

Lesión tumoral congénita en región submentoniana

Congenital tumor lesion in the submental region

Maria Mercedes Cano,¹ Verónica Gallerano,² Carina Martínez³ y Mónica Herrero⁴



Foto 1. Lesión tumoral en región submentoniana.



Foto 2. Tumor de consistencia renitente, color piel.

Caso clínico

Paciente de 17 años, de sexo masculino, que se presentó a la consulta por una lesión tumoral desde el nacimiento, de 1 cm de diámetro, renitente, color piel, ubicada en la región submentoniana. Se solicitó ecografía, que informó lesión hipoecoica de 6,5 mm x 3,5 mm de diámetro a 1,2 mm de piel, sin comunicación con otras estructuras.

Se realizó extirpación quirúrgica y la histopatología informó piel cuya dermis presentaba múltiples haces bien diferenciados de músculo estriado rodeado por tejido fibroconectivo con pequeños vasos ramificados. Además, se reconocieron numerosas estructuras pilosebáceas (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(4): 314-317).

Fecha de recepción: 29/04/2011 | Fecha de aprobación: 18/07/2011

¹ Residente de 3º año de Dermatología, Hospital Córdoba

² Medica de planta, dermatóloga, Hospital Córdoba

³ Concurrente de 1º año de Dermatología, Hospital Córdoba

⁴ Anatomopatóloga, Hospital Córdoba

Servicio de Dermatología del Hospital Córdoba, Av. Patria 656, Córdoba, provincia de Córdoba, República Argentina.

Correspondencia: María Mercedes Cano, Eduardo Huergo 1765, CP 5010, Córdoba. mercano1@yahoo.com.ar

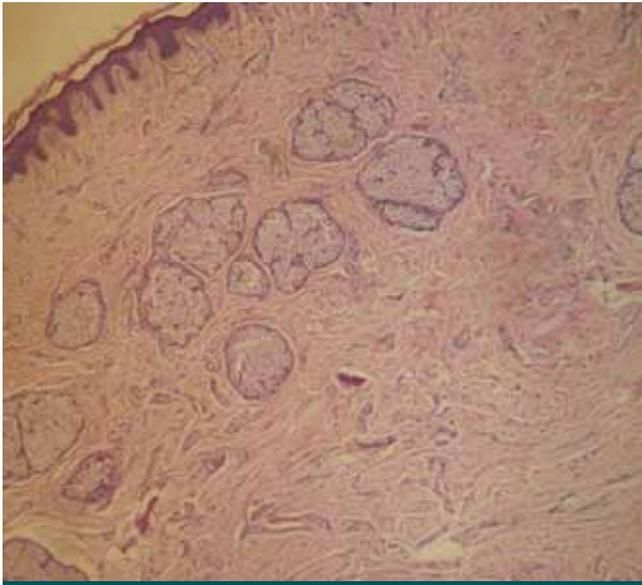


Foto 3. Dermis e hipodermis con haces de músculo estriado que rodean estructuras pilosebáceas.

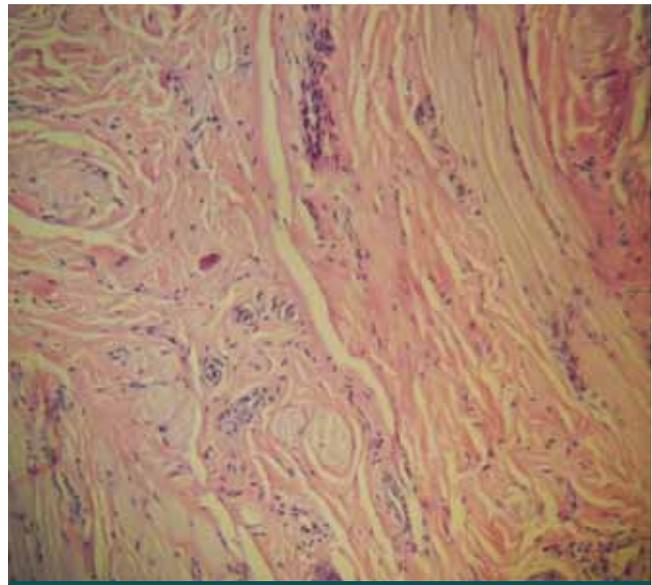


Foto 4. A mayor aumento se observan las fibras de músculo estriado dispuestas al azar.

