

## Caso clínico

# Reticulohistiocitoma solitario

Angélica Villanueva Otamendi,\* Jorge Alberto Ramos-Garibay,\* Angélica Manríquez Reyes\*\*\*

## RESUMEN

El reticulohistiocitoma solitario pertenece al grupo de las histiocitosis no Langerhans. Está constituido por una acumulación en la dermis de histiocitos grandes, de citoplasma eosinófilo, con aspecto de «vidrio esmerilado». Su etiología aún se desconoce, sin embargo se sugiere que podría ser una respuesta local a cualquier estímulo inflamatorio. Clínicamente se caracteriza por la presencia de una neoformación localizada a cabeza o cuello, asintomática, de color amarillo o pardo. No se asocia a manifestaciones sistémicas y no tiende a recurrir después del tratamiento quirúrgico.

**Palabras clave:** Reticulohistiocitoma, histiocitosis no Langerhans.

## ABSTRACT

*Solitary reticulohistiocytoma is part of the spectrum of non-Langerhans histiocytosis. It is a dermal histiocytic collection composed of large histiocytes with cytoplasm resembling ground glass. Its etiology is unknown; although it is proposed that it represents a local response to an unknown inflammatory stimulus. Clinically, it is characterized by exophytic neoformations, mainly on the head and neck, yellowish to brownish-colored. It is not associated with systemic disease and has a small or none tendency to recurrence after treatment.*

**Key words:** Reticulohistiocytoma, non-Langerhans histiocytosis.

## INTRODUCCIÓN

Las reticulohistiocitosis (RH) son un grupo de enfermedades ocasionadas por una proliferación anormal de macrófagos. Se dividen en tres grupos: reticulohistiocitosis multicéntrica (RM), reticulohistiocitosis cutánea difusa (RCD) y el reticulohistiocitoma solitario (RS).<sup>1</sup>

La RM es una enfermedad sistémica poco frecuente, en la que aparecen múltiples lesiones cutáneas histiocíticas acompañadas frecuentemente por artropatía; puede asociarse a malignidades internas.<sup>2</sup>

La RCD afecta especialmente a mayores de 60 años de edad, principalmente a mujeres y se restringe a la piel. Se caracteriza clínicamente por la presencia de varias neoformaciones simétricas, difusas, pequeñas

y asintomáticas, diseminadas principalmente a cara y tronco. La confluencia de éstas en la cara puede originar la llamada «fascies leonina».<sup>1</sup>

Zak,<sup>1</sup> en 1950, describió 4 casos de lesiones solitarias que mostraban aspectos histológicos similares a los descritos en 1934 por Montgomery y O'Leary<sup>1</sup> como «Ganglioneuomas múltiples de la piel». Debido a su similitud con el histiocitoma, Zak<sup>1</sup> prefirió nombrarlo Reticulohistiocitoma de la piel.<sup>1</sup> Aún existe controversia en relación a este término, por lo que Miettinen y Fetsch proponen en el año 2006 denominarle Histiocitoma epitelioides solitario.<sup>2</sup>

## CASO CLÍNICO

Se trata de un hombre de 23 años de edad, con una dermatosis localizada a la cabeza, de la que afectaba cara y de esta mejilla derecha, unilateral. Constituida por una neoformación de 7 mm de diámetro, hemiesférica, de color amarillo, superficie lisa con telangiectasias en la periferia; bien delimitada, de consistencia firme. De evolución crónica y asintomática (*Figura 1*).

\* Dermatóloga.

\*\* Dermatopatólogo.

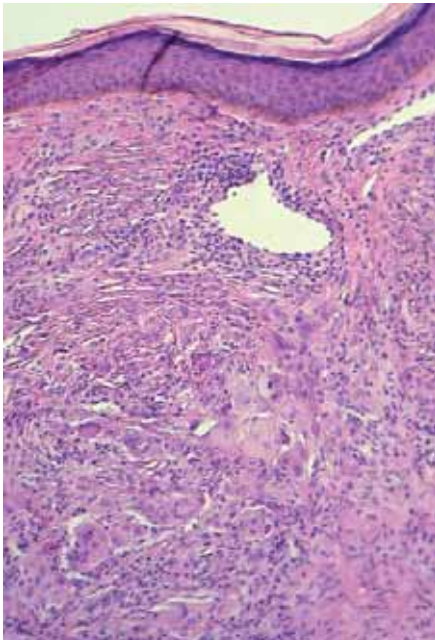
\*\*\* Residente del tercer año.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:  
<http://www.medigraphic.com/dermatologiapascua>



