



Mucinosis folicular en carcinoma papilar de tiroides

Follicular mucinosis in papillary thyroid carcinoma

Atilio Solís-Reyes¹, Wenceslao Castillo-Farneschi², César A. Chian-García³, Gabriela del Pilar López-Córdova⁴

RESUMEN

La mucinosis folicular es un trastorno raro de la piel que se caracteriza por la degeneración folicular debido a la acumulación de mucina dentro de la unidad pilosebácea con cambios inflamatorios asociados. Se presenta el caso de una mujer de 47 años de edad, procedente de Lima, con antecedente de carcinoma papilar de tiroides, que presenta múltiples pápulas eritematosas descamativas induradas localizadas en rostro de un año de evolución. En la histopatología se observa dilatación folicular y depósitos de mucina intrafolicular con linfocitos pequeños en el epitelio folicular, asociado a infiltración perivascular y perifolicular compuesta por linfocitos, histiocitos y algunos eosinófilos.

PALABRAS CLAVE: mucinosis folicular, depósitos de mucina.

Dermatol Peru 2020; 30 (4): 347-349

ABSTRACT

Follicular mucinosis is a rare skin disorder characterized by follicular degeneration due to the accumulation of mucin within the pilosebaceous unit with associated inflammatory changes. We present the case of a 47-year-old woman from Lima, with a previous of papillary thyroid carcinoma, who has multiple indurated scaly erythematous papules located on the face of a year of evolution. Histopathology showed follicular dilatation and intrafollicular mucin deposits with small lymphocytes in the follicular epithelium, associated with perivascular and perifollicular infiltration composed of lymphocytes, histiocytes, and some eosinophils.

KEY WORDS: Follicular mucinosis, mucin deposits.

INTRODUCCIÓN

La mucinosis folicular es una entidad rara, descrita por Pinkus en 1957, como alopecia mucinosa, caracterizada por una alopecia localizada, en cuya biopsia se describía típicamente el depósito de mucina en los folículos pilosos. Dos años después esta entidad fue renombrada como mucinosis folicular, ya que no todos los casos presentaban alopecia.¹

La patogenia de la enfermedad aún es desconocida y controversial. Se ha postulado que las estructuras celulares afectadas conducen a la producción de mucina.² Otra teoría señala un mecanismo inmunitario, demostrado por la cantidad de linfocitos T, macrófagos y células dendríticas, las cuales podrían estar implicadas en la sobreexpresión de mucina.⁽¹⁾ También se ha postulado que el demódex, por ejemplo, puede ser el causante de las alteraciones cutáneas por obstrucción mecánica y secreción de enzimas digestivas que alteran el folículo y desencadenan posteriormente una cascada inflamatoria y depósito de mucina.^{3,4}

La mucinosis folicular tiene 3 variantes clínicas. La primera es una forma aguda primaria que ocurre más comúnmente en

1. Médico Residente de Dermatología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza-MINSA.
2. Médico Dermatólogo, Hospital Nacional Arzobispo Loayza-MINSA.
3. Médico Patólogo Clínico, Hospital Nacional Arzobispo Loayza-MINSA.
4. Médico Residente de Anatomía patológica, Hospital Nacional Arzobispo Loayza-MINSA.

niños y jóvenes que se presentan con lesiones solitarias en la cabeza y el cuero cabelludo y se resuelven espontáneamente en un período relativamente corto. También podría manifestarse como una forma crónica primaria que se observa en adultos con múltiples lesiones diseminadas que tienden a reaparecer con frecuencia después del tratamiento. La tercera variante ocurre secundaria a una amplia gama de trastornos benignos (lupus eritematoso, liquen plano hipertrófico, alopecia areata) y malignos (linfoma de Hodgkin, leucemia cutis, linfoma cutáneo de células T), siendo la micosis fungoide la más documentada.²

