

**PATRONES HISTOPATOLÓGICOS DE LAS ENFERMEDADES
INFLAMATORIAS DE LA PIEL**

Luis Requena

Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, Madrid.

Clásicamente el diagnóstico histopatológico de las enfermedades inflamatorias de la piel ha sido considerado como la mitad más difícil de la Dermatopatología dentro de la dicotomía patológica de inflamación frente a neoplasia. De hecho, muchos patólogos se sienten seguros y confortables con sus diagnósticos histopatológicos en las biopsias de neoplasias cutáneas, tanto benignas como malignas, y sin embargo expresan su frustración cuando su informe histopatológico de un proceso inflamatorio afectando a la piel es puramente descriptivo, sin poder ofrecer un diagnóstico concreto. Es verdad que el diagnóstico histopatológico específico de muchas dermatitis requiere la ayuda de las características clínicas de las lesiones (localización, morfología clínica, lugar de la biopsia, tiempo de evolución de las lesiones, diagnóstico clínico, tratamientos previos administrados, etc), porque dermatitis muy dispares pueden mostrar un patrón histopatológico muy similar. Pero no es menos cierto que un estudio detallado de los hallazgos histopatológicos presentes en una biopsia cutánea de una dermatitis teñida con hematoxilina-eosina, analizando primero el patrón de distribución del infiltrado inflamatorio con respecto a los plexos vasculares de la dermis, y después la composición de ese infiltrado, permite en muchos casos obtener un diagnóstico tan específico y concreto como en el caso de una neoplasia cutánea. Para ello, la biopsia de un proceso inflamatorio cutáneo deberá realizarse con un bisturí o un punch-sacabocados, ya que no son aceptables las biopsias por afeitado que solo incluyen la mitad superficial de la dermis porque no permiten determinar si el plexo vascular profundo de la dermis participa o no en la dermatitis en cuestión. El primer paso en el proceso del diagnóstico histopatológico de las dermatitis consiste en observar la preparación “a ciegas”, es decir sin ningún dato clínico que nos haga prejuzgar un diagnóstico y buscar sólo los hallazgos histopatológicos que confirmen el diagnóstico clínico propuesto. La preparación deberá estudiarse primero con el mínimo aumento del

microscopio (lo ideal es que el corte completo puede ser observado en su conjunto) y así determinamos si existen o no anomalías acompañantes de la epidermis y la distribución del infiltrado inflamatorio con respecto a los plexos vasculares superficial y profundo de la dermis, es decir el patrón histopatológico. Este patrón histopatológico deberá corresponder a uno de los enumerados en la tabla 1.

TABLA 1.- PATRONES HISTOPATOLOGICOS DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CUTANEAS
1.- Dermatitis perivascular superficial
2.- Dermatitis perivascular e intersticial superficial
3.- Dermatitis de la interfase, tipo degeneración vacuolar
4.- Dermatitis de la interfase tipo liquenoide
5.- Dermatitis espongíotica perivascular superficial
6.- Dermatitis espongíotica psoriasiforme perivascular superficial
7.- Dermatitis de la interfase, tipo liquenoide, con espongiosis
8.- Dermatitis de la interfase, tipo liquenoide, espongíotica psoriasiforme
9.- Dermatitis psoriasiforme perivascular superficial
10.- Dermatitis de la interfase, tipo liquenoide, psoriasiforme
11.- Dermatitis perivascular, superficial y profunda
12.- Dermatitis perivascular, superficial y profunda, e intersticial
13.- Dermatitis de la interfase, tipo vacuolar, superficial y profunda
14.- Dermatitis de la interfase, tipo liquenoide, superficial y profunda
15.- Dermatitis perivascular, superficial y profunda, con espongiosis
16.- Dermatitis perivascular, superficial y profunda, psoriasiforme con espongiosis
17.- Dermatitis de la interfase, tipo liquenoide, superficial y profunda con espongiosis
18.- Dermatitis de la interfase, tipo liquenoide, psoriasiforme, superficial y profunda con espongiosis
19.- Dermatitis psoriasiforme superficial y profunda
20.- Dermatitis de la interfase, tipo liquenoide, psoriasiforme, superficial y profunda
21.- Vasculitis de pequeños vasos
22.- Vasculitis de grandes vasos
23.- Dermatitis nodular
24.- Dermatitis difusa
25.- Vesícula intraepidérmica
26.- Vesículas intra y subepidérmicas
27.- Pústula intraepidérmica
28.- Vesícula subepidérmica
29.- Foliculitis
30.- Perifoliculitis
31.- Dermatitis fibrosante
32.- Paniculitis preferentemente septal
33.- Paniculitis preferentemente lobulillar
34.- Paniculitis mixta (septal y lobulillar)

