

Utilidad de la ecografía en el diagnóstico diferencial de un nódulo doloroso en el tórax



Value of Ultrasound as a Diagnostic Tool for a Painful Thoracic Nodule

Sra. Directora:

El diagnóstico clínico de los nódulos dolorosos es difícil debido a la falta de características clínicas específicas y al gran número de diagnósticos diferenciales¹. La ecografía Doppler de alta resolución (EDAR) es una herramienta muy valiosa en el diagnóstico y seguimiento de múltiples enfermedades dermatológicas tumorales, vasculares e inflamatorias².

Presentamos el caso de un paciente joven con un nódulo doloroso en el tronco, en el cual la EDAR fue útil en su evaluación y diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Varón de 35 años sin antecedentes patológicos relevantes que consultó por una lesión dolorosa en el hemitórax izquierdo de 4 meses de evolución, de crecimiento lentamente progresivo y aumento del dolor en los últimos 2 meses.

En la exploración física se observó una zona levemente azulada, mal definida, en el hemitórax izquierdo anterior a la línea axilar media. Se palpaba con dificultad un pequeño nódulo blando, móvil y doloroso al tacto. La dermatoscopia mostró una zona azul-violácea central, rodeada de un halo eritematoso (fig. 1 a).

Se realizó una EDAR con una sonda de 22 MHz (MyLab Class C, Esaote) que mostró una imagen anecoica bien delimitada localizada en la dermis y la hipodermis, de forma redondeada en el eje longitudinal y polilobulada en el eje transversal, con un septo en su interior, que medía 11,9 mm en el eje transversal, 5,9 mm en el eje longitudinal y 4,2 mm de espesor. La lesión presentaba refuerzo posterior. El modo power Doppler evidenció escasa vascularización intralesional, con vasos venosos y arteriales de baja velocidad que

medían entre 0,2 y 0,4 mm de diámetro; en el Doppler espectral los vasos arteriales presentaban un pico sistólico máximo de 2,2 cm/seg (fig. 2). Por las características ecográficas se sospechó un tumor subcutáneo benigno o un hematoma. Sin embargo, debido al tiempo de evolución y sintomatología del paciente se procedió a la delimitación ecográfica de los márgenes tumorales y se extirpó quirúrgicamente.

La histología mostró una tumoración densamente celular y bien delimitada en la dermis, compuesta por 2 tipos celulares: unas pequeñas e intensamente basófilas dispuestas alrededor de otras grandes y pálidas, que se agrupaban formando estructuras ductales (figs. 1 b y c). Tales hallazgos eran compatibles con el diagnóstico de espiroadenoma ecrino (EE).

Discusión

El EE es un tumor infrecuente, generalmente benigno, originado a partir del componente ecrino de las glándulas sudoríparas. Generalmente se presenta como una tumoración única, característicamente dolorosa, localizada habitualmente en el tronco de adultos jóvenes. La piel puede adquirir un tono azulado o eritematoso como en el caso presentado. Histológicamente se caracteriza por nódulos bien delimitados con intensa celularidad y 2 poblaciones celulares, una externa de células pequeñas y núcleo hiper cromático, y otra interna de células grandes y pálidas³.

El diagnóstico diferencial del EE es bastante amplio e incluye dermatosis inflamatorias, neoplasias y metástasis¹. La EDAR puede ayudar en el diagnóstico; en los escasos trabajos publicados en los que se ha realizado ultrasonografía a un EE lo describen como una imagen lobulada bien delimitada, hipo o anecoica, localizada en la dermis o en la hipodermis, con flujo vascular variable, presentando generalmente vascularización periférica³⁻⁵. Su localización dermo-hipodérmica permite excluir ecográficamente otras tumoraciones nodulares dolorosas como angioliomas, neurofibromas, neuromas, schwannomas, tumor glómico, endometriomas y leiomiomas¹, que habitualmente se localizan en el tejido celular subcutáneo (tabla)^{2,6-8}. El diagnóstico diferencial ecográfico se debe realizar con