* PERLAS DERMATOLÓGICAS

Pediatric psoriasis.

Busch A., Landau J., Moody M., Goldberg L. *Skin Therapy Letter*, 2012, 17: 5-7.

En niños se pueden observar diversos tipos de psoriasis. Los tipos más prevalentes son en placa, guttata y del pañal, en tanto que las formas pustulosa y eritrodérmica son menos frecuentes. Los factores genéticos y ambientales están involucrados en el desarrollo de esta enfermedad autoinmune. Además de mejorar los síntomas, el tratamiento debe enfocarse en identificar y eliminar los factores precipitantes. La medicación tópica es la terapéutica de elección para los niños con psoriasis. Los agentes sistémicos se reservan para los casos más severos.

HPV vaccine update: new indications and controversies.

Mendoza N., Hernández P., Tyring S. *Skin Therapy Letter*, 2012, 16: 1-8.

El HPV causa en la región anogenital lesiones premalignas, malignas y benignas tanto en mujeres como en hombres, presentándose como cáncer cervical, vulvar, peneano y anal, y como verrugas genitales. Aunque la vacunación va ganando adeptos, la infección sigue siendo frecuente en ambos sexos. La percepción de la vacuna para HPV se ha centrado principalmente en prevenir el cáncer cervical en mujeres, aunque la indicación para su uso en hombres se está expandiendo.

Los beneficios para los hombres incluyen la prevención de verrugas genitales y más recientemente se aprobó para la prevención de cáncer anal.

Se revisa la vacuna para HPV con un enfoque en las nuevas aplicaciones en hombres y las controversias existentes.

Psychoneuroimmunology of psychological stress and atopic dermatitis: Pathophysiological and therapeutic updates.

Suárez A., Feramisco J., Koo J., Steinhoff M. *Acta Derm. Venereol.*, 2012, 92: 7-15.

Los mecanismos de exacerbación de la enfermedad aún no se conocen claramente. La manifestación clínica de la DA suele asociarse con estrés psicológico. En respuesta al estrés hay una hiperregulación de neuropéptidos en el cerebro, órganos endócrinos y sistema nervioso periférico que afecta directamente las células inmunes de la piel. La piel con y sin lesiones de los pacientes con DA muestra un aumento de los mastocitos.

En este escenario de estrés, los nervios sensoriales liberan neuromoduladores que regulan las respuestas inflamatorias e inmunes, así como también la función barrera de la piel. Los agentes psicofarmacológicos que modulan los receptores neuronales o la amplificación de los circuitos inflamatorios son una opción atractiva para el tratamiento de no sólo la DA, sino también otras enfermedades cutáneas mediadas por el estrés.

» 1

» 2

» 3

León Jaimovich

Diagnóstico

Hamartoma de músculo estriado.

Comentarios

El hamartoma de músculo estriado es una lesión poco frecuente descrita en 1986 por Hendrick *et ál.*¹ También se conoce como hamartoma congénito de la línea media, hamartoma de los anexos cutáneos y mesénquima, y hamartoma mesenquimal rabiomatoso.² Típicamente se presenta como una lesión cutánea en recién nacidos, papular, cupuliforme o polipoide pedunculada, de escasos milímetros a 1-2 cm. Las localizaciones más frecuentes son el mentón, seguida de la zona periorbitaria, periauricular y región anterior del cuello.

