SECTOR DERMAPOTOLOGIA

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA
Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Micosis fungoide intersticial. diagnóstico diferencial con el granuloma anular intersticial

INTERSTITIAL MYCOSIS FUNGOIDES. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS WITH INTERSTITIAL GRANULOMA ANNULARE

Abr - Jun 2011 | Vol. 92 N°2

Sector Dermapatología
Rev. argent. dermatol. 2011; 92 (2):16 - 24
Publicado en línea 2011, Junio / Published online 2011 June
Micosis Fungoide Intersticial. Diagnóstico diferencial con el Granuloma Anular Intersticial

Autores | Contacto

RE Achenbach *, LJA Lococo **, GF Sánchez *, S Monroy ****, MI Jorge ** y EH Pittaro ****

*** Jefe de Unidad Dermatología. Hospital I. Pirovano.**
**** Médicos de Planta Unidad Dermatología. Hospital I. Pirovano.**
***** Médica Patóloga del Hospital Zubizarreta y del Hospital I Pirovano.**
****** Médica Concurrente. Unidad Dermatología. Hospital I Pirovano.**

Hospital I Pirovano. Monroe 3550 (1430). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia: rachenbach@hotmail.com

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés

RESUMEN

La micosis fungoide en su variante histopatológica intersticial, puede ser confundida con el granuloma anular intersticial. Se ejemplifican dos casos de micosis fungoide intersticial y se subrayan los criterios histopatológicos para el diagnóstico diferencial, entre estas dos entidades.

PALABRAS CLAVES

Micosis fungoide intersticial; Granuloma anular intersticial; Diagnóstico diferencial.

SUMMARY

The interstitial type of mycosis fungoides and the interstitial type of granuloma annulare have several findings in common, in some cases may be difficult to differentiate them. Two cases of interstitial mycosis fungoides are presented and the histopathological features for the differential diagnosis are discussed.

KEY WORDS

Interstitial mycosis fungoides; Interstitial granuloma annulare; Histopathological differential diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La micosis fungoide intersticial (MFI) es una infrecuente variedad morfológica histopatológica de micosis fungoide, que puede ser confundida con el granuloma anular intersticial (GAI). Comunicamos dos casos de MFI y enfatizamos los criterios histológicos útiles, para el diagnóstico diferencial entre estas entidades.

CASOS CLÍNICOS

Caso Nº 1:

Mujer de 58 años con lesiones maculosas eritematosas y placas sutiles en áreas con una ligera elevación de su borde, escasa descamación, leve prurito, localizadas en los glúteos, el tronco y la raíz de miembros inferiores. Meses de evolución, la biopsia por sacabocado mostró cambios característicos de una MFI (año 2008).

Caso Nº 2:

Varón de 67 años que consultó por lesiones maculosas, en algunas áreas placas no muy elevadas, escasa descamación, poco prurito con predominio lesional en el tronco, miembros inferiores y glúteos; la histopatología de una lesión de tronco fue característica de MFI (2010) (Figs 1, 2, 3 y 4).

Fig 1: micosis fungoide intersticial, placas sutiles con escasa descamación.

Fig 2: MF intersticial, lesión anular incompleta, prurito leve.

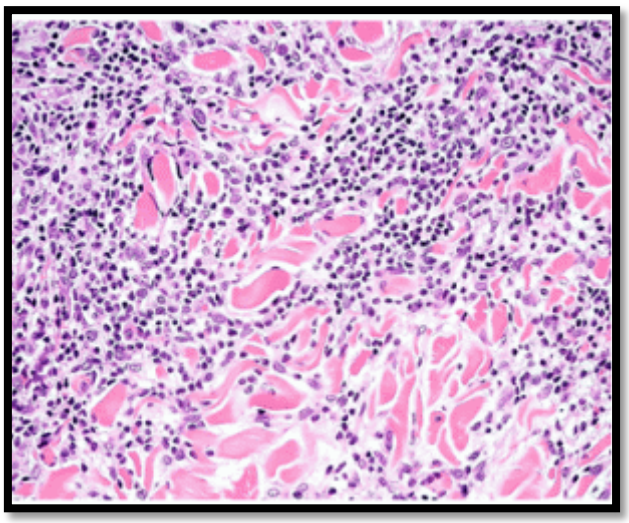

Fig 3: MF intersticial, H&E 100X, linfocitos entre los haces de colágeno.