El paso siguiente en el proceso diagnóstico consiste en determinar la naturaleza de las células que componen el infiltrado inflamatorio, es decir, si son linfocitos, histiocitos, células plasmáticas, mastocitos, neutrófilos, o eosinófilos, y analizar si este infiltrado está compuesto por un único tipo de estas células o por una mezcla de varias de ellas. Ahora es el mejor momento para utilizar la información clínica, cuanto más completa y más detallada mejor, y mediante el análisis conjunto de los datos clínicos e histopatológicos, se puede establecer el diagnóstico específico en la mayoría de los casos. A veces, hay que reconocer que, a pesar de una adecuada correlación clínico-patológica, el estudio histopatológico de una biopsia de una dermatitis no permite establecer un diagnóstico específico con absoluta certeza. En estos casos el informe histopatológico deberá contener el patrón histopatológico del que se trata y, a continuación, se incluirán aquellas posibilidades diagnósticas concretas, ordenando las enfermedades de más a menos probable, que pueden mostrar ese patrón histopatológico, evitando términos como los de “compatible con” o “consistente con”. Con esta metodología diagnóstica, un diagnóstico histopatológico de “dermatitis crónica inespecífica” está prohibido.

En resumen, el proceso del diagnóstico histopatológico en biopsias de dermatitis puede resumirse en los siguientes pasos:

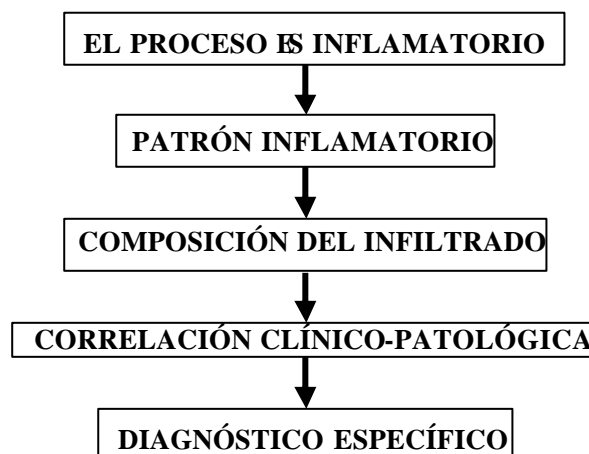


TABLA 2.- DERMATITIS CON PATRÓN HISTOPATOLÓGICO DE DERMATITIS PERIVASCULAR SUPERFICIAL (INFILTRADO LINFOCITARIO)

?	Con hifas o esporas en la capa córnea: Pitiriasis versicolor Dermatofitosis
?	Con bacterias en la capa córnea: Eritrasma Queratolisis punctata
?	Sin melanocitos en la capa basal de la epidermis: Vitíligo
?	Con hematies extravasados y/o hemosiderófagos: Púrpura pigmentaria crónica
?	Sin ninguna otra anomalía: Exantemas virales Erupciones medicamentosas Urticaria (lesiones tardías) Eritema anular centrífugo, variante superficial

TABLA 3.- DERMATITIS PERIVASCULAR E INTERSTICIAL SUPERFICIAL

?	Linfocitos predominantes: <ul style="list-style-type: none"> - Con hematies extravasados y/o hemosiderófagos: Púrpura pigmentaria crónica - Con algún eosinófilo: Erupción polimorfa del embarazo
?	Eosinófilos predominantes: <ul style="list-style-type: none"> - Penfigoide ampoloso - Herpes gestacional - Erupción polimorfa del embarazo - Pénfigo vulgar - Picadura de insecto
?	Neutrófilos predominantes: <ul style="list-style-type: none"> - Dermatitis herpetiforme - Dermatitis IgA lineal - Erupción medicamentosa simulando una dermatitis herpetiforme - Lupus eritematoso discoide (lesión aguda) - Lupus eritematoso sistémico (lesión aguda) - Vasculitis leucocitoclásica - Eritema marginado
?	Neutrófilos y eosinófilos: Urticaria (lesión reciente)
?	Melanófagos: <ul style="list-style-type: none"> - Hiperpigmentación postinflamatoria - Amiloidosis maculosa
?	Mastocitos: Urticaria pigmentosa

TABLA 4.- DERMATITIS DE LA INTERFASE TIPO DEGENERACIÓN VACUOLAR	
?	Con queratinocitos necróticos: <ul style="list-style-type: none"> - Con capa córnea normal: Eritema exudativo multifome - Con paraqueratosis: Pitiriasis liquenoide aguda (enfermedad de Mucha-Haberman)
?	- Con atrofia epidérmica y capa granulosa bien desarrollada: Enfermedad injerto-contra-huesped
?	Sin queratinocitos necróticos y con membrana basal engrosada: Lupus eritematoso y dermatomiositis
?	Con esclerosis de la dermis papilar: Liquen escleroso y atrófico
?	Con algún neutrófilo y eosinófilo: Eritema fijo medicamentoso

