

11212

(4) 2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**"RETICULOHISTIOCITOSIS MULTICENTRICA"
A PROPOSITO DE UN CASO**

**TESIS DE POST-GRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA
P R E S E N T A**

DRA. DENNIS MARGOTH ROJANO FRITZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ERNESTO MACOTELA RUIZ



IMSS
SEGURIDAD PARA TODOS

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE CRONO**

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION-----	1
ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS-----	1
SINONIMIAS -----	2
SINTOMAS Y SIGNOS -----	3
EXAMENES COMPLEMENTARIOS-----	4
EVOLUCION CLINICA -----	5
TRATAMIENTO -----	5
DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES: cuadros;1-2-3-4.	
CASO CLINICO -----	6
DISCUSION -----	10
RESUMEN DEL CASO -----	12
BIBLIOGRAFIA-----	13

RETICULOHISTIOCITOSIS MULTICENTRICA

1. INTRODUCCION

La reticulohistiocitosis multicéntrica según Dagon(1); es un desorden raro caracterizado por nódulos mucocutaneos y una variedad de signos y sintomas locales con histopatología típica y células gigantes multinucleadas, histiocitos cuyo citoplasma tiene aspecto de vidrio esmerilado. La etiología de la reticulohistiocitosis multicéntrica es desconocida. Muchas veces las lesiones cutáneas preceden a la artritis de 6 meses a 1 año.

Algunos autores señalan a Targett como el primero en describir la reticulohistiocitosis multicéntrica en 1897. En 1932 Caro y Seneer estudiaron un paciente con múltiples tumores cutáneos e informaron la biopsia del caso como granuloma reticulohistiocitario(2). No obstante la primera descripción completa de la enfermedad es la hecha por Weber y Freudenthal en 1937 utilizando el termino de xantomatosis. El segundo caso estudiado en 1944 corresponde a Portugal, con Pialho y Miliano quienes lo designaron como histiocitomatosis de células gigantes generalizado.

Algunos autores como Davies, Wood, Montgomery lo denominaron reticulohistiocitoma. Johnson y Tilden lo designaron como granuloma reticulohistiocitario y en 1952 Caro y Seneer(1-2), sugirieron el término de reticulohistiocitoma a la afección papulo-nodular de la piel asociada a manifestaciones articulares. En 1954 Purvis y Helwing, del Instituto de patología de las Fuerzas Armadas de Washington, publican 44 ejemplos de estas lesiones sin compromiso articular

utilizando la denominación de granuloma reticulohistiocitario. En el mismo año Goltz y Laymen(2), proponen separar a los pacientes con lesiones solitarias o escasas ó sin compromiso articular del grupo de los enfermos con el síndrome completo de alteraciones cutáneas asociadas a artritis. Para este último grupo introducen el término de "Reticulohistiocitosis multicéntrica".

En 1957 Warin utiliza por primera vez para la entidad cutáneo-articular, la denominación de dermatoartritis-lipoid de(2). Por su parte Winkelman y Muller(2), describen en -- 1963 con el nombre de "Histiocitoma Eruptivo Generalizado", a una afección reticulohistiocitaria benigna, caracterizada por numerosas lesiones maculosas o tumorales, localizada en tronco y áreas proximales de las extremidades cuya estructura histológica se encontraba constituida por una imagen representada por acúmulos de células reticulares e histiocitarias entre los haces colágenos dérmicos. Con estos hallazgos histológicos unidos a la falta de una artritis destructiva, concluyen que ésta entidad es diferente a la reticulohistiocitosis multicéntrica.

La reticulohistiocitosis multicéntrica ha sido descrita también bajo los siguientes términos:(3).

