

Placa erosiva en la región mamaria

Erosive plaque on mammary region

María Florencia Suárez Conde¹, Virginia Mariana González², José Gabriel Casas³ y Margarita Larralde⁴

¹ Médica Dermatóloga Becaria en Dermatología Oncológica y Dermatoscopia

² Médica Dermatóloga Encargada de la Sección de Dermatología Oncológica y Dermatoscopia

³ Dermatólogo Consultor del Servicio de Anatomía Patológica

⁴ Jefa del Servicio de Dermatología Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: María Florencia Suárez Conde

E-mail: fsuarezconde@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 20/12/2018

Fecha de trabajo aceptado: 14/5/2019

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (1): 45-46

CASO CLÍNICO

Mujer de 62 años, fototipo III, con antecedentes personales de cirugía de reducción mamaria hacía 25 años y un carcinoma basocelular en el rostro. Consultó por presentar, en la mama derecha, una placa ovalada de 1 cm de diámetro, brillante, con una pequeña erosión central en la región periareolar externa. La lesión apareció luego de un traumatismo 2 meses antes de la consulta.

En la dermatoscopia de luz polarizada se observó una lesión de color rosado anaranjado a rosado blanquecino, con ulceración central, vasos lineales irregulares y una estructura globular azulada en la periferia (Foto 1). Se realizó una biopsia por *punch* de 3 mm, cuyo análisis anatomopatológico informó: epidermis con hiperqueratosis, acantosis y espongiosis. A nivel de la dermis presentaba un infiltrado inflamatorio con predominio de linfocitos e histiocitos y algunas estructuras vasculares dilatadas (Fotos 2 y 3).



FOTO 1: Imagen clínica de la placa localizada en el borde areolar. Dermatoscopia color rosado anaranjado y rosadoblanquecino en algunos sectores, con ulceración central (asterisco), signo de la fibra textil (punta de flecha negra), algunas escamas blancoamarillentas (punta de flecha blanca), vasos lineales irregulares y una estructura globular de color azul grisáceo (flecha).

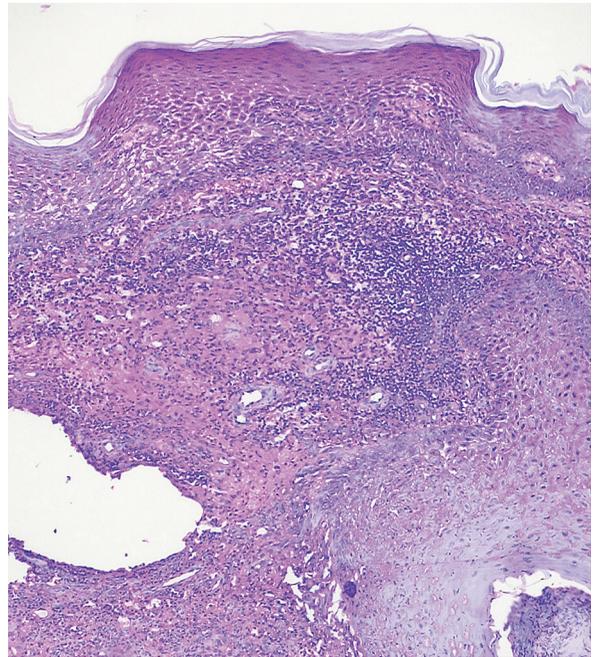


FOTO 2: Epidermis con un sector acantósico a expensas de queratinocitos maduros. En la superficie, sectores de hiperqueratosis y paraqueratosis. Dermis de aspecto basófilo (HyE, 10X).

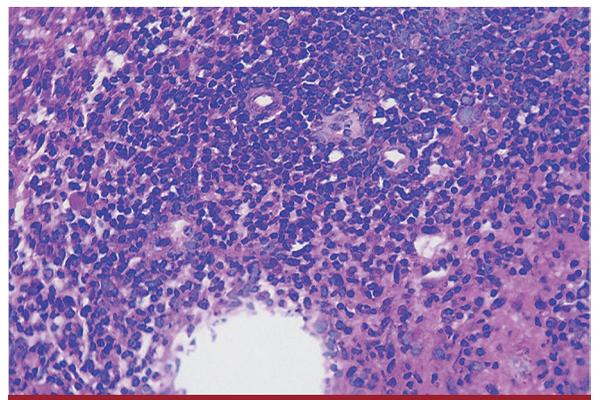


FOTO 3: Dermis con infiltrado inflamatorio mononuclear y presencia de estructuras vasculares dilatadas (HyE, 20X).

DIAGNÓSTICO

Reacción por cuerpo extraño.

COMENTARIOS

Al concurrir el paciente con el resultado histopatológico y reevaluar la lesión, se observó que del sector donde se había realizado la biopsia emergía un punto de sutura. Se procedió a la extracción de un hilo de nailon de 10 cm de largo que recorría la circunferencia de la areola, el cual pertenecía a la cirugía efectuada hacía 25 años. Se interpretó ese cuerpo extraño como el causante de la lesión cutánea. En la imagen dermatoscópica inicial se puede observar que la estructura redondeada azul corresponde a una de las puntas del nudo de la sutura (Foto 4).

Las reacciones por cuerpo extraño son una respuesta tisular local desencadenada por el depósito de un material ajeno al organismo. Según su profundidad y ubicación, pueden manifestarse como pápulas o nódulos indurados con componente inflamatorio variable. El período de latencia de aparición puede variar de meses a varios años^{1,2}.