TABLA 5.- DERMATITIS LIQUENOIDES	
?	Con predominio de linfocitos: <ul style="list-style-type: none"> - Con hiperplasia epidérmica, hipergranulosis focal y crestas epidérmicas en dientes de sierra: Liquen plano - Con algún eosinófilo y paraqueratosis focal: <ul style="list-style-type: none"> Erupción medicamentosa liquenoide Erupción fotolumínica liquenoide - Con queratinocitos necróticos y paraqueratosis: Pitiriasis liquenoide aguda - Con atrofia epidérmica, capa granulosa bien desarrollada y paraqueratosis: Enfermedad injerto-contra-huésped - Con hematies extravasados y/o hemosiderófagos: púrpura liquenoide de Gougerot-Blum - Con queratinocitos necróticos y léntigo solar en los bordes: Queratosis liquenoide solitaria - Con laminillas cornoides: Poroqueratosis - Con epidermotropismo de linfocitos y escasa espongiosis: Micosis fungoide
?	Con predominio de histiocitos: Liquen nítido Sarcoidosis liquenoide
?	Con predominio de células de Langerhans: Histiocitosis de células de Langerhans

TABLA 6.- DERMATITIS ESPONGIÓTICAS, CON INFILTRADO PERIVASCULAR SUPERFICIAL

- ? Con predominio de linfocitos:
- Sin otras anomalías asociadas: Dermatitis de contacto alérgica
Dermatitis numular
Eczema dishidrótico
Reacción ide
Dermatitis fotoalérgica
 - Con esporas o hifas en la capa córnea: Dermatofitosis
 - Con espongiosis centrada en el acrosiringio: Miliaria rubra
 - Con exocitosis simulando microabscesos de Pautrier: Acrodermatitis papular infantil de Gianotti-Crosti
 - Con paraqueratosis focal: Pitiriasis rosada de Gibert
Eritema anular centrífugo
 - Con paraqueratosis focal en la vecindad de los infundíbulos: Dermatitis seborreica
 - Con epidermotropismo del infiltrado y escasa espongiosis: Micosis fungoide
- ? Con predominio de eosinófilos:
- Dermatitis alérgica de contacto
 - Dermatitis numular
 - Eczema dishidrótico
 - Reacción ide
 - Erupción polimorfa del embarazo
 - Incontinencia pigmenti
 - Eritema tóxico del recién nacido
 - Picadura de insecto
 - Penfigoide ampoloso (lesión urticariforme)
 - Herpes gestacional (lesión urticariforme)
 - Pénfigo vulgar (lesión urticariforme)

TABLA 7.- DERMATITIS ESPONGIÓTICO-PSORIASIFORMES CON INFILTRADO PERIVASCULAR SUPERFICIAL

- ? Con paraqueratosis al azar:
- Dermatitis de contacto alérgica
 - Dermatitis numular
 - Eczema dishidrótico
 - Reacción ide
 - Eritrodermia ictiosiforme congénita no ampolosa
- ? Con paraqueratosis centrada en la vecindad de los infundíbulos foliculares:
- Dermatitis seborreica
- ? Con infiltrado perianexial: Liquen estriado

TABLA 8.- DERMATITIS ESPONGIÓTICAS, LIQUENOIDES, CON INFILTRADO PERIVASCULAR SUPERFICIAL

- ? Con infiltrado perianexial: Liquen estriado
- ? Con abundantes eosinófilos: Penfigoide ampoloso
Herpes gestacional
- ? Con escasa espongirosis y marcado epidermotropismo del infiltrado: Micosis fungoide

TABLA 9.- DERMATITIS ESPONGIOTICO-PSORIASIFORME CON INFILTRADO LIQUENOIDE

- ? Con infiltrado perianexial de linfocitos y queratinocitos necróticos: Liquen estriado
- ? Con abundantes eosinófilos: Penfigoide ampoloso
Herpes gestacional
- ? Con mayor epidermotropismo de linfocitos que espongirosis: Micosis fungoide

TABLA 10.- DERMATITIS PSORIASIFORMES CON INFILTRADO PERIVASCULAR SUPERFICIAL

- ? Con elongación regular de las crestas y capilares tortuosos en las papilas: Psoriasis
- ? Con elongación irregular de las crestas, paraqueratosis y sin capilares tortuosos en las papilas:
 - Dermatitis de contacto alérgica
 - Dermatitis numular
 - Eczema dishidrótico
 - Reacción ide
- ? Con paraqueratosis alternando en sentido horizontal y vertical: Pitiriasis rubra pilaris
- ? Con paraqueratosis en la vecindad de los infundíbulo foliculares: Dermatitis seborreica
- ? Con palidez y necrosis de los queratinocitos de la mitad superior de la epidermis:
 - Pelagra
 - Acrodermatitis enteropática
 - Eritema necrolítico migratorio
- ? Con esporas y/o hifas en la capa córnea:
 - Dermatofitosis
 - Candidiasis
- ? Con hiperqueratosis compacta, focos de hipergranulosis y estrias de colágeno en las papilas dérmicas:
 - Liquen simple crónico
 - Prurigo nodular
 - Acantoma fisuratum
 - Nódulos de los oradores
 - Nódulos de los surfistas