Dermatoartritis lipoides

Histiocitomatosis de células gigantes

Histiocitosis de células gigantes

Granuloma reticulohistiocitario

Reticulohistiocitosis de células gigantes

Reticulohistiocitoma

Reumatismo lipoides

Xantomatosis normocolesterolemica

Xantomatosis no diabética cutánea

Reticulohistiocytosis

Reticulohistiocitoma de células gigantes

Lipoidosis que simula artritis reumatoidea

SINTOMAS Y SIGNOS:

En base a una revisión de Orkin, M; Goltz, R; Good, R; (4), se caracteriza por una erupción de papulas y/o nódulos de color amarillo a marrón, que se localiza en dedos, manos, antebrazos, codo, espalda, torax, nariz, oreja, cuello, las lesiones son recurrentes la morfología varia mucho con la topografía. Las pápulas como pliego predominan en la frente, entrecejo, mejillas, nariz, son de color castaño, en las orejas las papulas eritematosas predominan en el borde externo, y los nódulos en el conducto auditivo externo, en los hombros las pápulas al agruparse forman placas que simulan neurodermatitis localizada, en la espalda papulas y nódulos se asocian con escoriaciones múltiples y predominan en parte superior. En abdomen se presentan papulas y nódulos, en la región sacrococcigea y glutea la coalescencia de papulas y nódulos producen difusas placas liquenificadas.

La mucosa de labios y lengua son de las más afectadas por pápulas y nódulos, también la mucosa bucal, gingival, faringe, laringe y esclera. Xantelasma se presentaron en tres pacientes de los reportados en la literatura y no se asoció a la reticulohistiocitosis multicéntrica. Artritis: las articulaciones que más frecuentemente ataca son: manos de esta los dedos, muñeca, hombros, pies, vertebras, articulaciones

temporomandibular, la artritis produce deformidad usualmente flexural sobre todo en dedos de manos con limitación de movimientos activos y pasivos. Sinovitis palpable en áreas interfalángicas distales, dorso de manos, muñecas, tobillos; La artritis es tan incapacitante que los pacientes se ven obligados a dejar su trabajo, los dolores severos de huesos y/o musculares preceden muchas veces la artritis(1-5-6).

La artritis mutilante se presenta en 1 de 5 pacientes con reticulohistiocitosis multicéntrica, "mano en lorgnette", igual grado de afectación en pies y cadera. La patogenia es que inicialmente hay un acortamiento de los dedos con destrucción del cartilago de las articulaciones interfalángicas así como el hueso subarticular, la piel de los dedos se torna redundante, floja en forma de pliegues, hay hiperextensibilidad de las articulaciones interfalángicas, anquilosis, deformidad permanente la cual se presenta después de los treinta años. Quietes tendinosos en la muñeca debido a la infiltración en la vaina del tendón con degeneración quística(5-6).

Otros síntomas que pueden presentarse: pérdida de peso en un período de 6 meses a varios años, fiebre de 38.9oC, que coincide con la exacerbación de lesiones en piel y alteraciones articulares, prurito, mialgia, artralgias, fatiga. Pueden aparecer: linfadenopatias, hepatomegalias, esplenomegalias, enfermedades asociadas: tuberculosis, disfunción tiroidea.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: RAYOS X.

OSEO: desmineralización y absorción de la superficie articular del hueso (con destrucción del cartilago), con bordes

netos y superficie articular amplia, puede progresar a la total desaparición de la articulación. Rx de torax infiltración pulmonar y linfadenopatías.

Otros laboratorios: Anemia no específica, velocidad de sedimentación globular aumentada o moderada, colesterol normal o aumentado en el 30% de los casos, inversión de la relación albumino-globulina, electroforesis de proteínas no hay cambios característicos, conteo de globulos blancos sin alteración(7).

Histopatología; Piel: epidermis normal, dermis abundante colagena e infiltración de histiocitos, capilares dilatados. Sinovias: las biopsias reportadas por Bortz y Vincent en la literatura no son diagnosticas, hígado: normal, huesos: histiocitos, Médula ósea: normal (8-9-10).

Evolución clínica: Las lesiones en la piel pueden aclararse, remitir, exacerbarse, pueden dejar zona de atrofia residual(1). La artritis en algunos pacientes desaparece, otra mejora, estacionarse o progresar y llegar a producir mutilación, 11 casos de la literatura no evolucionaron, 4 casos de muerte por sarcoma axilar, carcinomatosis, adenocarcinoma y caquexia progresiva(1).

