

Neoformación de aspecto vascular en el tronco

Neoformation of Vascular Aspect in the Trunk

Gisela Navarrete Franco,¹ Maribet González-González,² Edna Gaxiola Álvarez,³ Valeria Gómez-Molinar⁴

¹ Jefa del Departamento de Dermatopatología.

² Médico adscrito al Departamento de Dermatopatología.

³ Residente de segundo año de Dermatopatología.

⁴ Residente de primer año de Dermatología.
Centro Dermatológico Pascua.

Se comunica el caso de un paciente masculino de cinco años de edad, originario y residente de Tlalnepantla, Estado de México, con dermatosis de siete meses de evolución, misma que aumentó gradualmente, sin recibir tratamientos previos. Dermatosis localizada en el tronco y que afectaba el tórax posterior en la región infraescapular derecha, monomorfa, constituida por una neoformación exofítica de 0.7 cm de diámetro, de superficie costrosa, con algunas zonas de necrosis y de base eritematosa con collarite; de evolución crónica y asintomática (Figura 1). En el resto de la piel y los anexos se observaba, adyacente a la lesión descrita, una neoformación de aspecto papular, de aproximadamente 3 mm de diámetro.

Se realizó biopsia por escisión de la lesión, cuyo estudio histológico mostró epidermis con grandes zonas de ulceración que alternaban con hiperqueratosis paraqueratósica focal. En la dermis superficial se observaban restos de epidermis, rodeados de una intensa reacción inflamatoria que abarcaba todo el espesor de la dermis, constituida por linfocitos, histiocitos, eosinófilos y células plasmáticas, con algunos linfocitos atípicos de núcleos grandes e hiper cromáticos, entremezclados en el infiltrado. A mayor aumento en los restos de epidermis se observaron células con inclusiones intracitoplasmáticas eosinofílicas y basofílicas (Figuras 2 a 4).

Recibido: noviembre 2013

Aceptado: noviembre 2013

Correspondencia

Dra. Gisela Navarrete Franco
Dr. Vértiz 464
06780 México, DF

Este artículo debe citarse como

Navarrete-Franco G, González-González M, Gaxiola-Álvarez E, Gómez V. Neoformación de aspecto vascular en el tronco. *Dermatol Rev Mex* 2014;58:91-94.



Figura 1. Dermoscopia de la lesión.

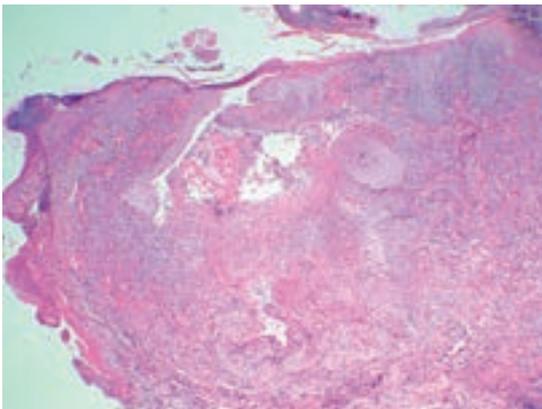


Figura 2. Estudio histopatológico. Hematoxilina y eosina (4x).

Con estos datos clínicos e histológicos, ¿cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico: molusco contagioso traumatizado con reacción pseudolinfomatosa.

El molusco contagioso es una dermatosis viral frecuente, de distribución mundial, que afecta

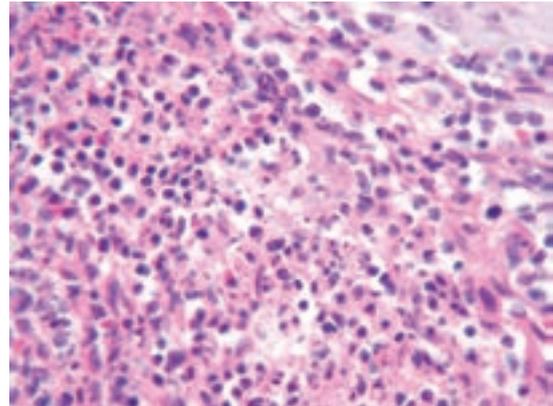


Figura 3. Estudio histopatológico. Hematoxilina y eosina (20x).

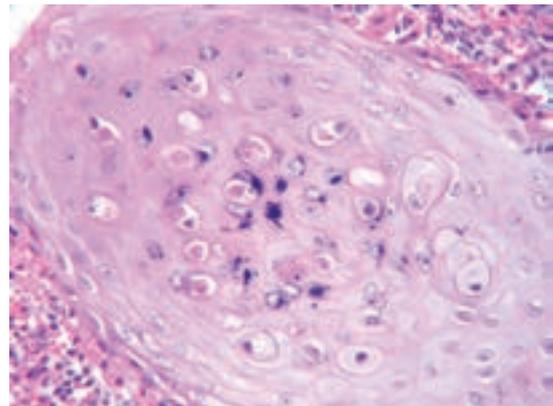


Figura 4. Estudio histopatológico. Hematoxilina y eosina (40x).

principalmente a niños, a adultos con actividad sexual y a pacientes con alteraciones inmunitarias.¹

El virus causal corresponde a la familia *Poxviridae*, subgénero *molluscopoxvirus*, que se subdivide en cuatro tipos.^{2,3} Este virus se replica en el citoplasma y es específico del ser humano. El genotipo más común es el VMC tipo 1, que representa más de 98% de los casos.²