TABLA 11.- DERMATITIS PSORIASIFORME CON INFILTRADO LIQUENOIDE

- | |
|--|
| <p>? Con predominio de linfocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Con queratinocitos necróticos en la epidermis y linfocitos rodeando los anejos de la dermis: <ul style="list-style-type: none"> - Liquen estriado * Con linfocitos salpicando la epidermis con escasa espongirosis y fibras de colágena “alambrada” en la dermis superficial: <ul style="list-style-type: none"> - Micosis fungoide, estadio en placas * Con columnas de paraqueratosis sobre áreas con ausencia de granulosa: <ul style="list-style-type: none"> - Nevo epidérmico verrugoso lineal inflamado <p>? Con predominio de histiocitos y células plasmáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sífilis secundaria |
|--|

TABLA 12.- DERMATITIS PERIVASCULAR SUPERFICIAL Y PROFUNDA

- | |
|---|
| <p>? Con predominio de linfocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erupción lumínica polimorfa - Eritema anular centrífugo - Eritema crónico migratorio - Perniosis - Infiltración cutánea por leucemia linfática crónica <p>? Con edema intenso en la dermis papilar: Erupción lumínica polimorfa</p> <p>? Con abundante mucina entre los haces de colágena: Lupus eritematoso tumidus</p> <p>? Con abundantes células plasmáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eritema crónico migratorio - Esclerodermia <p>? Con histiocitos y linfocitos: Lepra indeterminada</p> |
|---|

TABLA 13.- DERMATITIS CON INFILTRADO PERIVASCULAR E INTERSTICIAL SUPERFICIAL Y PROFUNDO
<p>? Con predominio de neutrófilos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Neutrófilos intersticiales entre la colágena de la dermis reticular: Borde de una foliculitis supurativa * Neutrófilos dentro y alrededor de los ovillos ecridos: Hidradenitis neutrofílica ecrina * Infiltrado con forma de V abierta hacia arriba: Picadura de pulga * Escasez de infiltrado dispuesto preferentemente de manera intersticial: Celulitis * Anillos eosinófilos homogéneos alrededor de los vasos de la dermis superficial: Protoporfiria eritropoyética <p>? Con predominio de eosinófilos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Eritema crónico migratorio * Infiltrado en V abierta hacia arriba: Picadura de insectos * “Figuras en llama”: Síndrome de Wells <p>? Con mezcla de neutrófilos y eosinófilos, pero escasez de infiltrado: Urticaria</p> <p>? Con células plasmáticas entre los neutrófilos y eosinófilos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Eritema crónico migratorio * Esclerodermia (lesión reciente) <p>? Con predominio de histiocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Mucina en el centro de áreas de colágeno degenerado o mucina intersticial: Granuloma anular * Granulomas dispuestos horizontalmente que alternan con bandas de fibrosis: Necrobiosis lipoídica * Histiocitos intersticiales más abundantes en dermis profunda y focos de colágeno degenerado: Dermatitis intersticial granulomatosa con artritis * Linfocitos salpicando la epidermis y escasa espongiosis: Micosis fungoide granulomatosa

TABLA 14.- DERMATITIS DE LA INTERFASE TIPO DEGENERACION VACUOLAR CON INFILTRADO PERIVASCULAR SUPERFICIAL Y PROFUNDO
<p>? Con predominio de linfocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Membrana basal engrosada: Lupus eritematoso discoide * Paraqueratosis y queratinocitos necróticos salpicados en la epidermis: Pitiriasis liquenoide aguda <p>? Con predominio de neutrófilos y eosinófilos:</p> <p>? Queratinocitos necróticos salpicados en la epidermis: Eritema fijo medicamentoso</p>

TABLA 15.- DERMATITIS DE LA INTERFASE TIPO LIQUENOIDE, CON INFILTRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDO
<p>? Con predominio de linfocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Algún eosinófilo y focos de paraqueratosis: Erupción medicamentosa liquenoide * Queratinocitos necróticos en la epidermis: <ul style="list-style-type: none"> - Fotodermatitis liquenoide - Pitiriasis liquenoide aguda (enfermedad de Mucha-Haberman) * Membrana basal engrosada y focos de epidermis atrófica: Lupus eritematoso discoide * Epidermis atrófica, con capa granulosa bien desarrollada y paraqueratosis: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad injerto-contra-huesped * Linfocitos atípicos entremezclados con neutrófilos, eosinófilos y células plasmáticas y disposición en V abierta hacia arriba del infiltrado: <ul style="list-style-type: none"> - Papulosis linfomatoide * Linfocitos salpicando la epidermis con escasa espongiosis: Micosis fungoide <p>? Predominio de neutrófilos, eosinófilos y abundantes células plasmáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Linfocitos atípicos: Papulosis linfomatoide

TABLA 16.- DERMATITIS CON INFILTRADO PERIVASCULAR SUPERFICIAL Y PROFUNDO Y ESPONGIOSIS
<p>? Con predominio de linfocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotodermatitis alérgica - Erupción lumínica polimorfa <p>? Con abundantes eosinófilos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Picadura de insecto - Penfigoide ampoloso - Herpes gestacional

