



Lenguaje dermatopatológico básico

Basic dermatopathological language

Alex Ventura-León¹

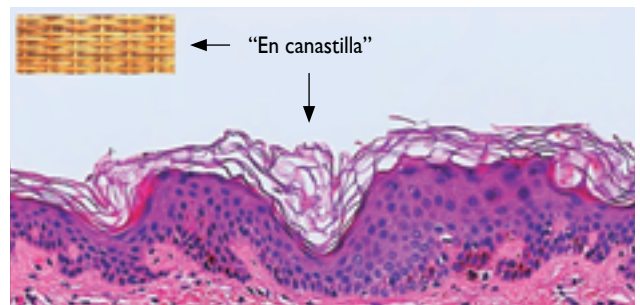
El diagnóstico en dermatopatología no siempre es directo como lo puede ser cuando se diagnostica una Queratosis Seborreica, una Queratosis Actínica o un Carcinoma Basocelular. En esos casos basta unas cuantas palabras para que tanto el dermatólogo como cualquier otro profesional de la salud entienda el mensaje que intenta dar el patólogo. Sin embargo, en el área de las enfermedades inflamatorias y/o infecciosas muchas veces el diagnóstico (cuando es posible) requiere de muchas palabras más, de hecho, requiere una adecuada descripción de los hallazgos histológicos y luego, haciendo un correlato con la información clínica, sugerir o favorecer algún diagnóstico específico. No obstante, muchas veces no hay una descripción clínica disponible por lo que el diagnóstico patológico será predominantemente descriptivo. Por esta razón, es importante conocer los términos más usados en dermatopatología para poder entender y correlacionar el informe anatomopatológico. Aunque, esta de más decir que no hay nada mejor que colocar esta información clínica en la orden de patología.

Vamos a repasar estos términos en el orden en el que usualmente se describe una biopsia. Es decir, empezando de la parte más superficial (estrato córneo) hasta la dermis. No vamos a tocar el tejido celular subcutáneo ya que cuando este suele estar afectado estamos hablando de un patrón específico y amplio que son las paniculitis y será motivo de otro artículo posterior.

ESTRATO CÓRNEO

▲ Ortoqueratosis:

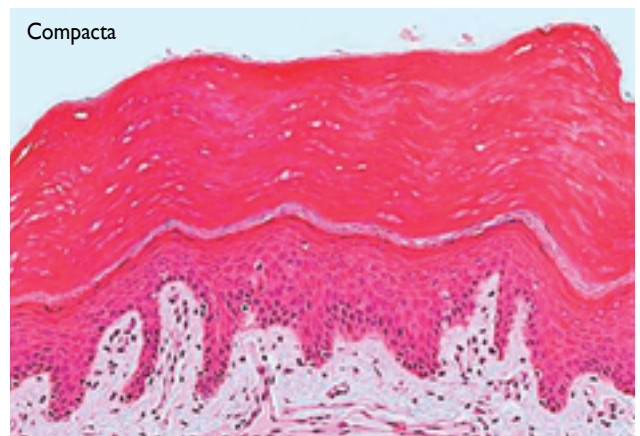
Es la formación de una capa de queratina, que puede ser de distinto grosor dependiendo de la zona anatómica, pero



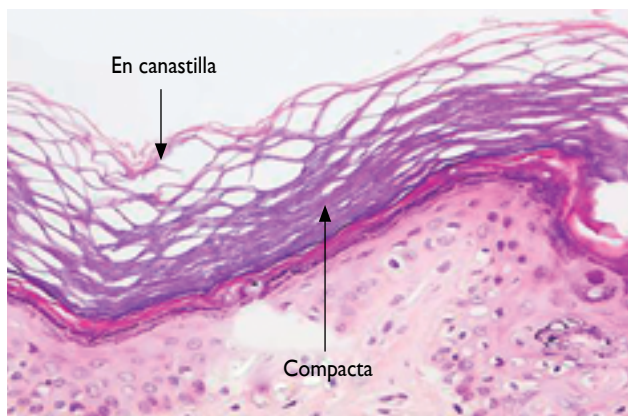
que es por definición anuclear. Suele ser también llamada “en canastilla” por la similitud del entrecruzamiento de las escamas de queratina con las que se observan en las canastillas artesanales.

A su vez, esta ortoqueratosis puede ser de dos tipos:

Compacta: cuando se pierde la trama “en canastilla” y lo que se ve es más bien una queratinización más homogénea como lo que sucede en las zonas acrales, por ejemplo. Encontrar este tipo de estrato córneo en zonas no acrales significa, usualmente, rascado crónico (liquen simple crónico/prurigo nodular).