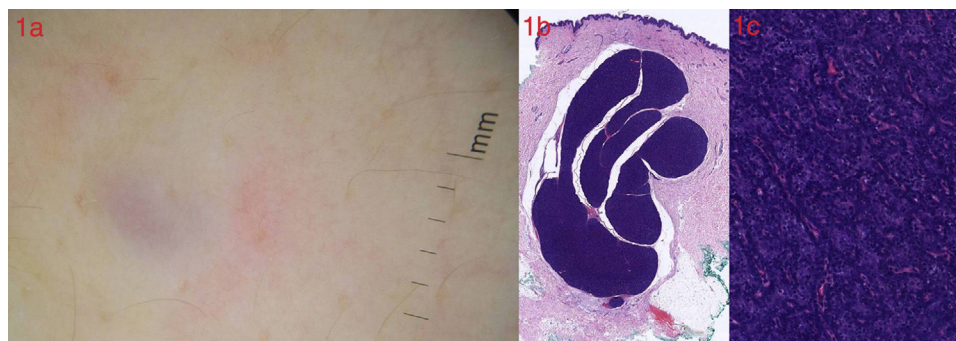


Figura 1 a. Dermatoscopia (DermLite II Pro HR, 3 Gen): zona azul-violácea central, rodeada de un halo eritematoso. b. Tumoración bien delimitada, polilobulada, situada en la dermis (H-E \times 2). c. La tumoración está constituida por una proliferación epitelial bifásica, que consta de células de pequeño tamaño dispuestas alrededor de células con citoplasma más amplio y claro que forma estructuras ductales. Ausencia de atipias o figuras de mitosis (H-E \times 20).

Tabla Diagnóstico diferencial y características ecográficas de lesiones dermo-hipodérmicas dolorosas

	Localización	Características ecográficas en modo M	Características en modo Doppler color
Dermatofibroma	Dérmica	Imagen ovalada anecoica o hipoecoica, heterogénea y mal definida	Sin aumento de vascularización
Quiste epidérmico	Dermo-hipodérmica	Imagen redondeada bien definida, anecoica o hipoecoica. Puede presentar ecos brillantes en su interior (depósitos de queratina o colesterol). Presenta refuerzo posterior y sombras acústicas laterales. Puede observarse el punctum (tracto hipoecoico conectando con epidermis)	Sin aumento de vascularización, excepto inflamación o rotura
Quiste tricolémico	Dérmica o hipodérmica	Imagen redondeada bien delimitada, anecoica o hipoecoica, se pueden observar estructuras hiperecoicas lineales en su interior (restos foliculares o calcificaciones)	Escasa vascularización periférica
Pilomatricoma	Dermis o hipodermis	Imagen redondeadas bien definidas, con calcificaciones en su interior, halo hipoecoico en periferia, sombra acústica posterior	Abundante vascularización periférica o en su interior
Hidrocistomas	Dérmica	Lesión ovalada bien definida y anecoica, con refuerzo posterior. Puede comprimir músculos adyacentes	Sin aumento de vascularización
Espiroadenoma ecrino	Dermo-hipodérmica	Imagen anecoica o hipoecoica, bien delimitada, a veces polilobulada, con refuerzo posterior	Aumento de vascularización periférica
Schwanoma	Dermo-hipodérmica	Lesión anecoica o hipoecoica heterogénea, bien definida. A veces se pueden observar tractos aferentes o eferentes	Generalmente sin aumento de vascularización
Metástasis	Dermo-hipodérmica	Imagen hipoecoica o anecoica bien delimitada, pueden presentar refuerzo posterior	Aumento de vascularización
Tumor glómico	Hipodérmica	Lesión hipoecoica bien delimitada	Moderada o abundante vascularización en el interior del tumor
Leiomioma	Hipodérmica	Imagen heterogénea hiperecoica y bien delimitada, con una gruesa cápsula. Puede presentar calcificaciones y septos en su interior	Moderada vascularización intratumoral
Neuroma	Hipodérmica	Lesión hipoecoica redondeada u oval generalmente bien delimitada	Generalmente hipovascular
Endometrioma	Hipodérmica	Imagen nodular hipoecoica redondeada u oval mal delimitada, con un halo hiperecoico	Escasa vascularización intratumoral
Angiolipoma	Hipodérmica	Lesión hiperecoica y heterogénea bien delimitada	Escasa a moderada vascularización intratumoral

Fuente: Echeverría-García et al.²; Jin et al.³; Wortsman⁶; Stock et al.⁸; y Savelli et al.⁷.