Tratamiento: Para la artritis se da tratamiento sintomático, salicilatos; y para las lesiones proliferativas se han ensayado medicamentos como la azatioprina, corticoterapia, radioterapia, pero estos medicamentos no modifican la evolución(1-4).

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES DE LA RETICULOHISTIOCITOSIS MULTICENTRICA:

Enfermedad	Piel	Sist. esquelético	Radiografía	Histopatología
RETICULOHISTIOCITOSIS MULTICENTRICA	Pápulas y nódulos en piel y membranas mucosas.	Poliartritis	Destrucción y ensanchamiento de los espacios articulares, pérdida de cartilago y reabsorción de hueso.	Dermis infiltrada por histiocitos, con citoplasma en vidrio esmerilado, PAS (+).
ARTRITIS REUMATOIDEA.	Nódulos subcutáneos, pápulas en borde cubital de antebrazo, espaldas, manos y rodillas.	Artritis de articulaciones interfalángicas proximales.	Osteoporosis, erosión del cartilago que cubre la superficie articular, empalizada, flicón ensanchamiento del espacio interarticular.	Granuloma con necrosis fibrinoide, rodeada de células empalizadas, fibroblastos, histiocitos, linfocitos.
LEPRA LEPROMATOSA.	Pápulas, maculas placas en cara hombros, piernas fascie leonina, anestesia, acortamiento de los dedos.			Granuloma de la dermis, consistente en histiocitos, linfocitos, células plasmáticas.

Cuadro 1. (11-12-13-14).

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES DE LA RETICULOHISTIOCIOSIS MULTICENTRICA:

Enfermedad	Piel	Sist. esquelético	Radiografía	Histopatología
SARCOIDOSIS	eritema nudoso, escaras, pápulas placas, nódulos	Poliartralgia	Quiste en la superficie articular de los huesos pequeños.	Granuloma epitelioide dérmico.
XANTOMA DISEMINADO.	Pápulas naranja o amarillas o tumor lobulado en la superficie extensora de los miembros			células espumosas o células de Touton
FIBROLANTOMA	Tumor que aparece en áreas expuestas de personas mayores, solitario de crecimiento nodular			Tumor compuesto por fibroblasto, histiocitos, células gigantes multinucleadas, linfocitos.
RETICULOHISTIOCIOTOMA SOLITARIO	Nódulo solitario color rosa.			células grandes de bordes irregulares, núcleo vesicular, linfocitos P.M.N.

Cuadro 2. (11-12-13-14).

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES DE LA RETICULONHISTIOCIITOSIS MULTICENTRICA:

Enfermedad	Piel	Sist. esquelético	Radiografía	Histopatología
HISTIOCIOMA ERUPTIVO GENERALIZADO	Red azulada, pápulas de color carne, que se resuelven espontáneamente.		Defecto quístico en el hueso occipital.	masa reticular y células histiocíticas.
TUMOR DE CELULAS GIGANTES DE LA VAINA DEL TENDON.	Solitario o limitado número de nódulos en la vaina del tendón o membrana sinovial.	Hinchazón articular.		Proliferación de histiocitos, células gigante multinucleadas fibrosis, cristales de colesterol en los espacios articulares y la vaina tendinosa
HISTIOCIITOSIS X (Letter Siwe-hand schüller christian, granuloma eosinofílico).	Pápulas, lesiones purpúricas placas con ulceración, lesiones parecidas a xantomas.		Lesiones óseas; líticas, secuestros, infiltración pulmonar.	reacción proliferativa, células de histiocitos X, reacción granulomatosa, histiocitos vacuolados.

Cuadro 3. (11-12-13-14).