La infección se adquiere por contacto piel a piel, pero también puede ser adquirida por contacto con fómites. El periodo de incubación es de una semana a varios meses.⁴

Las zonas afectadas con más frecuencia en niños son la cara, el tronco y las extremidades y en adultos la parte baja del abdomen, los muslos, el pubis, el glande y la región perianal.¹ Se distingue por neoformaciones de aspecto papular, umbilicadas, translúcidas, de diferentes tamaños, únicas o múltiples.^{1,4,5}

El diagnóstico se realiza clínicamente y rara vez es necesario hacer biopsia para confirmarlo,¹ como cuando el molusco contagioso tiene características clínicas atípicas: localización poco frecuente, pacientes ancianos, traumatismo local y asociación con otras lesiones cutáneas.^{6,7}

La histología clásica del molusco contagioso se describe como invaginaciones epidérmicas con células que contienen inclusiones citoplasmáticas grandes (cuerpos del molusco), que inicialmente son estructuras ovoides esonofílicas, localizadas en la porción inferior de la capa espinosa, pero a medida que se desplazan hacia la superficie, aumentan de tamaño, comprimen los núcleos, se convierten en semilunas y se tornan basofílicas al llegar al estrato granuloso. En el centro de la lesión el estrato córneo se desintegra, libera los cuerpos de molusco y deja un cráter.⁸

El molusco contagioso asociado con reacción pseudolinfomatosa fue descrito por Ackerman en 1977. Posteriormente, De Diego y Guitart describieron tres casos de esta asociación, y más tarde, Del Boz-González y Werner describieron un caso cada uno, para un total de seis casos publicados.

Desde su descripción se considera una causa conocida de pseudolinfomas T CD30 positivo.^{9,10}

Este infiltrado pseudolinfoide se reporta en otras infecciones virales, como verrugas vulgares o genitales, herpes virus, picaduras de artrópodos y escabiasis.^{6,7}

Una cubierta lipídica alrededor de los cuerpos de molusco y una membrana que rodea a los viriones (saco viral) son lo que normalmente aísla al molusco contagioso y lleva a una escasa respuesta inmunitaria. Cualquier traumatismo o manipulación que rompa esta cubierta puede causar un infiltrado dérmico variable, lo que se conoce como dermatitis por molusco; en algunas personas sobreviene una fuerte reacción de hipersensibilidad retardada en respuesta al virus, lo que en términos histológicos se traduce en un denso infiltrado celular que puede mostrar linfocitos atípicos (reacción pseudolinfomatosa).⁷ En estos casos, el diagnóstico preciso se realiza mediante correlación clínico-patológica y en ocasiones es necesario realizar cortes repetidos, incluso métodos como reacción en cadena de la polimerasa para encontrar las características específicas de diagnóstico, como las inclusiones virales.⁶

El tratamiento de los pseudolinfomas consiste en tratar la causa subyacente. En este caso, la causa comprobada fue molusco contagioso. Desde el punto de vista terapéutico, el tratamiento habitual es el curetaje. Existen otras modalidades terapéuticas descritas: crioterapia, cauterización, podofilotoxina, cantaridina, cidofovir, imiquimod o ácido tricloroacético.^{11,12}

COMENTARIOS

El objetivo de este artículo es resaltar la baja incidencia de esta asociación, lo que se refleja en el escaso número de estudios al respecto.

Asimismo, queremos insistir en la gran trascendencia del diagnóstico correcto, ya que en los casos en que el cuadro histológico se confunde

con un verdadero cuadro maligno, el paciente puede ser sometido a tratamientos agresivos innecesarios.

REFERENCIAS

1. Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. McGraw Hill-Interamericana Editores, 1996;63:778-780.
2. Dohil M, Lin P, Lee J. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. *JAAD* 2005;54:49-54.
3. Waugh M. Molluscum Contagiosum. *Dermatol Clin* 1998;16:839-841.
4. Perna A, Tyring S. A review of the dermatologic manifestations of poxvirus infections. *Dermatol Clin* 2002;20:343-346.
5. Jaworski C, Donohue B, Kluetz J. Infectious disease. *Clin Sports Med* 2011;30:575-590.
6. Moreno-Ramírez D, García-Escudero A, Ríos-Martín J. Cutaneous pseudolymphoma in association with molluscum contagiosum in an elderly patient. *J Cutan Pathol* 2003;30:473-475.
7. Del Boz González J, Sanz A, Martín T, et al. Cutaneous pseudolymphoma associated with molluscum contagiosum: a case report. *Int J Dermatol* 2008;47:502-504.
8. Penneys N. Enfermedades virales. En: Elder D, editor. *Lever Histopatología de la piel*. 8ª ed. Argentina: Intermédica, 1999;511.
9. Werner B, Massone C, Kerl H, et al. Large CD30-positive cells in benign, atypical lymphoid infiltrates of the skin. *J Cutan Pathol* 2008;35:1100-1107.
10. Kerl H, Cerroni L. Seudolinfomas cutáneos. En: Rigel D, Friedman R, Dzubow L, editores. *Cáncer de piel*. 1ª ed. en español. España: Elsevier, 2006;411-421.
11. Swanson A, Canty K. Common Pediatric Skin conditions with protracted courses: A therapeutic update. *Dermatol Clin* 2013;31:239-249.
12. Bhumbra N, McCullough S. Skin and subcutaneous infections. *Prim Care Clin Office Pract* 2003;30:1-24.