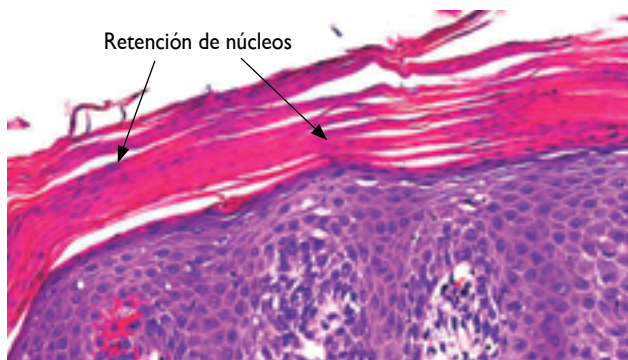
1. Médico Patólogo. Hospital Cayetano Heredia. Instituto de Patología y Biología Molecular Arias Stella.



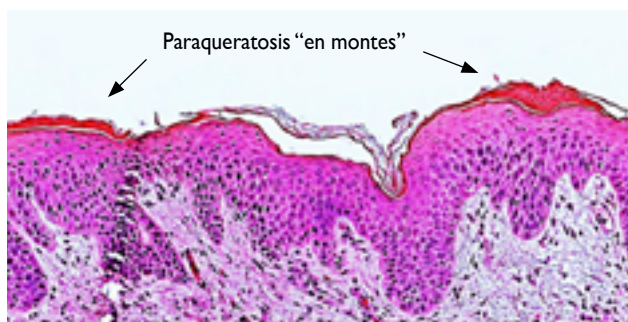
Alternante: Cuando alterna entre áreas de ortoqueratosis en canastilla y compacta. Esto ultimo suele ocurrir en estadios evolutivos y/o resolutivos de un proceso friccional o irritativo.

▲ Paraqueratosis:

Se refiere a la alteración de la queratinización normal y por ende a la presencia de núcleos, en variable cantidad, a nivel del estrato corneo.



Cuando esta paraqueratosis abarca toda la longitud de la biopsia se le denomina “extensa” (como en la imagen superior) y cuando es focal se le denomina “en montes” como ocurre en la pitiriasis rosada.

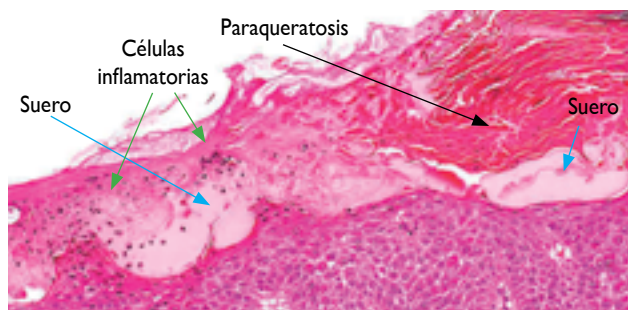


En otras ocasiones, independientemente de si es extensa o en montes, lo que va a importar es el tipo de célula que puede acompañar a la paraqueratosis, siendo una de las más importantes, y frecuentes, la presencia de neutrófilos. Esto ultimo nos suele impetiginización de un eccema o psoriasis (como en la imagen de abajo).



▲ Escama costra:

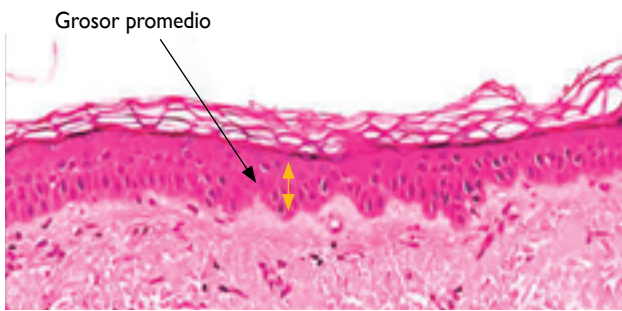
Es la combinación de suero, células / residuos inflamatorios y paraqueratosis en el estrato córneo. Se puede acompañar además de material hemático. La formación de esta escama es frecuente en todos los procesos espongióticos pero es muy rara (alejando o descartando la posibilidad) en las psoriasis.