TABLA 17.- DERMATITIS ESPONGIOTICO-PSORIASIFORME CON INFILTRADO PERIVASCULAR SUPERFICIAL Y PROFUNDO DE LINFOCITOS
<p>? Dermatitis alérgica de contacto, crónica</p> <p>? Eczema numular, crónico</p> <p>? Eczema dishidrótico, crónico</p> <p>? Reacción ide, crónica</p> <p>? Fotodermatitis alérgica</p> <p>? Micosis fungoide, en estadio en placa</p>

TABLA 18.- DERMATITIS DE LA INTERFASE, TIPO LIQUENOIDE, CON ESPONGIOSIS E INFILTRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDO

- ? Predominio de linfocitos, pero con abundantes neutrófilos y eosinófilos:
 - Eritema fijo medicamentoso
- ? Predominio de linfocitos, pero con neutrófilos y marcada espongiosis:
 - Dermatoftosis
- ? Predominio de linfocitos, pero con abundantes células plasmáticas:
 - Acrodermatitis crónica atrófica
- ? Predominio de linfocitos y con epidermotropismo con escasa espongiosis:
 - Micosis fungoide en placas

TABLA 19.- DERMATITIS DE LA INTERFASE TIPO LIQUENOIDE, ESPONGIÓTICA, PSORIASIFORME CON INFILTRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDO

- ? Micosis fungoide

TABLA 20.- DERMATITIS PSORIASIFORME CON INFILTRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDO

- ? Con esporas o hifas en la capa córnea: Dermatoftosis
- ? Con ácaros, sus huevos o sus heces en la capa córnea: Sarna noruega
- ? Con signos de liquen simple crónico e histiocitos estrellados multinucleados: Reticuloide actínico
- ? Con focos de espongiosis y paraqueratosis:
 - Placa heraldo de la pitiriasis rosada de Gibert
 - Psoriasis en placas

TABLA 21.- DERMATITIS DE LA INTERFASE TIPO LIQUENOIDE, PSORIASIFORME E INFILTRADO SUPERFICIAL Y PROFUNDO

- ? Con predominio de linfocitos:
 - Infiltrado perianexial y queratinocitos necróticos: Liquen estriado
 - Exocitosis sin espongiosis y colágena "alambrada": Micosis fungoide en placa
- ? Con histiocitos y abundantes células plasmáticas: Sífilis secundaria

TABLA 22.- VASCULITIS DE PEQUEÑOS VASOS

<p>? Afectando a vénulas:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Infiltrado inflamatorio de neutrófilos: <ul style="list-style-type: none"> # Vasculitis leucocitoclásica: <ul style="list-style-type: none"> - Púrpura de Schönlein-Henoch - Enfermedad de Churg-Strauss - Enfermedad de Wegener - Crioglobulinemia mixta - Macroglobulinemia de Waldeström - Vasculitis medicamentosa - Vasculitis asociada a neoplasias malignas - Vasculitis hipocomplementémica del lupus eritematoso sistémico <p>y la artritis reumatoide</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad del suero <ul style="list-style-type: none"> - Eritema nudoso leproso - Fenómeno de Lucio - Sífilis maligna - Infección por virus herpes - Granuloma facial - Eritema elevatum diutinum # Vasculitis séptica <ul style="list-style-type: none"> - Gonococemia crónica - Meningococemia crónica - Endocarditis bacteriana subaguda - Septicemia por estafilococos o pseudomonas - Fiebre de las montañas rocosas - Fiebre botonosa # Vasculitis con fibrina en la pared y trombosis: <ul style="list-style-type: none"> - Livedo vasculitis * Infiltrado inflamatorio de linfocitos <ul style="list-style-type: none"> - Lupus eritematoso sistémico - Picaduras de insectos - Papulosis linfomatoide - Pitiriasis liquenoide aguda (enfermedad de Mucha-Haberman) * Infiltrado inflamatorio de linfocitos e histiocitos <ul style="list-style-type: none"> - Granuloma anular - Necrobiosis lipofídica - Nódulo reumatoide - Xantogranuloma necrobiótico * Oclusión intravascular <ul style="list-style-type: none"> - Por trombosis: <ul style="list-style-type: none"> - Coagulación intravascular diseminada - Púrpura trombótica trombocitopénica - Necrosis inducida por cumarina - Hemoglobinuria paroxística nocturna - Síndrome antifosfolípido - Por inmunoglobulinas: <ul style="list-style-type: none"> - Macroglobulinemia de Waldeström - Crioglobulinemia monoclonal - Por cristales de colesterol: <ul style="list-style-type: none"> - Embolos de colesterol <p>? Afectando a arteriolas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Degos

TABLA 23.- VASCULITIS DE GRANDES VASOS CUTÁNEAS

- | |
|---|
| <p>? Afectando a venas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leucocitoclásica: Enfermedad de Wegener - No leucocitoclásica: Tromboflebitis <p>? Afectando a arterias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leucocitoclásica: Poliarteritis nudosa cutánea - No leucocitoclásica: Vasculitis nodular (eritema indurado de Bazin) |
|---|