Histológicamente el hamartoma de músculo estriado está recubierto por una epidermis de apariencia normal y se caracteriza por la presencia de pequeños grupos o fibras aisladas de músculo estriado dispuestas al azar a nivel del tejido celular subcutáneo y dérmico, que se disponen en un estroma de colágeno entremezcladas con tejido adiposo y estructuras anexiales.³ Existen unas decenas de casos comunicados en la literatura,⁴ de los cuales sólo 4 se presentaron en adultos.^{2,4-6}

En cuanto a su origen, se ha sugerido que se desarrollan en regiones anatómicas que contienen músculo estriado derivados del segundo arco branquial, tales como el orbicularis oris, platisma y orbicularis oculi, a través de la migración aberrante de las fibras musculares hacia la dermis durante la embriogénesis. También se ha propuesto que se producirían por un defecto genético que predisponga a la formación de hamartomas.⁴

Algunos pacientes presentan asociado el síndrome de Delleman, que consiste en quistes oculares, malformaciones cerebrales, hipoplasia cutánea focal y apéndices cutáneos accesorios.⁷

En cuanto al tratamiento, es suficiente la extirpación quirúrgica y no se han descrito recurrencias en las series de casos publicadas.

Bibliografía

1. Hendrick S.J., Sanchez R.L., Blackwell S.J., Raimer S.S. Striated muscle hamartoma: description of two cases, *Pediatr. Dermatol.*, 1986, 3: 153-157.
2. Sánchez R.L., Raimmer S.S. Clinical and histological features of striated muscle hamartoma: possible relationship of Delleman's Syndrome, *J. Cutan. Pathol.*, 1994, 21: 40-46.
3. Grilli M.D., Escalonilla M.D., Soriano M.L., Fariña C., *et ál.* The so called striated muscle hamartoma is a hamartoma of cutaneous adnexa and mesenchyme, but not striated muscle, *Acta Derm. Venereol.*, 1998, 78: 390.

★ PERLAS DERMATOLÓGICAS

Isotretinoin and adolescent depression

Misery L., Feton-Danou N., Consoli A., Chastaing S. *et ál.* *Acta Derm. Venereol.*, 2012, 139: 118-123.

La isotretinoína ha estado vinculada en ocasiones con suicidio. El *Psychodermatology Group of the French Dermatology Society*, formado por dermatólogos, psiquiatras, psiquiatras infantiles, psicoanalistas y psicólogos clínicos, realizó una reflexión sobre el problema mediante el intercambio de opiniones. Después de una serie de modificaciones, las conclusiones fueron las siguientes: se debe realizar una búsqueda de alteraciones psicológicas en los adolescentes, principalmente entre aquellos que presentan acné. La indicación de isotretinoína no está contraindicada en pacientes con depresión.

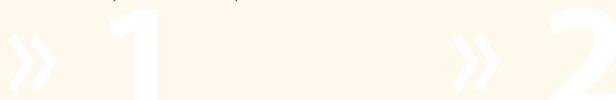
Morel-Lavallee syndrome of the lower leg

Archie E., Grillo J.C., Fourcade S., Gaudy C. *et ál.* *Acta Derm. Venereol.*, 2012, 139: 216-220.

Se caracteriza por aparecer después de un traumatismo tangencial de tejidos altamente vascularizados, y provoca una colección subcutánea fluida. Puede causar muchas complicaciones. La piel y el tejido subcutáneo son bruscamente arrancados de la fascia muscular subyacente, con la consiguiente ruptura de los vasos linfáticos y ectasia linfática. La reacción local inflamatoria puede causar la formación de una cápsula fibrosa que provoca una colección de fluidos. Los signos clínicos son inespecíficos.

Cuando se examina una colección de tejidos

blandos o heridas de curación lenta, se debe siempre descartar un traumatismo previo de los tejidos blandos. Los estudios de imagen confirmarán el diagnóstico de síndrome de Morel-Lavallee. Si un paciente joven sin enfermedad vascular, consulta por una colección rara y/o por heridas de lenta cicatrización, se debe tener en mente este síndrome.