EPIDERMIS

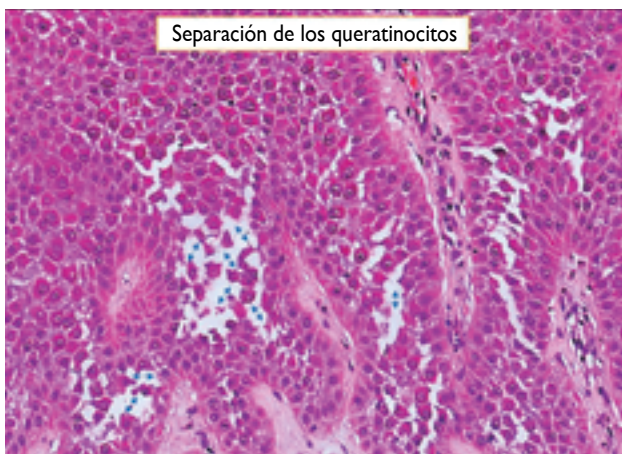
▲ Acantosis:

Etimologicamente Akanthos quiere decir Espina, por lo que acantosis es un engromamiento de la epidermis a expensas del estrato espinoso. El aumento del grosor se da por incremento en el número de células (queratinocitos) por lo que usar la palabra *hiperplasia* también es adecuado.

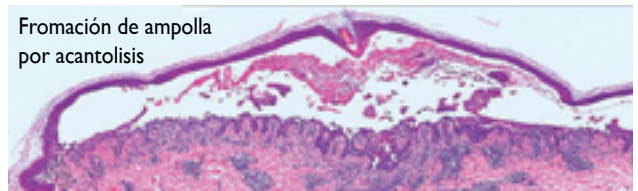


▲ Acantholisis:

Se refiere a la pérdida de cohesión entre los queratinocitos como resultado de la disolución de las conexiones intercelulares, lo cual puede dar como resultado una vesícula intraepidérmica. Es la alteración principal y diagnóstica que se encuentra en los pénfigos, ya sea foliáceo o vulgar. Aunque es bueno saber también que puede haber acantolisis como hallazgo casual o incidental en otras patologías.

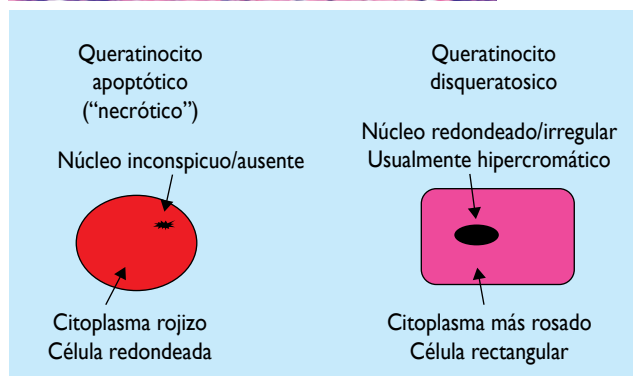
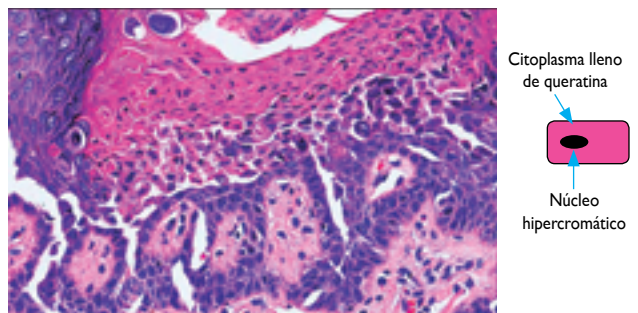


La separación suele ser muy sutil y focal (como en la imagen de arriba) o puede ser tan extensa que lo único que se observa es la formación del espacio “vacío” dejado por la ausencia de queratinocitos (ampolla).



▲ Disqueratosis:

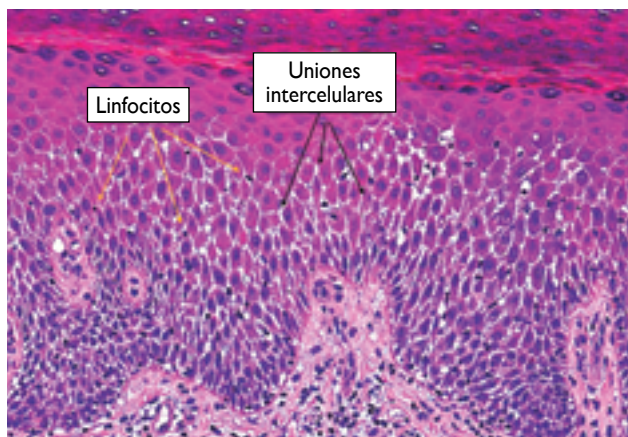
Las células disqueratósicas son queratinocitos individuales que se han llenado de queratina (en su citoplasma) de forma anormal o prematura en la epidermis y por ende se tiñen de color rosa intenso con la tinción H&E. Puede estar presente un núcleo, que suele ser irregular e hiper Cromático. Su diferencia principal con la apoptosis es que en esta última el color suele ser rojo antes que rosado y no hay (o es inconspicuo) núcleo remanente. Además, el proceso patológico subyacente es muy distinto entre una apoptosis (muerte celular) y una disqueratosis por lo que una vez correlacionado con los datos clínicos la distinción entre estos 2 procesos suele ser bastante sencilla.