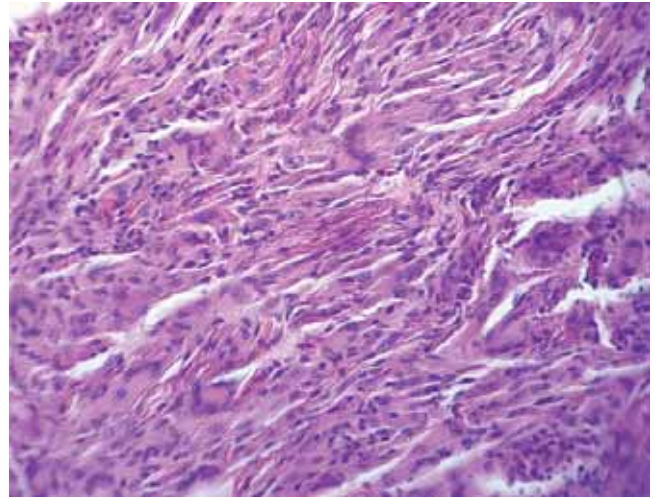
**Figura 1.** Aspecto general de la lesión.



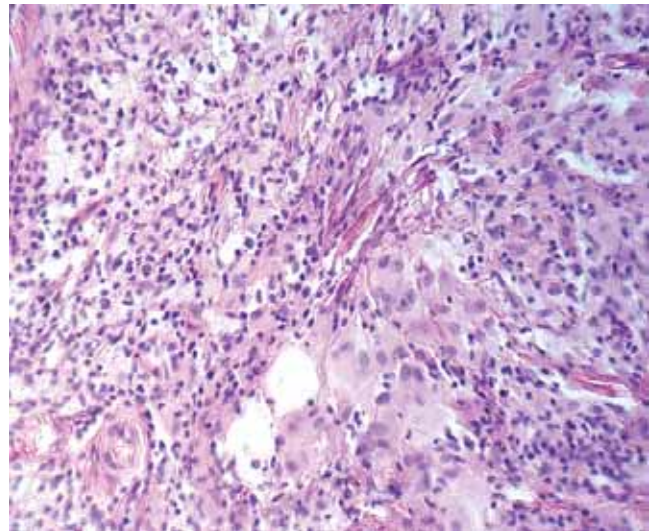
**Figura 2.** Epidermis atrófica. Se observan algunas células histiocíticas con citoplasma abundante (H&E 10x).

El paciente refería una evolución de dos meses. Sin antecedentes de importancia para su padecimiento.

Se realizó una biopsia excisional. La imagen histológica mostró una epidermis atrófica (Figura 2), el espesor de la dermis con densos infiltrados de células histiocíticas. Algunas con abundante citoplasma eosinó-



**Figura 3.** Patrón fusiforme, con algunas gigantes multinucleadas (H&E 25x).



**Figura 4.** El ángulo superior izquierdo muestra histiocitos de aspecto vacuolado mientras que hacia abajo el citoplasma es muy abundante con aspecto de «vidrio esmerilado» (H&E 25x).

filo y otras de aspecto vacuolado. En algunas áreas las células con citoplasma en aspecto de vidrio esmerilado adoptaban un patrón fusiforme con las células gigantes multinucleadas (Figuras 3 y 4). Con estos hallazgos se hizo el diagnóstico de Reticulohistiocitoma solitario.

## DISCUSIÓN

El RS es una neoformación dérmica constituida por histiocitos de citoplasma eosinófilo con aspecto de «vi-

drio esmerilado». <sup>2</sup> La lesión es única en un 90% de los casos. <sup>3</sup> Se observa principalmente en adultos jóvenes, aunque puede presentarse a cualquier edad. Clínicamente se le describe como una lesión solitaria, de color amarillento, blanco-grisáceo o marrón, que típicamente mide menos de 1 cm; localizada más frecuentemente en la cara <sup>1</sup>. Su crecimiento es rápido. En algunos casos infiltra hasta el tejido celular subcutáneo. <sup>2</sup>

En la dermatoscopia se observa un fondo amarillo-naranja con «nubes» amarillo claro y un componente vascular caracterizado por vasos lineales, predominantemente en la periferia de la lesión. <sup>4</sup>