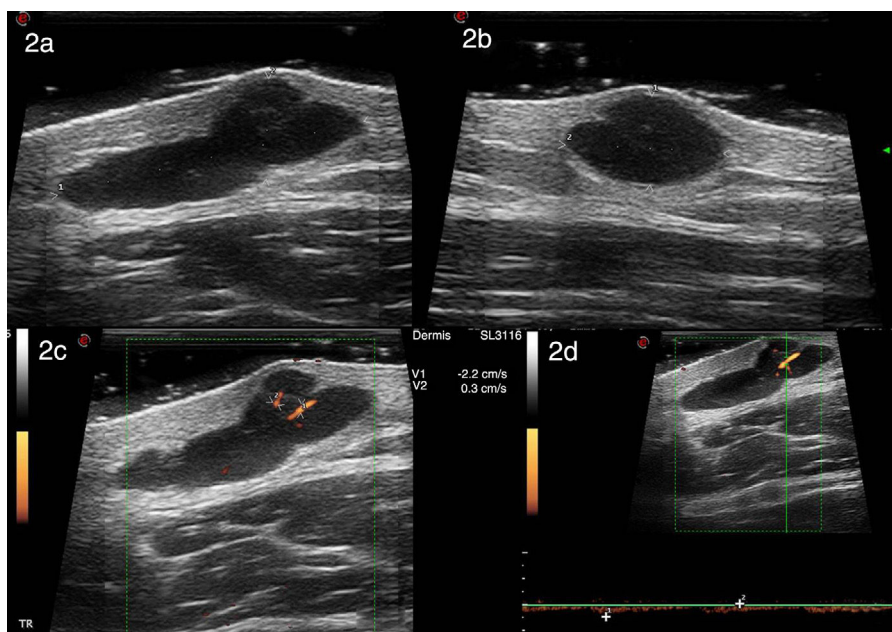


Figura 2 Ecografía de alta resolución con sonda de 22 MHz (MyLab class C, Esaote): imagen bien delimitada anecogénica polilobulada, con un septo en su interior, localizada en la dermis y la hipodermis que presenta refuerzo posterior y mide 11,9 mm de diámetro transversal (a) y 5,9 mm de diámetro longitudinal (b). Con power Doppler se evidencia escasa vascularización intralésional con vasos arteriales y venosos que miden entre 0,2 a 0,4 mm de espesor (c). En el Doppler espectral los vasos arteriales presentaban un pico sistólico máximo de 2,2 cm/seg (d).

lesiones dermo-hipodérmicas potencialmente dolorosas como el quiste epidérmico, el quiste tricolemal, el pilomatricoma, del ermatofibroma, el hidrocistoma y el schwannoma, entre otros, sin olvidar las metástasis cutáneas (tabla)^{2,6}. Es fundamental la evaluación de la vascularización de la lesión mediante el modo Doppler, el cual puede ayudar a descartar malignidad con una alta sensibilidad y especificidad⁹.

Curiosamente, pese a ser un tumor sólido, el EE puede presentarse ecográficamente como una lesión quística. Datos preliminares sugieren que diversos tumores como schwannomas, leiomiomas, dermatofibromas, dermatofibrosarcomas protuberans, histiocitomas y EE, todos ellos tumores sólidos en el examen histológico, pueden presentar ocasionalmente patrones anecogénicos, con refuerzo posterior e incluso ausencia de flujo en el estudio Doppler color, y ser confundidos con quistes llevando a errores diagnósticos⁵. La incidencia de tumores sólidos con características ecográficas quísticas fue del 5% en una serie de 430 casos⁵. Lange et al. consideran que ello se explicaría por las características histológicas de la lesión: cuanto más homogénea y densa sea la población celular, más probabilidades de que pueda presentarse como una lesión homogénea bien definida, hipocóica y con refuerzo posterior¹⁰.

En el caso de nuestro paciente la EDAR permitió una aproximación diagnóstica frente a un tumor infrecuente y de difícil diagnóstico como es el EE. Un amplio espectro de tumores, incluido el EE, pueden presentarse clínicamente como nódulos dolorosos y ecográficamente como lesiones quísticas o pseudoquísticas, siendo fundamental evaluar estas lesiones en ambos ejes, con y sin compresión, y medir

su vascularización con el modo Doppler para evitar errores diagnósticos y terapéuticos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Naversen DN, Trask DM, Watson FH, Burket JM. Painful tumors of the skin: «LEND AN EGG». *J Am Acad Dermatol.* 1993;28:298–300.
2. Echeverría-García B, Borbujo J, Alfigeme F. The use of ultrasound imaging in dermatology. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:887–90.
3. Jin W, Kim GY, Lew BL, Yang DM, Kim HC, Ryu JK, et al. Sonographic findings of an eccrine spiradenoma: Case report and literature review. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med.* 2008;27:813–8.
4. Balaban M, Idilman IS, Unal O, Dumlu EG, Yazgan A, Ipek A. Sonographic and sonoelastographic findings of a rarely seen soft tissue tumor: Eccrine spiradenoma. *J Med Ultrason.* 2001;28:587–90.
5. Lee MH, Kim NR, Ryu JA. Cyst-like solid tumors of the musculoskeletal system: An analysis of ultrasound findings. *Skeletal Radiol.* 2010;39:981–6.
6. Wortsman X. Common applications of dermatologic sonography. *J Ultrasound Med.* 2012;31:97–111.
7. Savelli L, Manuzzi L, Di Donato N, Salfi N, Trivella G, Ceccaroni M, et al. Endometriosis of the abdominal wall: Ultrasonographic and Doppler characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;39:336–40.