Por supuesto, es importante recordar, que el color va a depender mucho de los aspectos técnicos del proceso de tinción usado en cada laboratorio.

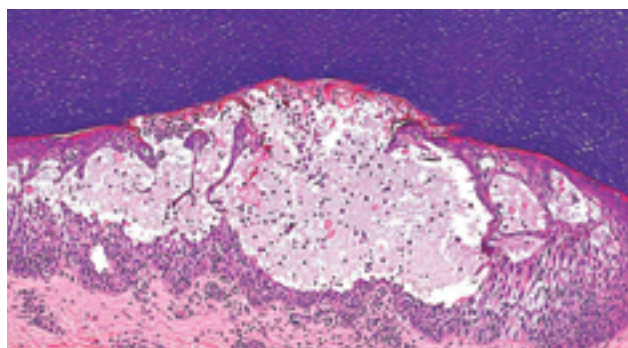
▲ Espongiosis:

Se refiere al edema, es decir acumulo de suero, entre los queratinocitos de la epidermis. Dicho edema hace que



los queratinocitos se alarguen y se estiren, haciendo visible sus uniones intercelulares. La espongiosis es el proceso básico de todos los eccemas y se suele acompañar de células inflamatorias dentro de la epidermis (exocitosis).

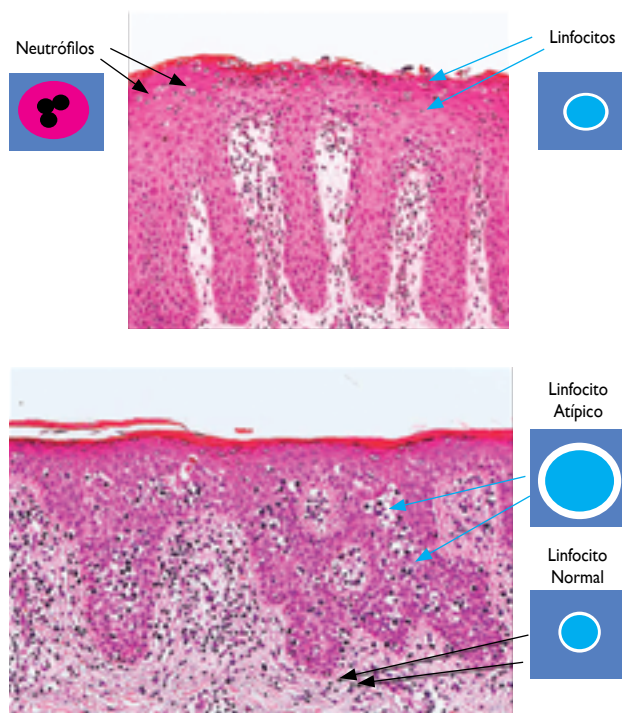
La espongiosis, en ocasiones, puede ser tan severa que puede terminar formando una vesícula espongíotica intraepidérmica como suele suceder en la dishidrosis. (imagen).



▲ Exocitosis / Epidermotropismo:

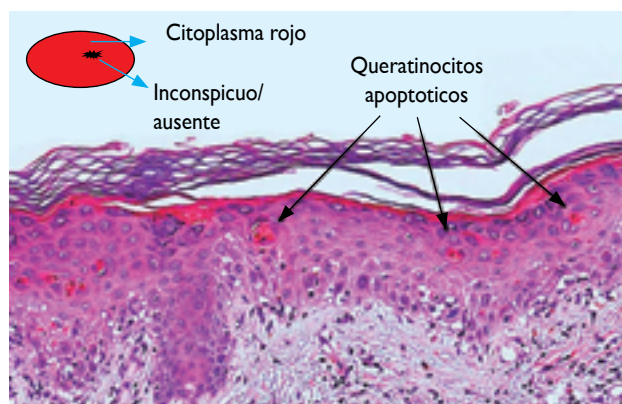
El término *exocitosis* se refiere a la presencia de células inflamatorias dentro de la epidermis. Estas células pueden ser linfocitos, neutrófilos o eosinófilos. Y como parte del proceso inflamatorio va acompañada de un grado variable de espongiosis.