La retención de hilos de sutura es una de las causas más frecuentes de reacciones por cuerpo extraño y la mayoría de las veces se produce con los de tipo no reabsorbible como nailon o seda³. La dermatoscopia puede ser una herramienta muy útil para la detección de pequeños

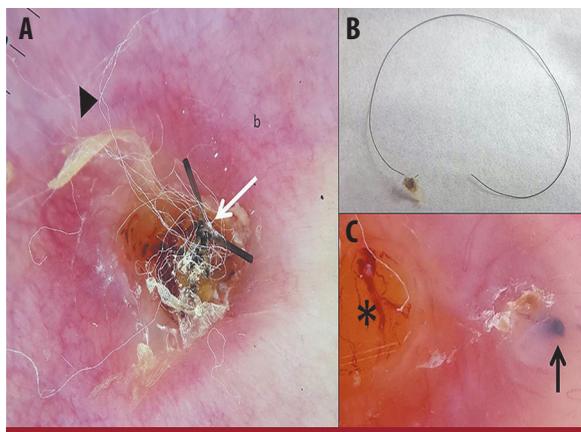


FOTO 4: A) Posbiopsia se observó la emergencia, a través del orificio de la biopsia, del nudo de un hilo de sutura no reabsorbible, de color azul grisáceo (flecha blanca) y el incremento del signo de la fibra textil (punta de flecha) retenida por el hilo. B) Hilo de nailon circunferencial extraído. C) Dermatoscopia característica de las lesiones granulomatosas color rosado anaranjado (asterisco) y estructura globular azulgrisácea correspondiente al nudo de sutura (flecha).

cuerpos extraños alojados en la piel que no se visualizan claramente en el examen clínico. En el caso de los hilos de sutura persistentes, el examen dermatoscópico permite ver su trayecto en la piel por la transparencia que le confiere la luz polarizada. Además, aumenta la probabilidad de un tratamiento exitoso que facilite la extracción del cuerpo extraño y disminuya el riesgo de complicaciones^{4,5}.

BIBLIOGRAFÍA

- Moreno A, Marcoval J. Granulomas a cuerpo extraño. Dermatología: Correlación clínico-patológica. *Menarini* 2000;62:255-258.
- Requena L, Cerroni L, Kutzner H. Histopathologic patterns associated with external agents. *Dermatol Clin* 2012;30:731-748.
- Naimer SA. Dermoscopic prevention and identification of retained sutures. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:e57-58.
- Sonthalia S, Jha AK, Kaliyadan F. Dermoscopy for the detection and safe extraction of an intracutaneous foreign body. *J Am Acad Dermatol* 2018;79:e19-20.
- Naimer SA. Therapeutic dermoscopy to facilitate detection and extraction of foreign bodies. *J Am Board Fam Med* 2017;30:374-376.

PERLAS

Alberto Woscoff

Profesor Consulto Titular de Dermatología (Universidad de Buenos Aires). Maestro de la Dermatología Argentina.

GRANULOMA ANULAR, DIVERSIDAD DE TRATAMIENTOS

El granuloma anular es una enfermedad inflamatoria benigna asociada con diversas patologías: tumores, trauma, diabetes mellitus, tiroideopatías, HIV, virus de Epstein-Barr, hepatitis B. Los subtipos son: localizado, generalizado, subcutáneo, perforante y en placas. No hay un tratamiento comprobado. La variante localizada suele involucionar espontáneamente al cabo de 2 años. Para las otras formas, en primera línea están los corticosteroides tópicos o intralesionales. Otros recursos son pimecrolimus 1%, tacrolimus 0,1%, criocirugía, láser de CO₂, láser de excímero y fototermólisis. Por vía general, UVBba; UVA-1; antipalúdicos; biológicos: adalimumab, infliximab, etanercept. Antimicrobianos: sulfonas. An-

tituberculosos, tetraciclina, isotretinoína. Ocasionales: alopurinol, colchicina, ciclosporina, etretinato, pentoxifilina, hidroxiurea y zidovudina.

Wang J, Khachemoune A. Granuloma annulare: a focused review of therapeutic options. *Am J Clin Dermatol* 2018;19:333.

PÉNFIGO Y HEMOPATÍAS MALIGNAS

Estudio de 1985 pacientes con pénfigo y 9874 controles. Se halló una asociación significativa con leucemia crónica, mieloma múltiple y linfoma no Hodgkin. No se observó con leucemia aguda, linfoma de Hodgkin, síndrome mielodisplásico ni policitemia vera.

Kridin K, Zelber-Sagi S, Comaneshter D, Batat E, et al. Pemphigus and hematologic malignancies: a popula-

tion based study of 11.859 patients. *J Am Acad Dermatol* 2018;78:1084.

PSORIASIS Y SISTEMA AUDITIVO

Estudio auditivo de 77 pacientes con psoriasis y 77 controles de igual edad y sexo. Hubo pérdida de la audición de tipo sensorioneural en un 52%, más frecuente en el tipo artropático, cuando la psoriasis tenía más de 10 años de evolución o en fumadores, en quienes la evolución es más severa. El timpanograma evidenció alteraciones de distintos subtipos. Este trastorno se añade a las manifestaciones extracutáneas de la dermatosis y debe ser estudiado en la investigación clínica de los pacientes.

Borgia F, Ciodaro F, Guarneri F, Bartolotta A, et al. Auditory system involvement in psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2018;98:65