

Lesiones protuberantes en brazos

Raised lesions on arms

Carolina Estívariz García,¹ Freddy Cabarcas,² María Carolina Baztan³ y Ricardo Galimberti⁴



Foto 1. Placa con aspecto en empedrado, en cara anterior del brazo izquierdo.

Caso clínico

Paciente de 38 años de edad, de sexo femenino, con antecedentes de tabaquismo (6 cigarrillos por día). Consultó por un cuadro de un mes de evolución que se inició de forma espontánea, con mialgias y parestesias de miembros superiores, agregándose rigidez progresiva de ambos codos con dificultad marcada para la extensión.

Examen físico: presentó placas protuberantes levemente eritematosas, caracterizadas por edema duro, doloroso, de superficie áspera, con gruesas depresiones que daban el aspecto de empedrado, localizadas en cara anterior de ambos brazos.

Exámenes complementarios: hemograma con leve leucocitosis ($10370/\text{mm}^3$) y marcada eosinofilia: 16,9% ($1752.53/\text{mm}^3$). Proteinograma, velocidad de eritrosedimentación, glucemia, función renal, función hepática, TSH ultrasensible, colagenograma y CPK, dentro de parámetros normales.

Histopatología: se realizó biopsia incisional profunda que mostró la epidermis conservada, edema del tejido conectivo y engrosamiento de tabiques interlobulillares del tejido celular subcutáneo. En profundidad se observó la fascia engrosada, edematizada con infiltración linfoplasmocitaria eosinófilos aislados (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(2): 64-66).

Fecha de recepción: 30/06/2011 | Fecha de aprobación: 08/07/2011

¹ Médico residente de tercer año

² Dermatólogo, cirujano

³ Dermatóloga

⁴ Jefe del Servicio de Dermatología

Hospital Italiano de Buenos Aires, Gascón 450, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Carolina Estívariz García. carolinaestivariz@hotmail.com

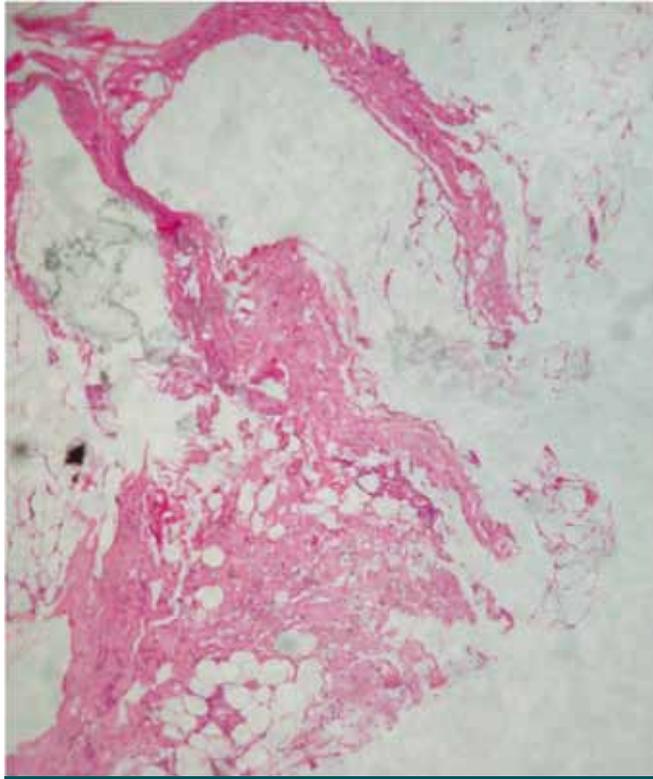


Foto 2. (H-E 10x). Engrosamiento de los tabiques interlobulillares del tejido celular subcutáneo.

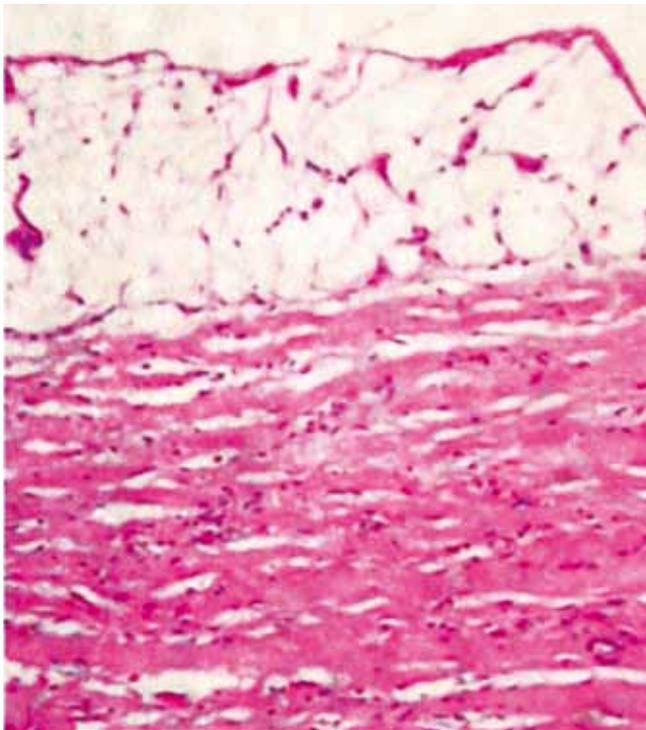


Foto 3. (H-E 40x). En profundidad, se observa la fascia engrosada, edematizada con infiltración linfoplasmocitaria y aislados eosinófilos.