León Jaimovich

4. Rosenberg A.S., Kirk J., Morgan M.B. Rhabdomyomatous mesenchymal hamartoma: an unusual dermal entity with a report of two cases and a review of the literature, *J. Cutan. Pathol.*, 2002, 29: 238-242.
5. Chang C.P., Chen G.S. Rhabdomyomatous mesenchymal hamartomas: a plaque-type variant in an adult, *Kaohsiung. J. Med. Sci.*, 2005, 21: 185-188.
6. Harris M., Dutton J., Proia A. Striated muscle hamartoma of the eyelid in an adult woman, *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.*, 2008, 24: 492-493.
7. Delleman J.W., Oorthuys J.W.E. Orbital cyst in addition to congenital cerebral and focal dermal malformations: a new entity?, *Clin. Genet.*, 1981, 19: 191-198.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

* CASO CLÍNICO



Julietta Soledad Fischer y María Emilia Candiz

Antecedentes

Paciente de sexo masculino de 63 años, sin antecedentes personales ni familiares de importancia.

Enfermedad actual

Dermatosis en miembros inferiores de 2 años de evolución de curso recurrente.

Examen físico

Se observan múltiples nódulos que oscilan entre 1 y 3 cm de diámetro cubiertos por piel eritematosa, moderadamente dolorosos. Los mismos comprometen cara anterior y posterior de ambas piernas, así como también tercio inferior de muslos.

Estudios complementarios

- Lab.: s/p.
- Serologías HIV, HBV, HCV: no reactivas.
- Colagenograma: negativo.
- Hisopado de fauces: negativo.
- Rx tórax: sin hallazgos patológicos.
- PPD: negativa.
- EMG: descarta mono y polineuropatía.
- Biopsia de piel... (foto 1).

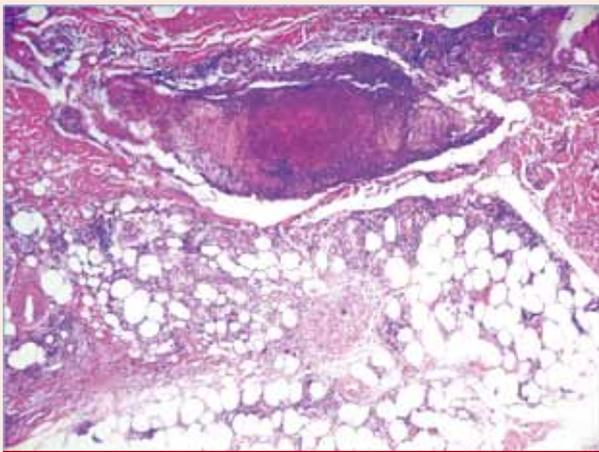


Foto 1.

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este caso?

- a. Sarcoidosis
- b. Eritema nodoso atípico
- c. Panarteritis nodosa
- d. Eritema indurado de Bazin
- e. Poliangeítis microscópica

2. ¿Qué estudio solicitaría para confirmar el diagnóstico?

- a. Rutina de laboratorio
- b. Biopsia de piel
- c. PPD
- d. Colagenograma
- e. EMG.

3. En relación con la patología del paciente presentado, ¿cuáles de las siguientes son afirmaciones verdaderas?

- a. Suele manifestarse con nódulos y livedo reticularis
- b. La etiología es desconocida, se postula causa inmunológica
- c. Afecta a cualquier edad
- d. Es una tuberculide
- e. Presenta anticuerpos ANCA +

4. ¿Qué tratamiento/s elegiría en este caso?

- a. Corticoides tópicos de alta potencia
- b. Metilprednisona 1 mg/kg/día
- c. Colchicina 1 mg/día
- d. Tratamiento antifúngico
- e. Reposo

La solución, en la pág. 321