Por otro lado, *epidermotropismo* se usa cuando la célula intraepidérmica es un linfocito y además muestra atipia, como en los casos de micosis fungoide. Muchas veces, sin embargo, es difícil saber si la atipia observada es reactiva o de tipo neoplásica por lo que el término *linfocitos atípicos intraepidérmicos* es preferible en ese contexto.

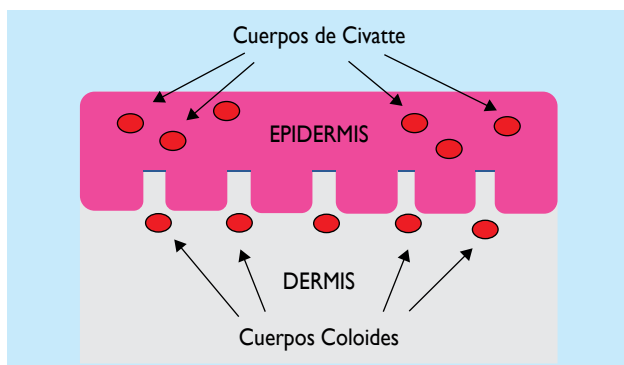


▲ Queratinocito apoptótico (“necrotico”)

Apoptosis se refiere a la muerte celular programada. Y se usa cuando vemos queratinocitos “rojos muertos” con núcleos inconspicuos o ausentes. Se suele usar muchas veces de manera intercambiable con “queratinocitos necróticos” lo cual no es correcto ya que la necrosis suele despertar una respuesta inflamatoria (entre otras diferencias) circundante que no se observa en la apoptosis.



Otros términos usados para los queratinocitos apoptóticos son el de Cuerpos de Civatte (cuando están en la epidermis) y Cuerpos coloides (cuando están en la dermis).



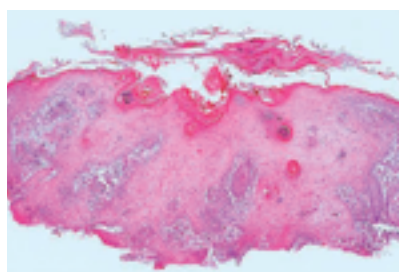
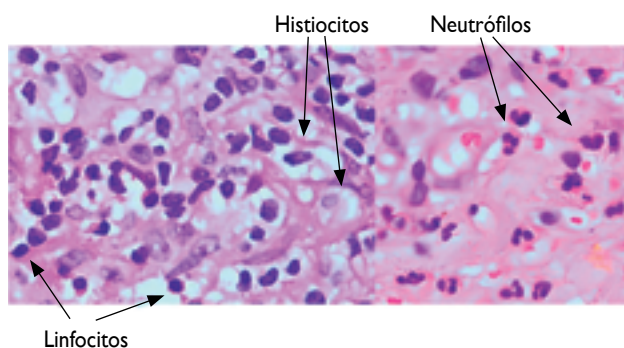
DERMIS

A nivel de la dermis es importante identificar primero la distribución del infiltrado, que puede ser perivascular (superficial y profundo), perianexial e intersticial. Y luego es necesario precisar el tipo de célula inflamatoria (neutrófilos, eosinófilos, linfocitos, mastocitos, histiocitos) del cual está conformado dicho infiltrado. De esta manera el diagnóstico diferencial se suele acortar.

▲ Células inflamatorias:

▲ Hiperplasia pseudoepiteliomatosa

Se trata de una prominente acantosis, a menudo irregular, del epitelio que simula a un carcinoma de células escamosas y de ahí el nombre ya que antes se llamaba *epitelioma* a las neoplasias epidérmicas. Otro término usado es el de *hiperplasia pseudocarcinomatosa*, tal vez, más apropiado. Este tipo de hiperplasia se suele observar en los procesos reactivos (ulceras crónicas) e infecciosos (Tuberculosis cutánea, Paracoccidioidomicosis, Cromomicosis, etc).