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES DE LA RETICULOHISTIOCIITOSIS MULTICENTRICA:

Enfermedad	Piel	Sist. esquelético	Radiografía	Histopatología
RETICULOSIS HISTIOCIOTOMONOCITICA	Nódulos o tumores dérmicos, localizados o generalizados, resolución espontánea.		Infiltración pulmonar en algunos casos	Células típicas de sarcoma de la piel, infiltrado dérmico.
PROTEINOSIS LIPOIDE (Urbach-Wiethe).	Nódulos en la faringe y membranas mucosas de la boca de color amarillo o marrón, nódulos en la cara articulares			Material hialino extracelular en toda la dermis, PAS (+)
LIPOGRANULOMATOSIS DISEMINADA (Farber).	Granuloma subcutáneo y periarticular.			Histiocitos en la articulación acumulación de células espumosas, PAS (+).

Cuadro 4. (11-12-13-14)

11.-CASO CLINICO PATOLOGICO.

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad cuyo padecimiento lo inició a los 10 años, siendo valorado por primera vez en el hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional en 1976. Sin antecedentes familiares de importancia y personales de haber padecido fiebre reumática a los 5 años, la cual fué tratada con penicilina con buena evolución.

Desde su inicio el padecimiento se caracterizó por lesiones maculopapulares pruriginosas que comprometían miembros inferiores con edema e hipertemia haciéndose diagnóstico de "Neurodermatitis", para la cual recibió manejo con prednisona, difenhidramina, alfaminopiridina, presentando ligera mejoría.

En 1976 fué revalorado en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, encontrándose dermatosis diseminada polimorfa caracterizada por la presencia de pápulas de diámetro variable, zona de liquenificación, descamación que comprometían principalmente torax anterior y posterior y extremidades. Se encontró además hepatomegalia de 5X5cms por debajo del reborde costal derecho, adenopatias axilares e inguinales duras y dolorosas las cuales desaparecieron espontaneamente. Se practicó biopsia ganglionar la cual mostró linfadenitis e hiperplasia del tejido reticular.

Posteriormente presentó palidez marcada de tegumentos, infiltración de cara y pabellones auriculares, alopecia de cejas, por lo que se hace diagnóstico clínico de Lepra. Al tiempo se realizan radiografías de columna y miembros superiores e inferiores, en las cuales se evidenció aumento

de la articulación metacarpofalangica e interfalangicas, desmineralización de cuerpos vertebrales. La biopsia de pabellon auricular, reportó infiltración granulomatosa crónica, la biopsia hepatica fué normal, la biopsia de piel mostró hiperqueratosis, epidermis delgada y aplanada, dermis con presencia de histiocitos, sin actividad macrofágica alrededor de los anexos. La impresión patologica fué de: Discreto infiltrado histiocitario dermico y sin bacilos ácido alcohol resistentes, biopsia de musculo normal, otros---exámenes médula osea: normocelular con reacción eosinofílica, electroforesis de proteínas con aumento de la fracción globulina, inversión de la relación albumino-globulina, velocidad de sedimentación globular aumentada, anticuerpos antinucleares, factor reumatoideo, proteína C reactiva negativos, bacilo ácido alcohol resistente negativo, colesterol bajo, PPD negativo, inmunoglobulinas G y M aumentadas con disminución del complemento. Con estos datos se fundamenta el diagnóstico de Reticulohistiocitosis Multicéntrica y se manejo con asatioprina y prednisona.

En 1986 fué valorado en el Servicio de Dermatología y Micología médica del Hospital General "Bernardo Sepulveda" del Centro Médico Nacional, encontrándose paciente con edad aparente menor a la cronológica, palidez tegumentaria generalizada, fascie cushingnoide, se encontró además vello axilar y pubiano escaso, los genitales evidenciaron prepucio redundante, bolsas escrotales con piel engrosada e hipertrófica, testiculos de 5x3x2 cms de diametro, de consistencia ligeramente blanda, epididimos hipertrofos

Dermatosis: generalizada, polimorfa que compromete ca-

ra: mejillas, mentón, lobulos de orejas, caracterizada por nódulos y pápulas de diametro variables, de color rosa, produciendo en lobulos de orejas infiltraciones; además com promete cuello, torax anterior y posterior (figura 1), que se caracteriza por la presencia de pápulas y nódulos; en miembros superiores (brazos, antebrazos, manos), lesiones papulosas, nodulares. En superficies extensoras de antebrazos placas eritematosas (figura 2), en pliegues antecubitales múltiples pápulas y nódulos de diámetros variables (fig 3). Piel de manos caracterizada por la presencia de nódulos, pápulas, piel rugosa, liquenificada, aumentó de las articulaciones interfalángicas proximales y distales (fig 4). En miembros inferiores, papulas, nódulos, piel liquenificada, huellas de rascado, ronchas y edema.