La presentación clínica de la mucinosis folicular se presenta como placas simples o múltiples, generalmente eritematosas bien circunscritas ligeramente elevadas y sobre ellas se pueden distinguir pápulas foliculares. En ocasiones los folículos pueden dilatarse y llenarse de queratina. Existen formas atípicas de presentación como nódulos o presentaciones similares a foliculitis, alopecia areata, urticaria, alopecia cicatricial.^{5,6} Todas estas lesiones son presentadas con mayor frecuencia en cara y región del cuello.⁷

En la histología se puede encontrar infiltrado linfocitario leve a moderado alrededor de los folículos y dentro de ellos, los linfocitos pueden ser pleomorfos e hiper cromáticos. Según algunos estudios el infiltrado denso se podría asociar a proceso linfoproliferativo cutáneo.¹ Además se encuentra depósitos de mucina en los folículos o anexos sebáceos a nivel infundibular, en algunos casos, también eosinófilos. Estos hallazgos se pueden distinguir mejor con tinciones especiales como alcian blue, mucicarmin.^{7,8}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 47 años de edad, natural y procedente de Lima, con un tiempo de enfermedad de 1 año, presenta una dermatosis en rostro tratada como Rosácea con metronidazol 1% en gel sin mejoría evidente.

Al examen físico se observan múltiples pápulas eritematosas y descamativas induradas localizadas en cara. (Figura N° 1)

Antecedente patológico: carcinoma papilar de tiroides.

En los exámenes de laboratorio Hb:12.7g/dl, leucocitos 5020 mm³ (neutrófilos 63%, mielocitos 0%, linfocitos 30%, eosinófilos 3%, basófilos 1%), TSH 0,275Uui/ml, VDRL negativo, ANA negativo.

En la histopatología se observa dilatación folicular y depósitos de mucina intrafolicular con linfocitos pequeños que colonizan el epitelio folicular, asociados a infiltración perivascul ar y perifolicular compuesta por linfocitos, histiocitos y algunos eosinófilos. (Figura N° 2, 3)



Figura N° 1. A y B pápulas eritematosas y descamativas induradas diseminadas en cara.

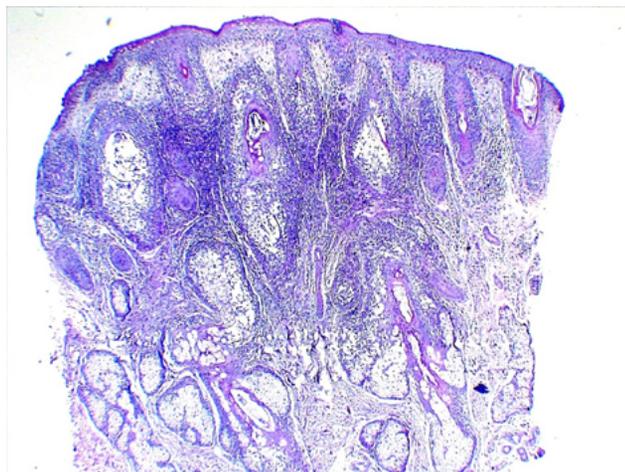


Figura N° 2. Linfocitos pequeños que colonizan el epitelio folicular, asociados a infiltración perivascular y perifollicular.

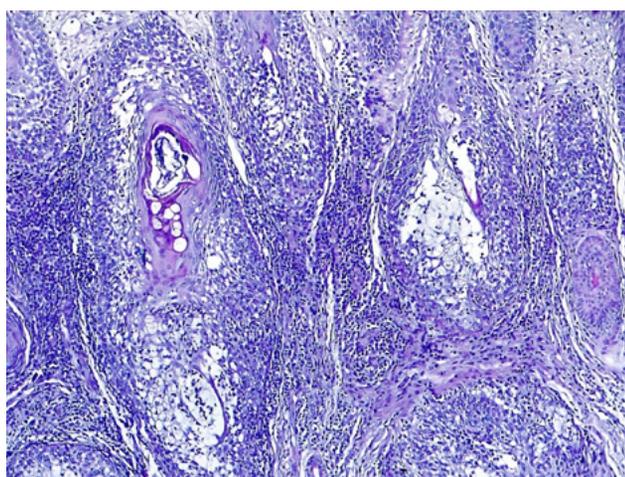


Figura N° 3. Dilatación folicular y depósitos de mucina intrafolicular. Infiltración perifollicular compuesto por linfocitos, histiocitos y algunos eosinófilos.