Su origen se desconoce, sin embargo se considera que probablemente representa una lesión reactiva, no neoplásica, que se origina por proliferación y diferenciación de una clona histiocítica anómala. <sup>1</sup> Debido a la presencia de un número relativamente importante de neutrófilos, con tinciones de inmunohistoquímica especiales se ha tratado de detectar una probable etiología infecciosa, pero hasta la fecha no se ha podido comprobar. Se especula que la acción de las citocinas induce el acúmulo de histiocitos ante un estímulo no identificado. <sup>2</sup>

Los hallazgos histopatológicos <sup>1</sup> característicamente muestran numerosas células gigantes multinucleadas e histiocitos oncóticos; llamados así por ser similares a los oncocitos tiroideos, los cuales tienen citoplasma eosinófilo, finamente granular, semejante al vidrio esmerilado, <sup>5</sup> y contienen en su citoplasma material PAS-positivo resistente a diastasa. <sup>6</sup> Los linfocitos tienden a ser numerosos, principalmente en lesiones recientes, y con el tiempo se pueden observar fibroblastos. <sup>1</sup> El RS difiere de las formas difusas y multicéntricas por la presencia de células de aspecto espinoso y xantomatoso. <sup>6</sup>

Por inmunohistoquímica, las lesiones expresan varios marcadores asociados a las formas de histiocitosis no-X. Los oncocitos son habitualmente S-100(-). <sup>5</sup> Muestran positividad para lisozima, CD68 y CD 163. Es difícil determinar con seguridad si la célula principal se relaciona con macrófagos o células dendríticas; sin embargo, debido a la falta de expresión del factor XIIIa, algunos autores consideran que se origina de macrófagos. Los marcadores CD 31, S-100, CD 45 y el factor de transcripción de microftalmia se encuentran positivos de manera variable. <sup>2</sup> El estudio ultraestructural

muestra abundantes mitocondrias y lisosomas, lo cual se correlaciona con el aspecto de «vidrio esmerilado» de las células principales. <sup>3</sup>

El diagnóstico diferencial incluye: xantogranuloma juvenil, tenosinovitis nodular, dermatofibroma, fibrolipoma, enfermedad de Hashimoto y Pritzker, nevo de Spitz, mastocitoma, granuloma piógeno, <sup>1</sup> enfermedad de Rosai-Dorfman, y las formas superficiales de histiocitoma fibroso maligno. En el xantogranuloma juvenil se observan células espumosas, células gigantes multinucleadas tipo Touton, además de otras formas de células gigantes (sin histiocitos epitelioides grandes como componente principal), además el xantogranuloma se presenta típicamente en niños, como tumoraciones dérmicas, subcutáneas, localizadas en el 50% de los casos en cabeza y cuello. El aspecto dermatoscópico es indistinguible. <sup>5</sup>

El pronóstico del RS es bueno, ya que tiene poca o ninguna tendencia a recurrir tras la extirpación quirúrgica, y no se asocia con enfermedades sistémicas. <sup>2</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barbosa FL, Shu KP, Ramos SM. Reticulohistiocytosis. *Dermatol Clin* 2007; 25: 625-632.
2. Miettinen M, Fetsch JF. Reticulohistiocytoma (Solitary epithelioid histiocytoma) A clinicopathologic and immunohistochemical study of 44 cases. *Am J Surg Pathol* 2006; 30: 521-528.
3. Burgdorf F, Walter HC. The Histiocytosis. En: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL Jr, Murphy GF. *Lever's Histopathology of the skin*. 8a Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1997: 610-611.
4. Llamas-Velasco M, Gallo E, Navarro R, Sánchez-Pérez J. Hallazgos en dermatoscopia del reticulohistiocitoma cutáneo solitario. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101: 456-457.
5. Rubegni P, Mandato F, Mourmouras V, Miracco C, Fimiani M. Xanthomatous papule in a child. *Clinical and Experimental Dermatology* 2010; 35: 58-59.
6. Bakri SJ, Carlson JA, Meyer DR. Recurrent solitary reticulohistiocytoma of the eyelid. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2003; 19(2): 162-164.

## Correspondencia:

Dra. Angélica Villanueva Otamendi  
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,  
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,  
México 06780, D.F.  
Tel. 5519 6351  
E-mail: angelica\_vo@hotmail.com