TABLA 24.- DERMATITIS NODULAR

- | |
|--|
| <p>? Con predominio de linfocitos en los nódulos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Linfocitos pequeños e infiltrado superficial más denso: Seudolinfoma * Linfocitos grandes, pleomórficos e infiltrado profundo más denso: Linfoma <p>? Con predominio de neutrófilos en los nódulos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sin formar abscesos: <ul style="list-style-type: none"> # Sin fibrina en las paredes de los vasos <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de Sweet - Dermatitis neutrofilicas de las enfermedades inflamatorias intestinales - Dermatitis neutrofilica de la artritis reumatoide # Con fibrina en las paredes de los vasos: <ul style="list-style-type: none"> - Vasculitis leucocitoclásica de pequeños vasos * Con formación de abscesos: <ul style="list-style-type: none"> - Quiste infundibular roto - Acné conglobata - Acné queloidiano de la nuca - Folliculitis disecante - Hidradenitis supurativa <p>? Con predominio de histiocitos en los nódulos: Granulomas</p> <ul style="list-style-type: none"> * Granuloma sarcoideo <ul style="list-style-type: none"> # Distribución liquenoide: <ul style="list-style-type: none"> - Liquen nítidus - Liquen estriado - Sarcoidosis # Distribución dérmica y/o subcutánea: <ul style="list-style-type: none"> a) Sin cuerpos extraños con luz polarizada <ul style="list-style-type: none"> - Sarcoidosis - Enfermedad de Crohn - Síndrome de Merkelson-Rosenthal b) Con cuerpos extraños (polarizables o no): <ul style="list-style-type: none"> - Granuloma por sílice - Granuloma de tatuajes (mercurio, cobalto, etc) # Distribución perifolicular: <ul style="list-style-type: none"> - Rosácea # Distribución perineural <ul style="list-style-type: none"> - Lepra lepromatosa * Tuberculoide: <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculosis cutáneas |
|--|

- Con abundantes células plasmáticas: Leishmaniasis
Sífilis secundaria tardía
Brucelosis
- * Granuloma en empalizada:
 - Con mucina en el centro del granuloma: Granuloma anular
 - Con colágeno degenerado y fibrosis: Necrobiosis lipóidica
 - Con colágeno degenerado y cristales de colesterol: Xantogranuloma necrobiótico
 - Con colágeno degenerado y polvo nuclear en el centro: Granuloma extravascular de Churg-Strauss
 - Con fibrina en el centro del colágeno degenerado: Nódulo reumatoide
 - Con cristales de ácido úrico: Tofo gotoso
 - Con vasculitis, fibrina y necrosis: Tubercúlida papulonecrótica
 - Con gruesas bandas de colágeno: Reacción a colágena bovina
- * Granuloma supurativo (con acúmulo de neutrófilos en el centro del granuloma)
 - a) Sin microorganismos identificables
 - Con escamas de queratina: Quiste infundibular roto
 - Otros cuerpos extraños (metales, material de tatuajes, astillas de madera, sutura, espinas de cactus, sílice, etc)
 - b) Con microorganismos identificables
 - Bacterias: Botriomicosis
Rinoescleroma
Piodermatitis simulando blastomicosis
Actinomicosis
Nocardiosis
 - Micobacterias: Escrofuloderma
Infecciones por micobacterias no tuberculosas
 - Hongos: Criptococosis
Histoplasmosis
Blastomicosis
Paracoccidioidomicosis
Cromomicosis
Coccidioidomicosis
Esporitricosis
Rinosporiadiasis
Querion de Celso
Eumicetoma
Mucormicosis
Dermatofitosis (granuloma de Majocchi)
 - Levaduras: Granuloma candidiásico
 - Algas: Prototecosis
 - Amebas: Amebiasis

TABLA 25.- DERMATITIS DIFUSA	
?	Con predominio de linfocitos en el infiltrado: - Linfocitos pequeños y otras células inflamatorias presentes: Seudolinfoma - Linfocitos atípicos e infiltrado monomorfo: Linfoma
?	Con predominio de neutrófilos: * Sin vasculitis: a) Sin abscesos: - Síndrome de Sweet - Enfermedad inflamatoria intestinal - Dermatitis neutrofilica de la artritis reumatoide b) Con abscesos: - Pioderma gangrenoso - Quiste infundibular roto * Con vasculitis: Vasculitis leucocitoclásica
?	Con neutrófilos anormales: Hematopoyesis extramedular
?	Con predominio de células plasmáticas: - Plasmocitoma cutáneo primario o secundario - Rinoescleroma - Leismaniasis cutáneo-mucosa - Sífilis primaria - Chancro blando - Linfogranuloma venéreo
?	Con predominio de mastocitos: Mastocitoma
?	Con predominio de histiocitos: Granulomas * Granuloma supurativo: # Con microorganismos identificables: - Bacterias: Botriomicosis Piodermitis simulando blastomicosis Rinoescleroma Actinomicosis Nocardiasis Tuberculosis Infecciones por micobacterias atípicas - Hongos: Criptococosis Histoplasmosis Blastomicosis Paracocidioidomicosis Cromomicosis Cocidioidomicosis Esporotricosis Rinosporidiosis Querion de Celso Granuloma candidiásico Eumicetoma Mucormicosis Alternariasis Dermatofitosis (granuloma de Majocchi) - Algas: Prototecosis - Amebas: Amebiasis