DISCUSIÓN

La mucinosis folicular se ha descrito generalmente como reporte de casos y pequeñas series de casos. Se presenta en pacientes jóvenes, generalmente mujeres. Clínicamente cursan con pápulas asintomáticas o pruríticas de color piel a eritematosas en las mejillas, la frente, el cuello y los brazos⁹ Las lesiones en la cabeza y el cuello son mucho más probables que sean mucinosis folicular que una micosis fungoide foliculotrópica.¹⁰ En este reporte la paciente presenta una mucinosis folicular secundaria a carcinoma papilar de tiroides, con lesiones acneiformes en rostro.

La mucinosis folicular puede ser inducida por fármacos como infliximab, imatinib, oxcarbamazepina, captopril y dextromorfano.¹¹ José M Mir-Bonafé encontró esta entidad

en el contexto de carcinoma de células escamosas, queratosis seborreica, prurigo simple, acné vulgar, fototoxicidad inducida por dextromorfano, erupción polimorfa solar, picadura de insecto, picadura de garrapata, lupus eritematoso discoide, vasculitis relacionada con drogas y demodicosis.¹² La asociación de la mucinosis folicular con neoplasias es con mayor frecuencia con las hematológicas¹⁰. No hemos encontrado referencias en la literatura médica que relacionen el carcinoma de tiroides y mucinosis folicular. La literatura reporta que las mucinosis cutáneas asociadas a trastorno tiroideo son dermatopatía tiroidea, enfermedad ocular tiroidea y mucinosis eritematosa reticular¹³⁻¹⁵.

La mucinosis folicular se diagnostica en base al aspecto clínico y la histopatología que muestra depósito de mucina en los folículos y un infiltrado linfocítico perifollicular que no cumple con los criterios para micosis fungoide^{10,16}. La acumulación preponderante de mucina relacionada con áreas fotoexpuestas se correlacionó con la intensidad del infiltrado inflamatorio perifollicular¹². La radiación ultravioleta explicaría en parte la aparición de la mucinosis folicular en el contexto del paciente.

La mucinosis folicular ha sido tratada con esteroides, dapsona, indometacina, interferón, isotretinoína, minociclina y radiación ultravioleta A, con éxito variable. En un reporte de caso que fue tratado con tacrolimus 0.1% se observó regresión total con 15 días de tratamiento¹⁷. En casos de mucinosis folicular secundaria, el tratamiento de la causa subyacente conduce a la resolución de los síntomas¹⁸. En el caso de la paciente se trató el carcinoma de tiroides, mediante tiroidectomía y sesiones con yodo radiactivo en consecuencia las lesiones cutáneas disminuyeron y algunas desaparecieron.

Las herramientas de evaluación estándar de la mucinosis folicular son el estudio del reordenamiento genético, citometría de flujo y la inmunohistoquímica para el seguimiento durante un mínimo de cinco años para permitir la detección temprana de signos de otras neoplasias malignas^{19,20}.

En conclusión, la mucinosis folicular a menudo es infradiagnosticada porque imita dermatosis inflamatorias comunes tales como rosácea y acné. Se presenta el primer caso de mucinosis folicular asociado a carcinoma papilar de tiroides.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hernández-Olguín ME, Cobos-Lladó DE, Montes de Oca-Sánchez G, Mercadillo Pérez P, Ponce Olivera RM. Mucinosis folicular. *Dermatol Rev. Mex.* 2018 julio-agosto;62(4):339-346.
- Fonseca A de PM da, Bona SH, Fonseca WSM da, Campelo FS, Rego PM de M Mucinosis folicular: revisión de la literatura y reporte de un caso. *An Bras Dermatol.* 2002; 77: 701-706.