8. Stock H, Perino G, Athanasian E, Adler R. Leiomyoma of the foot: Sonographic features with pathologic correlation. *HSS J Musculoskelet J Hosp Spec Surg*. 2011;7:94–8.
9. Giovagnorio F, Andreoli C, de Cicco ML. Color Doppler sonography of focal lesions of the skin and subcutaneous tissue. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med*. 1999;18:89–93.
10. Lange TA, Austin CW, Seibert JJ, Angtuaco TL, Yandow DR. Ultrasound imaging as a screening study for malignant soft-tissue tumors. *J Bone Joint Surg Am*. 1987;69:100–5.

D. Morgado-Carrasco^a, S. Gómez^a, L. Alós^b
y P. Giavedoni^{a,*}

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicios de Anatomía Patológica, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: giavedonip@gmail.com (P. Giavedoni).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.010>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Es el signo de Hutchinson patognomónico de melanoma subungueal?



Is Hutchinson's Sign Pathognomonic of Subungual Melanoma?

Sra. Directora:

La melanoniquia longitudinal corresponde a la pigmentación café clara, oscura o negra de la lámina ungueal. Esta condición puede observarse como una característica étnica en población negra, latinoamericanos y asiáticos. Puede estar presente también en algunas condiciones benignas como traumatismos, uso de fármacos, infecciones y en lesiones melanocíticas tales como lentigos ungueales y nevos, así como también puede asociarse a la presencia de melanoma subungueal (MS). El MS es infrecuente, con incidencias entre 0,7-3,5% de todos los melanomas en población general¹. La dermatoscopia ayuda en el diagnóstico diferencial². Uno de los hallazgos que orientan a MS es el signo de Hutchinson (SH), pigmentación periungueal en los pliegues ungueales e hiponiquio^{3,4}. El SH se ha considerado como un signo ominoso, correspondiendo a la extensión radial del MS. Sin embargo, puede observarse en condiciones benignas como el signo de «pseudohutchinson» (visión del pigmento a través de la cutícula por transparencia de esta)^{4,5} y en algunas lesiones melanocíticas benignas como los nevos congénitos, lo cual puede hacernos sospechar de MS⁶⁻⁸, a pesar de ser muy infrecuente en la población pediátrica.

Caso clínico

Una mujer de 25 años de edad presenta una melanoniquia longitudinal del dedo índice derecho desde los 8 años de edad, sin variación en el tiempo. Al examen físico se observa una paciente con fototipo III con una banda longitudinal pigmentada, color café oscuro, de 2 mm de ancho, en el segundo dedo de mano derecha. Destaca la presencia de signo de Hutchinson (fig. 1). La dermatoscopia mostró un patrón de bandas paralelas longitudinales, color café, con SH en el pliegue proximal y lateral (fig. 2). Se realizó

una biopsia con escisión de la matriz, además de los pliegues comprometidos. El informe mostró un tejido ungueal de epitelio escamoso con maduración epitelial conservada, levemente acantótico, con melanosis epitelial basal, sin proliferación melanocítica lentiginosa ni en nidos, con aislados melanófagos en el estroma. Tinción de PAS negativa y no se observó signos de hemorragia (fig. 3). Estos hallazgos son compatibles con lentigo ungueal. La paciente evoluciona con un resultado estético y funcional aceptable a los pocos meses.

Discusión

Diferenciar el origen benigno o maligno (MS) de las melanoniquias es un reto. Para ello se analizan 3 pasos: primero si el pigmento corresponde a melanina u otro pigmento; segundo establecer si el aumento de melanina se debe a activación o proliferación melanocítica. Las bandas de pigmento de color gris homogéneo sugieren activación melanocítica, mientras que bandas de coloración café o negras sugieren proliferación melanocítica a la dermatoscopia²; y tercero determinar si la proliferación melanocítica corresponde a una condición benigna (nevos adquiridos, congénitos, lentigos) o maligna (MS). La pérdida del paralelismo, aumento progresivo del grosor de la banda ungueal, la heterogeneidad del pigmento,

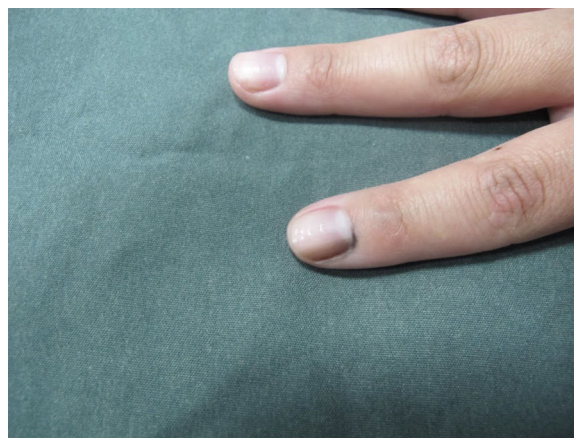


Figura 1 Aspecto clínico: melanoniquia longitudinal, con pigmentación periungueal (SH).