Se practicó radiografía de torax la que se reportó normal, serie osteometastásica: en la sínfisis del pubis se encuentra disminución de la mineralización, incrementado sus espacios, bordes irregulares, que se traduce como resorción subcondral, Rx de columna anteroposterior y comparativas se reporta las partes blandas adyacentes a las articulaciones interfalángicas de practicamente todos los dedos de la mano se observan aumentados de volumen y densidad como se ve en los pacientes con artritis reumatoidea en su fase inicial, no hay alteraciones osteoarticulares a excepción de discreta osteoporosis.

En la biopsia de piel se identifican la epidermis sin cambios, con acúmulos en dermis superficial y media de histiocitos perivasculariales y en el intersticio de la colágena superior (fig 5). En la microscopía electrónica se identificó

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 9 -

caron los histiocitos con citoplasma abundante, con lisoso mas tanto en la porción central como en la periférica con el sistema reticuloendoplasmico rugoso, bien desarrollado, así como el aparato de Golgi. No hay cuerpos raquetoides (cuerpos de Birberok). El núcleo es grande se identifica la herradura en su contorno típico, con actividad por la presencia de eucromatina en la vecindad de la membrana nuclear interna. Los estudios de microscopía de luz y electronica confirman el diagnóstico de Reticulohistiocitosis multicéntrica.

Otros datos de laboratorios: Hemoglobina 14.5gm/dl, velocidad de sedimentación globular aumentada, colesterol de 198 mgr/dl, inmunoglobulinas G: 250-3400 mgr/dl, IgM; 200-1050 mgr/dl, IgA; 70-800 mgr/dl, IgE; 3700 mgr/dl, factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares, bacilo ácido alcohol resistente en orina, esputo, gastrico, negativos, coprologicos: E.coli, G.lambliá, T.trichuria, Iodoameba buccalis, E. nana.

La médula ósea mostró hiper celularidad +++, con hiperplasia de las tres series predominando la blanca que madura hasta neutrofilos y eosinofilos, FSH; 0.30 mgr/ml, LH; 1.6 mgr/ml en suero, testosterona y E2 normales.

Durante la evolución de la dermatosis, ha habido periodos de remisión y exacerbación de las lesiones en piel.

Se le hizo prueba de estimulación de hormona LH-RH (100 microgramos), obteniéndose posteriormente incremento en su vello corporal (barba y labio superior), incremento en el grosor de la piel del escroto, no se aprecian cambios en el contenido escrotal. La valoración de las características

del desarrollo sexual se obtuvo un Tanner III. Con la estimulación de hormona se obtuvo incremento en los niveles basales de LH-RH, siete veces más de lo normal y de FSH, tres veces más que lo normal, los niveles de testosterona y E2 normales.

El manejo ha consistido en Azatioprina de 50-100 mgr diario, glucocorticoesteroides en dosis de 100 mgr-30mgr - con reducción de acuerdo a la evolución de la dermatosis.

DISCUSION

El caso aquí reportado es el primero con diagnóstico de Reticulohistiocitosis Multicéntrica en México; qué se presentó en un paciente mestizo del sexo masculino y que se inició a la edad de 10 años. En las publicaciones se señala que esta entidad es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 20 mujeres y 13 hombres. A diferencia de lo que se ha escrito en nuestro paciente no existieron antecedentes familiares ni de afecciones asociadas como la enfermedad de Cioter, tiroiditis, tirotoxicosis.