3. C. Chanussot, LR Meneses Serrano, R. Arenas, M^{FE} Vega Memije. Mucinosis folicular. Informe de un caso infantil *Med Cutan Iber Lat Am* 2011;39(6):275-277.
4. MSc. Regla María Fernández Martell, et. Al, Mucinosis. Presentación de caso *Rev.Med. Electrón.* vol.39 no.5 Matanzas set.-oct. 2017.
5. Paola C. Vieira da Rosa Passos I et al Follicular mucinosis - Case report, *An Bras Dermatol.* 2014;89(2):337-9.
6. Akinsanya AO, Tschen JA (24 de mayo de 2019) Mucinosis folicular: informe de un caso. *Cureus* 11 (5)
7. Cerroni L, Fink-Puches R, Back B, Kerl H. Follicular mucinosis. *Arch Dermatol* 2002; 138: 182-9.
8. Megan H. Trager, BA et al Demodex-induced follicular mucinosis of the head and neck mimicking folliculotropic mycosis fungoides. *JAAD Case Rep.* 2020 Apr; 6(4):266-272.
9. Brown HA, Gibson LE, Pujol RM, y col. Mucinosis folicular primaria: seguimiento a largo plazo de pacientes menores de 40 años con y sin reordenamiento genético del receptor de células T clonales. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 47: 856-62.
10. Hooper KK, Smoller BR, Brown JA. Idiopathic follicular mucinosis or mycosis fungoides? Classification and diagnostic challenges. *Cutis.* 2015;95: E9-E14.
11. Williams RF, Hoang MP, Kroshinsky D, Smith GP. Infliximab-induced follicular mucinosis of the face. *Int J Dermatol.* 2017; 56:215-217.
12. José M Mir-Bonafé et al, Follicular Mucinosis Associated With Non lymphoid Skin Conditions, *Am J Dermatopathol* 2014 Sep;36(9):705-9
13. Dhali, TK y Chahar, M. Dermopatía tiroidea: una pista diagnóstica de hipertiroidismo oculto. *Dermato endocrinol.* 2015; 6: e981078.
14. Koller EA, Tourtelot JB, Pak HS, et al. Papillary and follicular thyroid carcinoma metastatic to the skin: a case report and review of the literature. *Thyroid* 1998; 8:1045 - 50.
15. Quimby SR, Perry HO. Plaquelike cutaneous mucinosis: its relationship to reticular erythematous mucinosis. *JAAD* 1982; 6:856 - 61
16. Wittenberg GP, Gibson LE, Pittelkow MR, el-Azhary RA. Mucinosis folicular que se presenta como una erupción acneiforme: informe de cuatro casos. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 38: 849-51.
17. Ana María Mosca de Cerqueira, MD, et al Follicular mucinosis treated with tacrolimus, *JAAD case reports*, March 2010 Volume 62, Issue 3.
18. Gibson LE, Muller SA, Leiferman KM, Peters MS. Mucinosis folicular: estudio clínico e histopatológico *Am Acad Dermatol.* 1989; 20: 441-446.
19. Uysal PI, Bozdogan O, Atilan A, Yalcin B. Juvenile-onset early stage mycosis fungoides-associated follicular mucinosis: a case report. *Am J Dermatopathol.* 2018;40: e112-e114.
20. Brown HA, Gibson LE, Pujol RM, Lust JA, Pittelkow MR. Mucinosis folicular primaria: seguimiento a largo plazo de pacientes menores de 40 años con y sin reordenamiento genético del receptor de células T clonales *Am Acad Dermatol.* 2002; 47 : 856-862.

Correspondencia: Dr. Atilio Solis Reyes
Email: fzkx@hotmail.com

Recibido: 06-07-2020
Aceptado: 21-08-2020



VISITA NUESTRA REVISTA

DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

www.dermatologiaperuana.pe

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA