%.¹¹

Recomendamos entonces el seguimiento del paciente a largo plazo, aunque aún no hay casos publicados de transformación maligna en la literatura dermatológica.

Bibliografía

1. Arnold J.R., Karamitos T.D., Pegg T.J., Francis J.L. *et ál.* Left ventricular lipomatous metaplasia following myocardial infarction, *Int. J. Cardiol.*, 2009, 1: 11-12.
2. Schmitt M., Samani N., Mc Cann G. Lipomatous Metaplasia in Ischemic Cardiomyopathy, A Common but Unappreciated Entity, *Circulation*, 2007, 116: 5-6.
3. Malfertheiner P., Peitz U. The interplay between *Helicobacter pylori*, gastro-esophageal reflux disease and intestinal metaplasia, *Gut*, 2005, 54: 13-20.
4. Montone K.T., Rosen M., Siegelman E.S., Fogt F. *et ál.* Adrenocortical neoplasms with myelolipomatous metaplasia: report of 3 cases, *Endocr. Pract.*, 2009, 15: 128-133.
5. Izumi M., Serizawa H., Iwaya K., Takeda K. *et ál.* A case of myxoid adrenocortical carcinoma with extensive lipomatous metaplasia, *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 2003, 127: 227-230.
6. Skalova A., Starek I., Simpson R.H., Kucerova V. *et ál.* Spindle cell myoepithelial tumors of the parotid gland with extensive lipomatous metaplasia: a report of four cases with immunohistochemical and ultrastructural findings, *Virchows Arch.*, 2001, 439: 762-767.
7. Singh A., Sharma K.C. Lipomatous metaplasia occurring within meningiomas-two case reports, *Indian. J. Pathol. Microbiol.*, 2005, 4: 477-478.
8. Val-Bernal J.F., González-Vela M.C. Cutaneous lipomatous neurofibroma: characterization and frequency, *J. Cutan. Pathol.*, 2005, 32: 274-279.
9. Eyerich K., Traidl-Hoffmann C., Albert A., Kerzl R. *et ál.* Lipomatous Metaplasia after Severe and Chronic Cutaneous Inflammation, *Dermatology*, 2008, 217: 52-55.
10. Atanassova P. Immunohistochemical expression of S-100 protein in human embryonal fat cells, *Cells Tissues Organs*, 2001, 169: 355-360.
11. Parikh A., Vaporciyan A., Swisher S. Carcinoma de esófago, en MD Anderson Cancer Center. Feig B., Berger D., Fuhrman G., *Oncología quirúrgica*, Ed. Marbán, España, 2005: 145-157.

Agradecimiento

Al Dr. Matías Maskin, por su aporte en la búsqueda bibliográfica.

* BIBLIOGRÁFICO

Luis Daniel Mazzuocolo

La inyección de toxina botulínica A (BTX-A) es el procedimiento cosmético más popular en el mundo. En este estudio aleatorio, doble ciego, de dosis repetidas, controlado contra placebo, se comparó un tónico BTX-A de preparación (RT001) y se aplicó bajo oclusión durante 30 minutos para las patas de gallo de 19 sujetos, y el ungüento de placebo se aplicó a las patas de gallo de otros 17 sujetos. Los tratamientos se repitieron a las 4 semanas. El grado de mejoría se evaluó en reposo en una escala de 5 puntos a las 4 y 8 semanas después del primer tratamiento.

A las 4 y 8 semanas, el 95% de los sujetos tratados con el producto tuvo al menos una mejoría de 1 punto en la puntuación de las arrugas, en comparación con sólo el 15% de los pacientes tratados con placebo. Mejoría de al menos 2 puntos se ob-

servó en el 29% a las 4 semanas y en el 50% a las 8 semanas, en comparación con ninguno de los que recibieron placebo. En la autoevaluación a las 8 semanas, el 84% de los sujetos tratados con RT001 y el 41% de los sujetos tratados con placebo refirieron mejoría de las patas de gallo. Todas las comparaciones fueron estadísticamente significativas. No hubo eventos adversos relacionados con el tratamiento.

Comentario: el ungüento de BTX-A produce un beneficio terapéutico significativo para las patas de gallo. Resta evaluar si es eficaz en zonas de piel más gruesa y más músculos, como el entrecejo o la piel glabra. Este estudio fue diseñado y financiado por el *sponsor*.

Brandt F., O'Connell C., Cazzaniga A., Waugh J.M. Efficacy and safety evaluation of a novel botulinum toxin topical gel for the treatment of moderate to severe lateral canthal lines, *Dermatol. Surg.*, 2010, 36: 2111.