<p># Sin microorganismos identificables: Acné conglobata Acné queloidiano de la nuca Hidradenitis supurativa Folliculitis disecante Sinus pilonidal Quiste infundibular roto Halogenoderma</p> <p>* Con abundantes histiocitos espumosos: - Xantelasma - Xantomas (diseminado, eruptivo, tuberoso, tendinoso, verruciforme, etc) - Lepra lepromatosa - Infección por <i>Mycobacterium avium intracelular</i></p> <p>* Con abundantes células gigantes xantomizadas: - Reticulohistiocitoma - Histiocitoma eruptivo generalizado - Malacoplaquia - Granuloma por silicona - Parafinoma</p> <p>* Con siderófagos: - Dermatofibroma hemosiderótico</p> <p>* Con histiocitos, linfocitos, células plasmáticas, neutrófilos y citofagocitosis: - Histiocitosis sinusal con linfadenopatía o enfermedad de Rosai-Dorfman</p> <p>* Con abundantes células de Langerhans: - Histiocitosis de células de Langerhans</p> <p>* Con abundantes células gigantes multinucleadas: - Piel péndula granulomatosa (micosis fungoide)</p>
--

<p>TABLA 26.- VESÍCULA INTRAEPIDÉRMICA</p> <p>? Vesícula por balonización: * Con hallazgos citológicos específicos: - Núcleo esmerilado con marginación periférica de la cromatina: Infección por virus herpes - Inclusiones citoplasmáticas basófilas: Orf y nódulo de los ordeñadores - Inclusiones citoplasmáticas eosinófilas: Pústula vacunal</p> <p>* Sin hallazgos citológicos específicos: # Balonización de la epidermis superficial: Pelagra Eritema necrolítico migratorio Acrodermatitis enteropática Enfermedad de Harnup Déficit de zinc o biotina Paquioniquia congénita Ampollas por inmersión</p> <p># Balonización en el medio de la epidermis: - En piel acra o mucosa: Enfermedad mano-pie-boca - Sin anomalías en la unión dermo-epidérmica y con linfocitos y neutrófilos: Dermatitis de contacto irritativa - Sin anomalías en la unión dermo-epidérmica, queratinocitos necróticos, y con linfocitos y neutrófilos: Dermatitis fototóxica - Con anomalías en la unión dermo-epidérmica, queratinocitos necróticos y córnea normal: Eritema exudativo multiforme</p>

- Con anomalías en la unión dermo-epidérmica, queratinocitos necróticos y paraqueratosis: Pitiriasis liquenoide aguda

- Con anomalías en la unión dermo-epidérmica, queratinocitos necróticos, córnea normal y linfocitos, neutrófilos y eosinófilos: Eritema fijo medicamentoso

? Vesícula por espongirosis:

* Con linfocitos:

- Infiltrado superficial: Dermatitis de contacto alérgica
Dermatitis numular
Eczema dishidrótico
Reacción ide

- Con hifas o esporas en la capa córnea: Dermatofitosis

- Con degeneración vacuolar de la basal y queratinocitos necróticos: Eritema exudativo multiforme

- Con infiltrado superficial y profundo: Dermatitis fotoalérgica

* Con eosinófilos:

- Sin vesiculación intraepidérmica llamativa: Penfigoide ampoloso
Herpes gestacional
Pénfigo vulgar

- Con vesiculación intraepidérmica prominente: Dermatitis de contacto alérgica

Eczema numular

Incontinencia pigmenti

Dermatofitosis

- Con espongirosis y exocitosis encima de un infiltrado en V: Picadura de insecto

* Con infiltrado de neutrófilos e hifas en la capa córnea: Dermatofitosis

* Con neutrófilos y eosinófilos, alteración en la unión dermoepidérmica y queratinocitos necróticos: Eritema fijo medicamentoso

? Vesícula por acantolisis:

* En la capa granulosa o capas altas de la epidermis:

- Con bacterias: Impétigo ampoloso
- Sin bacterias: Pénfigo superficial
Síndrome de la piel escaldada estafilocócica

* En el medio del estrato espinoso:

- Con núcleos en vidrio esmerilado: Infecciones por virus herpes
- Sin núcleos en vidrio esmerilado: Acantolisis por cantaridina

* Vesícula suprabasal:

- Focal:
 - Con eosinófilos, sin espongirosis ni costras: Enfermedad de Darier
 - Con eosinófilos, espongirosis y costras: Enfermedad de Grover
- Difusa:
 - Con epidermis cohesiva: Pénfigo vulgar
Pénfigo foliáceo inducido por medicamentos
 - Con epidermis acantolítica en todo su espesor: Enfermedad de Hailey-