Es interesante señalar que las primeras lesiones que se detectaron en este caso fueron de tipo articular y solo posteriormente se asociaron lesiones cutáneas. En articulaciones se observó artralgia a las cuales se asociaron después lesiones maculo-papulares en miembros inferiores muy pruriginosas que se liquenificaron por lo que inicialmente se hizo diagnóstico de "Neurodermatitis". Estas lesiones de la piel han sido polimorfas: pápulas, maculas, placas eritematosas, liquenificación y urticaria con periodos de remisión y exacerbación. El prurito que ha sido importante produjo el

desarrollo de adenopatias axilares e inguinales en relación con la intensidad de este síntoma; el prurito, durante su evolución que produjo placas infiltradas en pabellones auriculares y cara que en ocasiones hizo adquirir el aspecto de "fascie leonina".

Durante su evolución ha sido especialmente interesante el aspecto de las manos, con piel liquenificada y con aspecto elastótico, así como la flacidez de las articulaciones que junto con el aspecto de la piel dan a las extremidades el aspecto de "manos de polichinela". A diferencia de lo que se describe en algunos casos las lesiones de la piel no han desaparecido después de 11 años y el aspecto de piel senil de las manos se ha exagerado con el tiempo siendo uno de los datos clinicos que más llama la atención.

En los estudios radiológicos mostraron en este paciente aumento del espacio de la sínfisis del pubis con reacción subcondreal como ha sido reportada por algunos autores(4). Teniendo en cuenta que el tratamiento recibido durante varios años ha sido a base de glucocorticoides, como las lesiones de osteoporosis en columna y manos son seguramente secundarias.

La Reticulohistocitosis Multicéntrica se caracteriza clinicamente por lesiones cutáneas, poliartritis fundamentalmente no siendo constante las manifestaciones poliviscerales. En nuestro caso son especialmente importantes las manifestaciones cutáneas y de poca envergadura las articulares y no se ha detectado ataque visceral. La imagen histológica corresponde en este paciente a lo que Civatte(15) clasifica dentro de las proliferaciones histiocitarias be-

nignas diseminadas con una imagen típica con infiltrado dérmico compuesto por linfocitos dispuestos alrededor de células histiocitarias. Estos histiocitos con citoplasma en vidrio esmerilado y PAS (+), mostraron las características propias de la reticulohistiocitosis multicéntrica en microscopía electrónica. Puesto que no ha habido manifestaciones viscerales, las biopsias tomadas de músculo, hígado son negativas.

Como se ha mencionado anteriormente la enfermedad del paciente ha evolucionado durante 11 años, y lo más relevante ha sido la sintomatología cutánea muy especialmente prurito, liquenificación y lesiones urticaroides, que en un principio inclusive hicieron pensar en Neurodermatitis. El tratamiento instituido en base a lo descrito por Degos (1), glucocorticoide y azatioprina han tenido acción en la evolución de la artritis y mantienen en un estado aceptable las lesiones cutáneas; y han producido un retardo en la madurez sexual. Aunque no existen manifestaciones clínicas que orienten al desarrollo de tumores malignos el paciente tiene un pronóstico delicado tanto para la función articular como para la vida en base a las series publicadas (1-3-7-9).

RESUMEN:

Se describe el primer caso de Reticulohistiocitosis Multicéntrica, estudiado en México, en un paciente del sexo masculino de 21 años de edad y en el cual las manifestaciones clínicas fueron básicamente de tipo cutáneo y articular sin haberse demostrado hasta el momento ataque visceral. El manejo con glucocorticoides y azatioprina ha sido satisfactorio.



Figura 1. Pápulas, nódulos en mejillas, orejas, cuello, torax, abdomen, brazo.



Figura 2. En superficies extensoras de antebrazos, placas eritematosas liquenificadas.



Figura 3. Pápulas y nódulos en pliegues antecubitales.