Diagnóstico

Fascitis eosinofílica

Comentarios

La fascitis eosinofílica, también llamada síndrome de Shulman –por quien en 1974 la describió como una fascitis difusa asociada a eosinofilia periférica e hipergammaglobulinemia–,¹ es una patología rara, inflamatoria, que afecta la fascia muscular; se asocia a eosinofilia en sangre periférica y en tejidos de la piel comprometida, hipergammaglobulinemia y velocidad de eritrosedimentación acelerada.²

Es de presentación más frecuente en el sexo femenino entre la tercera y sexta décadas de vida, con muy pocos casos en edad infantil.³

La etiología es desconocida; se la ha descrito asociada a varios factores desencadenantes, como ejercicio intenso, trauma local, infección por *B. Burgdorferi*, fármacos como simvastatina, atorvastatina y L-triptofano, entre otros.⁴

En estadios tempranos se caracteriza por debilidad, dolor, eritema y edema de las extremidades, con posterior induración simétrica y progresiva de la piel y el tejido subcutáneo que produce limitación en la flexoextensión. La superficie de la piel adquiere el aspecto de “piel de naranja”.⁵ En etapas más tardías se presentan placas firmes, edematosas, de coloración pardusca, muy induradas, con aspecto de estar adheridas al hueso. En esta etapa se puede encontrar “el signo del surco”, que se observa al elevar el miembro afectado por encima del nivel del corazón, lo que produce el colapso venoso local y la depresión de la piel que se encuentra inmediatamente por encima.⁶

Se han descrito manifestaciones extracutáneas, que incluyen contracturas musculares, artritis y síndrome del túnel

carpiano.⁷ En la mayoría de los casos el laboratorio muestra eosinofilia periférica, hipergammaglobulinemia y eritrosedimentación acelerada. La resonancia nuclear magnética de la extremidad afectada muestra engrosamiento de la fascia.^{3,8}

La biopsia debe ser profunda (que alcance la fascia muscular); la histopatología muestra inflamación, edema, engrosamiento y esclerosis de la fascia muscular, asociada a infiltrado adyacente de linfocitos, células plasmáticas, histiocitos y eosinófilos.⁹

Los diagnósticos diferenciales incluyen al síndrome de eosinofilia-mialgia, esclerodermia lineal, morfea y síndrome del aceite tóxico.

El tratamiento más utilizado son los corticoides, prednisona 1 mg/kg por día.⁴ Otras alternativas incluyen hidroxicloroquina, PUVA, ciclosporina, metotrexato y D-penicilamina.³

Bibliografía

- Shulman, L.E. Diffuse fasciitis with eosinophilia: a new syndrome, *Trans. Assoc. Am. Physicians.*, 1975, 88: 70.
- Hassan M., Nudenberg B. Consenso esclerodermia, SAD, 2006.
- Antic M., Lautenschlager S., Itin P.H. Eosinophilic fasciitis 30 years after-what do we really know? Report of 11 patients and review of the literature, *Dermatology*, 2006, 213: 93-101.
- Okonski V., Villani M., García M., Dzembrowski S. et. al. Fascitis eosinofílica, *Dermatol. Argent.*, 2006, XII: 328-329.
- Saldaña L., Sáenz E., Thomas E. Paniculitis parte II: Paniculitis Septal, *Dermatología Peruana*, 2006, 16: 202-203.
- Holgado M., Enríquez N., Malfante P., Fuentes N. Una mujer con esclerosis difusa de la piel y un curioso signo semiológico: el signo del surco, *Revista del Hospital Privado de la Comunidad*, 2001, 4: 8.
- Lakhanpal S., Ginsburg W., Michet C. Eosinophilic fasciitis: clinical spectrum and therapeutic response in 52 cases, *Semin. Arthritis Rheum.* May., 1988, 17: 221-231.
- Sugimoto T., Nitta N., Kashiwagi A. Usefulness of magnetic resonance imaging in eosinophilic fasciitis, *Rheumatol Int.*, 2007, 27: 791-792.
- Abeles M., Belin D., Zurier R. Eosinophilic fasciitis: a clinicopathologic study, *Arch. Intern. Med.*, 1979, 139: 586-588.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

CASO CLÍNICO | RESPUESTAS

Respuestas correctas al caso clínico:

1,c; 2, a; 3, e; 4, e.

Discusión. El linfangioma circunscripto es una neoplasia vascular linfática congénita, producto de una anomalía en el desarrollo y crecimiento del sistema linfático. Es poco frecuente, generalmente asintomático, de localización variable y más común en las mujeres. Su

evolución es lenta y progresiva. El pronóstico varía según su ubicación, tamaño y compromiso de órganos internos.

Clínicamente se caracteriza por múltiples vesículas de contenido claro y/o serohemático, agrupadas con un típico patrón herpetiforme, que en ocasiones afecta hipodermis, músculo y/o vísceras, lo cual dificulta su abordaje terapéutico. El diagnóstico se

confirma mediante el estudio anatomopatológico. Para valorar la extensión en profundidad, se deben solicitar ecografías o RMN, según corresponda. Existen diversos tratamientos con resultados variables, como ser escleroterapia, el láser de CO₂ y la exéresis quirúrgica. Es una entidad que puede llevar a diagnósticos diferenciales erróneos, como ser herpes simple y linfangiosarcoma.

Bibliografía

- Verma, S.B. Lymphangiectasias of the skin: victims of confusing nomenclature, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2009, 34: 566-569.

- Méndez Santillán, E. Linfangioma circunscripto mixto. Presentación de un caso, *Rev. Mex. Pediat.*, 1999, 66: 104-107.
- Vlastos A.T., Malpica A., Follen M. Lymphangioma circunscriptum of the vulva: a review of the literature,

Obstet. Gynecol., 2003, 101: 946-954.

- Enjolras O. Malformaciones vasculares. Bologna J., Jorizzo J., Rapini R., *Dermatología*, Ed. Elsevier, España, 2004, 16-26.