Elongación irregular y desordenada de las crestas epidérmicas

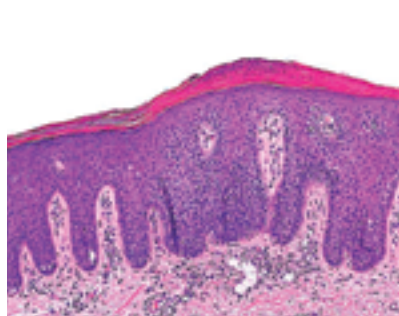
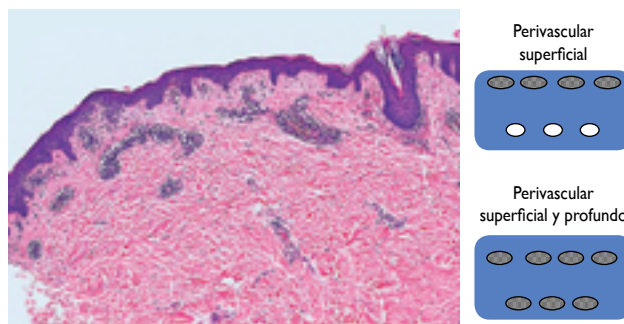


▲ Infiltrado perivascular superficial:

Es el infiltrado más frecuente de los que vamos a observar en la dermis y puede ser superficial y profundo. Deberá interpretarse en conjunto con la célula acompañante.

▲ Hiperplasia psoriasiforme:

Se refiere a la acantosis regular y ordenada de las crestas epidérmicas y, por supuesto, se observa en la psoriasis, pero también se observa en los eccemas y de ahí que el término más apropiado sea el de llamarlo dermatitis psoriasiforme.



Elongación regular de las crestas epidérmicas



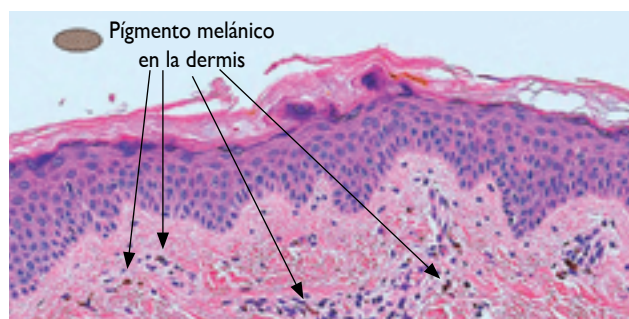
▲ Extravasación de glóbulos rojos:

Este es un evento común en todos los procesos agudos o eruptivos como la pitiriasis rosada, las reacciones medicamentosas y también, de manera secundaria, en los procesos con daño vascular como las enfermedades purpúricas y las vasculitis.



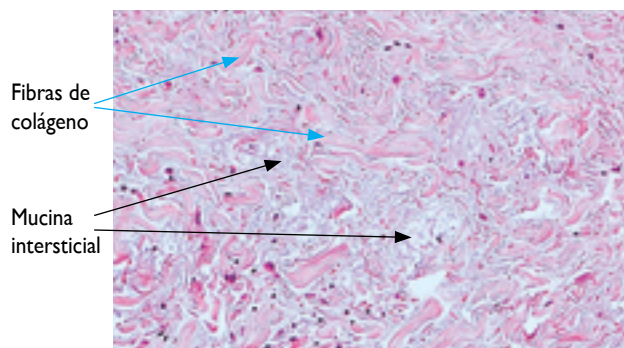
▲ Incontinencia pigmentaria:

Suele ser el único hallazgo que se observa en las lesiones clínicamente hiperpigmentadas y se traduce en la presencia de pigmento melánico a nivel de la dermis papilar. En la gran mayoría de veces no es posible (por lo tardío del proceso) saber cual fue el evento fisiopatológico desencadenante. Por lo que un liquen plano, una dermatitis cenicienta y un eritema pigmentado fijo se verán igual y no suele ser posible una distinción histológica entre estas entidades.



▲ Mucina:

La mucina es un componente de la matriz extracelular dérmica y la producen normalmente en pequeñas cantidades los fibroblastos y los mastocitos. Se trata de una mezcla amorfa y gelatinosa de glucosaminoglucanos ácidos. En la tinción con H-E se le observa de un color celeste pálido o grisáceo (dependiendo del proceso técnico de nuestro laboratorio). Se ve incrementado en las colagenopatías como Lupus y Dermatomiositis por lo cual es una gran ayuda identificar su presencia en el estudio histológico.



Correspondencia: Dr. Alex Ventura León
E-mail: drventuraleon@gmail.com

Recibido: 15-03-19
Aceptado: 20-03-19