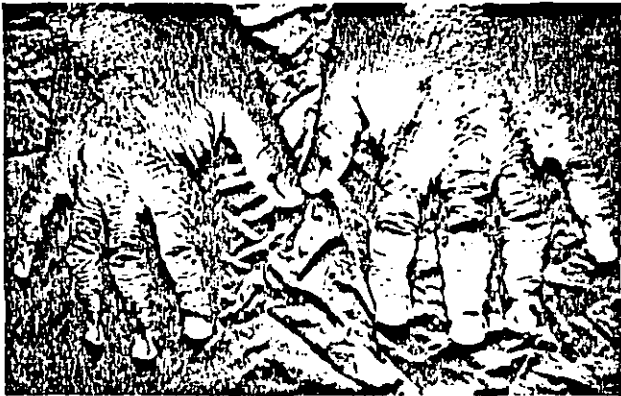


Figura.4. Piel de manos rugosa, liquenificada con pápulas y nódulos, aumento y ensanchamiento de las articulaciones interfalángicas proximales y distales. Notese el aspecto atrófico de la piel como de "viejo".



Figura 5. Microscopia de luz: epidermis sin cambios, con acumulos en dermis superficial y media de histiocitos perivasculares y en el intersticio de la colágena superior.



Figura 6. Microscopia Electronica: Histiocito que presenta prolongaciones digitiformes del citoplasma; con lisosomas tanto en la porción central como en la periférica, el núcleo presenta hendidura en su contorno con cromatina en la periferia de la membrana nuclear interna.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Degos, R.; Reticulo histiocytose Giganto-Cellulaire. Dermatologie. 2 vol. Flammarion Médecine-Sciences. Paris . 1953(rev 1979) pág 917J.
- 2-Magnin,P.; Bomchil,G.; Casas,J.: Reticulohistiocytosis Multicéntrica e Histiocitoma eruptivo generalizado. Pren Méd argent ., 1972;59:331-335.
- 3-Marshall,P.; Ryan,S.; Mah-poy,G.; Kent,J y Neldner,M.: Multicentric Reticulohistiocytosis.,1972;52:841-848.
- 4-Orkin,M.;Gutz,R.;Good,R.; Michael,A.y Fisher,I.: A Study of multicentric Reticulohistiocytosis. Arch Derm.,1964; 89:640-654.
- 5-Nans,D.;Roenigk,H.; Hawk,W y O'Duffy,J.: Multicentric Reticulohistiocytosis. Arch Derm., 1968;97:543-547.
- 6-Akkersdijk,W.: Multicentric Reticulo-histiocytosis. Dermatologica., 1968;136:424-428.
- 7-Barrow,M.; Sunderman,W.: Hackett,R y Colvin,W.: Identification of tissue lipid in lipoid Dermatoarthritis (Multicentric Reticulohistiocytosis). Am J Clin Pathol.; 1967; 47:312-324.
- 8-Tani,M.; Hori,K.; Nakanishi,T.; Iwasaki,T.; Ogawa,Y. Jimbo,

- T.; Multicentric Reticulohistiocytosis. Arch Derm., 1981; 117:495-499.
- 9-Rendall, J.; Vanhegan, R.; Smith, R.; Bowers, R.; Ryan, T. Y Vinckers, H.: Atypical Multicentric Reticulohistiocytosis With paraproteinemia. Arch Derm., 1977; 113:1576-1582.
- 10- Shimizu, N.; Ito, M y Sato, Y.: Generalized Eruptive Histiocytoma: An ultrastructural Study. J Cutan Pathol., 1987; 14: 100-105.
- 11-Bobin, P.; Carsuzaa, F.; Seurat, P. Y Lucas, D.: Histiocytoma Eruptif Généralisé. Am Derm., 1983; 110:817-824.
- 12-Lesher, J. y Allen, B.: Multicentric Reticulohistiocytosis. J Am Acad Dermatol 1984;713-723.
- 13-Hashimoto, K.; Hale, G; Hawkins, H.; Langston, C. Y Pritzker, M.: Congenital Self-Healing Reticulohistiocytosis (Hashimoto Pritzker type). Int J of Dermatol 1986;25:516-523.
- 14-Alegre, A.; González, R.; Moraleda, J. y Anta, J.: Remisión espontánea de Histiocitosis X Multisistémica. Sangre., 1984;29:338-339.
- 15-Civatte, J: Histopathologie Cutanée. Flammarion Médecine - Sciences, Paris, 1982. pág 351.