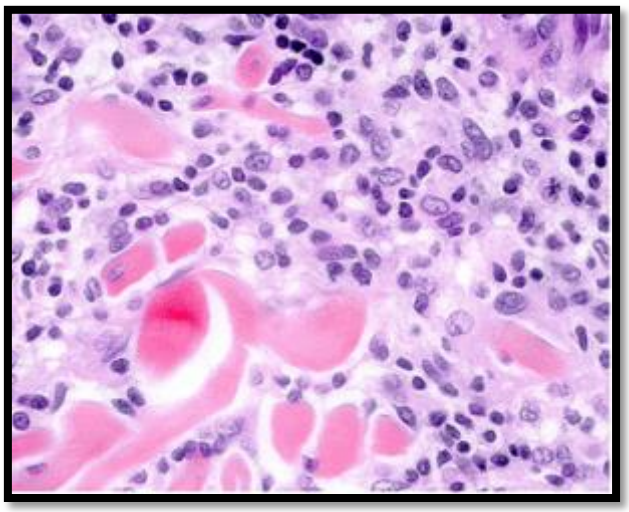

Fig 4: MF intersticial, H&E, 400X, linfocitos pequeños y medianos.

Varios casos de GAI se han diagnosticado recientemente en la Unidad de Dermatología de nuestro Hospital, de los que seleccionamos uno para mostrar las similitudes clínicas e histopatológicas (Figs 5, 6, 7 y 8).

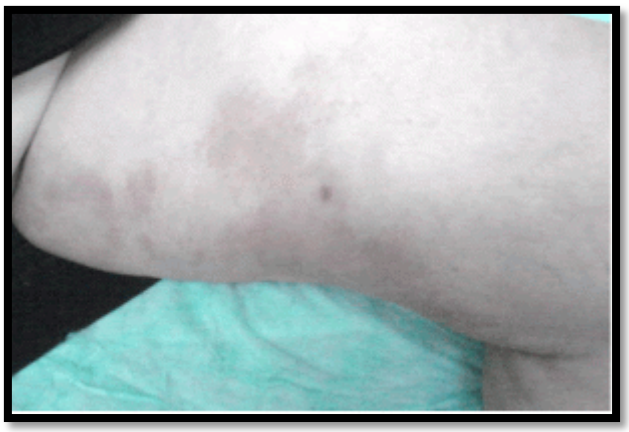

Fig 5: granuloma anular intersticial, placas con un borde levemente sobreelevado.

Fig 6: granuloma anular intersticial.

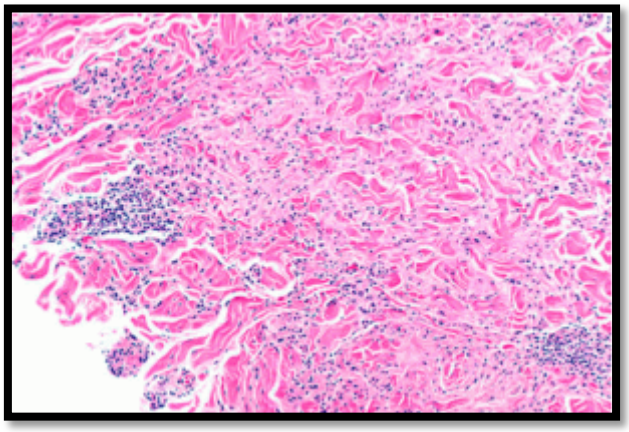

Fig 7: GAI, H&E, 100X, histiocitos entre los haces de colágeno. Colágeno focalmente alterado.

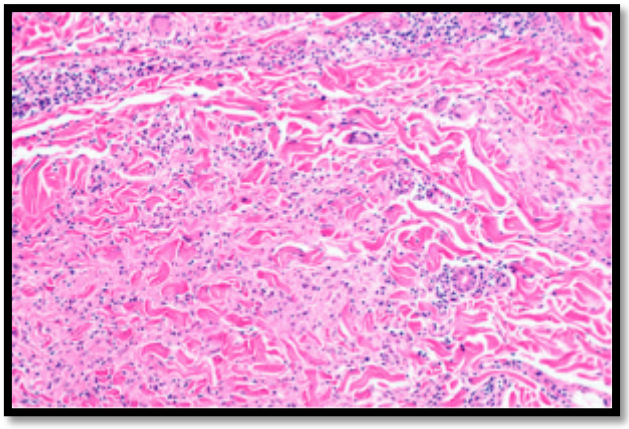

Fig 8: GAI, H&E 100X infiltrado intersticial de histiocitos en el sector superior izquierdo y centro, unas células gigantes de cuerpo extraño.

COMENTARIO

La micosis fungoide intersticial fue mencionada por Shapiro y Pinto en 1994, quienes observaron que los linfocitos se localizaban en un patrón intersticial y perivascular, remedando al granuloma anular intersticial [1]. Ackerman y cols en sus tres ediciones de su «Diagnóstico Histopatológico de las Enfermedades Inflamatorias de la Piel», establecen los principales criterios histológicos diagnósticos y en «Diagnóstico Diferencial en Dermopatología» las similitudes y diferencias entre ambas [2, 3, 4,5,6] y Tabla I.

TABLA I (modificada de 6).

Micosis fungoide intersticial	Granuloma anular intersticial
Cuando los histiocitos de disponen en forma intersticial, siempre en menor número que los linfocitos	Infiltrado monopolizado por histiocitos
Linfocitos CD4+ predominan sobre los histiocitos (CD86+) en la dermis reticular	Nunca predominan los linfocitos
En general no se observa mucina en el intersticio	Mucina, elastorrexis/lisis y alteraciones del colágeno
Ocasionalmente linfocitos con núcleo convoluto o cerebriforme	Linfocitos normales
Casi siempre linfocitos alineados en la basal o en espinosa o en el epitelio ductal ecrino, (en ocasiones focalmente)	Sin linfocitos en la basal epidermis de superficie o anexial

Di Leonardo refiere que si bien, en general la MFI y el GAI son diferentes clínicamente, histológicamente comparten rasgos en común como la presencia de células mononucleares, entre los haces de colágeno de la dermis reticular principalmente y un infiltrado perivenular de linfocitos en ambos plexos.

Si se encuentran linfocitos en la capa basal, alineados en unidades solitarias o dispersos en la capa espinosa, el diagnóstico sin duda será de MFI [2,3,4,5].

Las características clínicas de la MFI no son específicas y se puede hallar el patrón intersticial en lesiones maculosas, placas o tumores.

Su y cols en 2002 reconocen que la MFI remeda al GAI (y a la morfea inflamatoria) y estudian cinco casos comparándolos con ocho GAI. La histopatología de la MFI mostró un infiltrado dérmico intersticial de linfocitos con escasos histiocitos, en la epidermis; en todos los casos, se hallaron focalmente linfocitos, solitarios o alineados en la basal.

Por otra parte en el GAI predominaron los histiocitos epitelioides y no hubo alteraciones epidérmicas, en la mayoría de los casos la H&E fue suficiente para el diagnóstico específico y excepcionalmente la inmunomarcación, ayudó al mismo.

El infiltrado que predomina en la MFI es de linfocitos pequeños a medianos, rara vez con núcleos cerebriformes, dispuestos entre los haces de colágeno de la dermis papilar y reticular; alrededor de los vasos de los plexos superficial y profundo; ocasionalmente observaron mucina intersticial. En forma focal, en todos los casos hallaron linfocitos, en unidades alineadas en la basal o dispersas en la epidermis; menos frecuentemente se observan colecciones de linfocitos atípicos en la epidermis [7].

Recientemente se han descrito fibras de colágeno «flotando» en hendiduras pseudovasculares, rodeadas por los linfocitos atípicos en la MFI [8].

El colágeno en forma de asas de alambre desordenadas, atrapa los linfocitos en la dermis alta principalmente [9]. En la MFI los histiocitos son escasos como contrapartida, en el GAI predominan estos últimos (70-80% de histiocitos CD86+). Si bien no es el objetivo de este trabajo, en la morfea

son abundantes los plasmocitos, eosinófilos y un «compactamiento» de los haces de colágeno [10].
La MFI podría considerarse colocada en un polo del espectro morfológico lesional, mientras que la micosis fungoide con granulomas por cuerpo extraño, secundarios a la acción de los linfocitos atípicos sobre las fibras elásticas y los haces de colágeno, se encontrarían en el polo opuesto (piel laxa granulomatosa).
Además del GAI y la morfea, la MFI debe diferenciarse de: 1. los granulomas intersticiales secundarios a drogas, pueden aparecer de un mes a 25 años luego de comenzar a recibir la droga, predominan los histiocitos, elastorrexis/lisis, daño del colágeno sumado a una dermatitis de la interfase y 2. la dermatitis intersticial granulomatosa asociada a colagenopatías, predominan los histiocitos, neutrófilos y eosinófilos en un denso infiltrado, que puede alcanzar el subcutáneo con vértice en el sector superior y esbozo de empalizada, focalmente alrededor del colágeno alterado [4,5].
La MFI no ofrece un pronóstico diferente y el tratamiento es el mismo de la que no posee un patrón intersticial.
En el granuloma anular, Gones y cols han descrito alteraciones en el colágeno, las fibras elásticas y vasos en 38 biopsias de 35 pacientes. El patrón intersticial fue en su casuística el más frecuente (70%), proponen que los linfocitos T «helper» activados secretan inhibidores de los macrófagos, haciendo que estos permanezcan en el área y por intermedio de citoquinas proinflamatorias y factor de necrosis tumoral alfa (FNTα), colagenasas y metaloproteinasas alterarían el colágeno y las fibras elásticas. Recientemente algunos casos de granuloma anular extendido, se han observado al utilizar adalimumab y en otras comunicaciones han tratado al mismo, con igual droga obteniendo una buena respuesta inmediata [11,12,13,14]. Los patrones histopatológicos más frecuentes del granuloma anular son: el intersticial, en empalizada, subcutáneo y perforante. La micosis fungoide posee muchas más variantes clínicas e histopatológicas, que no son consideradas en este trabajo.

CONCLUCIÓN

La MFI y el GAI comparten, en ocasiones, rasgos histopatológicos que pueden llevar a confusión y error diagnóstico; se deben subrayar los datos de la correlación clínico-patológica, ofrecerle al patólogo datos clínicos detallados y este debe tener en cuenta los criterios establecidos para el diagnóstico diferencial. Si el caso es dificultoso, la inmunomarcación y la consulta a un colega con mayor experiencia será de utilidad, para resolver el diagnóstico y de este modo beneficiar al paciente.

REFERENCIAS

1. Shapiro PE y Pinto FJ. The histologic spectrum of mycosis fungoides/Sézary syndrome (cutaneous T-cell lymphoma) Am Surg Pathol 1994; 18: 645-667.

2. Ackerman AB, Chongchitnant N, Sánchez J y col. Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases. An algorithmic method based on pattern analysis. Segunda Edición. Williams & Wilkins. Baltimore. Estados Unidos de Norteamérica. 1997; 839.

3. Ackerman AB, Boer A, Bennin B y col. Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases. An algorithmic method based on pattern analysis. Tercera Edición. Ardor Scribendi. New York. Estados Unidos de Norteamérica. 2005; 839.

4. Di Leonardo M. Pattern analysis: interstitial type of granulomas annulare vs interstitial type of mycosis fungoides vs interstitial granulomatous dermatitis with arthritis. Dermopathol Pract Concep 1998; 4: 320.

5. Oshitani Y y Ackerman AB. Interstitial Pattern: A novel formulation of that particular distinctive design with mycosis fungoides as stereotype. Dermopathol Pract Concep 2003; 9: 4.

6. Ackerman AB, White W, Guo Y y col. Differential Diagnosis in Dermatopathology IV. Lea & Febiger. Pennsylvania. Estados Unidos de Norteamérica. 1994; 34.

7. Su LD, Kim YH, Le Boitt PE y col. Interstitial mycosis fungoides, a variant of mycosis fungoides resembling granuloma annulare and inflammatory morphea. J Cutan Pathol 2002; 29: 135-141.

8. Ferrara G, Crisman G, Zalaudek I y col Free-Floating Collagen Fibers in Interstitial Mycosis Fungoides. Am J Dermatopathol 2010; 32: 352-356.

9. Ackerman AB, Denianke K, Sceppa J y col. Mycosis Fungoides: Perspective Historical Allied with Critique Methodical for the Purpose of Illumination Maximal. Ardor Scribendi. New York. Estados Unidos de Norteamérica. 2008; 271.

10. Hong W, Barusevicius A y Stuart RL. Granuloma annulare with a mycosis fungoides-like distribution and palisaded granulomas of CD86-positive histiocytes. J Am Acad Dermatol 2004; 51: 39-44.

11. Gones P, Guktay F, Mansur T y col. Collagen-elastic tissue changes and vascular involvement in granuloma annulare: a review of 35 cases. J Cutan Pathol 2009; 36: 838-844.

12. Kluger N, Moguelet P, Chaslin-Ferbus D y col. Generalized Interstitial Granuloma Annulare Induced by Pegylated Interferon-Alpha. Dermatology 2006; 213: 248-249.

13. Calatayud-Martorell A, Balmer N, Cardona L y col. Interstitial Granulomatous Drug reaction to Adalimumab. Am J Dermopathol 2010; 32 (4): 408-409.

14. Werchau S, Enk A y Hartmann M. Generalized interstitial granulomas annulare-response to Adalimumab. Inter J Dermatol 2010; 49: 457-460.