Hailey

? Vesícula por clivaje:

* En las capas altas de la epidermis o en la capa granulosa:

- Ampolla por fricción
- Epidermolisis ampollosa de Weber-Cockayne

* En la capa basal: Epidermolisis ampollosa simple

TABLA 27.- VESÍCULAS INTRA Y SUBEPIDÉRMICAS

<p>? Por balonización:</p> <ul style="list-style-type: none">- Con anomalías en la unión dermo-epidérmica, queratinocitos necróticos y córnea normal: Eritema multiforme- Con anomalías en la unión dermo-epidérmica, queratinocitos necróticos, córnea normal y linfocitos, neutrófilos y eosinófilos: Eritema fijo medicamentoso- Con núcleos en vidrio esmerilado y marginación periférica de la cromatina nuclear: Infección por virus herpes <p>? Por espongiosis:</p> <ul style="list-style-type: none">- Infiltrado en V y abundantes eosinófilos: Picaduras de insectos- Dermatitis de contacto alérgica- Eczema dishidrótico- Eczema numular- Reacción ide- Con esporas y/o hifas en la capa córnea: Dermatofitosis- Hidroa estival- Dermatitis fototóxica- Erisipela
--

TABLA 28.- PÚSTULA INTRAEPIDÉRMICA	
?	Intracórnea, subcórnea o intraespínosa (o todas juntas)
	- Con hifas o esporas en la capa córnea: Dermatofitosis Candidiasis
	- Con histiocitos y células plasmáticas: Sífilis rupiácea
	- Sin otros hallazgos: Psoriasis pustuloso
?	Subcórnea:
	# Con acantolisis
	- Bacterias dentro de las pústulas: Impétigo ampolloso
	- Sin bacterias dentro de las pústulas: Pénfigo foliáceo
	- Síndrome de la piel escaldada estafilocócica
	# Sin acantolisis y con neutrófilos: Miliaria
?	Con vesículas espongióticas asociadas:
	# Con hifas: Dermatofitosis
	# Sin hifas: Dermatitis de contacto alérgica
	Eczema numular
	Eczema dishidrótico
	Reacción ide impetiginizada

TABLA 29.- VESÍCULA SUBEPIDÉRMICA

<p>? Con escaso o ningún infiltrado inflamatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin otros hallazgos asociados: Epidermolisis ampollosa juntural Epidermolisis ampollosa dermolítica Epidermolisis ampollosa adquirida - Necrosis del epitelio anexial: Necrosis epitelial del coma - Necrosis de la epidermis y sin infiltrado: Quemadura - Necrosis de la epidermis y escaso infiltrado: Eritema exudativo multiforme - Algún neutrófilo y eosinófilo: Penfigoide o herpes gestacional pobre en células - Festoneado de papilas dérmicas conservado y depósitos eosinófilos alrededor de los vasos de la dermis superficial: Porfirias con afectación cutánea - Festoneado de las papilas conservado: Ampolla por succión - Glóbulos de amiloide en la dermis superficial: Amiloidosis ampollosa - Fibrosis subepidérmica: Ampolla encima de una cicatriz - Con las células de la hilera basal alargadas y perpendiculares a la epidermis: Ampolla por electrocoagulación <p>? Con linfocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balonización de queratinocitos individuales: Eritema exudativo multiforme Pitiriasis liquenoide aguda - Esclerosis de la dermis papilar y hematies extravasados: Liquen esclero-atrófico ampollosa hemorrágico - Hipergranulosis triangular en acrosiringio y acrotriquio: Liquen plano ampollosa <p>? Con numerosos eosinófilos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eosinófilos en la dermis papilar y en la ampolla: Penfigoide ampollosa Herpes gestacional Epidermolisis ampollosa adquirida - Eosinófilos intersticiales y linfocitos: Picadura de insecto <p>? Con abundantes neutrófilos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neutrófilos a lo largo de la unión dermo-epidérmica y polvo nuclear: Dermatitis herpetiforme Dermatosis IgA lineal Epidermolisis ampollosa adquirida Lupus eritematoso ampollosa - Neutrófilos, polvo nuclear y fibrina en las paredes de los vasos: Vasculitis leucocitoclásica - Trombosis en los vasos de la dermis: Vasculitis séptica - Infiltrado difuso de neutrófilos: Pioderma gangrenoso - Neutrófilos intersticiales entre la colágena de la dermis: Celulitis - Ampolla rodeando los anejos de la dermis: Penfigoide cicatricial <p>? Con mastocitos: Urticaria pigmentosa</p>

TABLA 30.- FOLICULITIS

<p>? Foliculitis supurativa:</p> <p># Foliculitis superficial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con microorganismos identificables: <ul style="list-style-type: none"> Bacterias: Foliculitis estafilocócica Foliculitis por pseudomonas Hongos y levaduras: Dermatofitosis Candidiasis Virus: Foliculitis herpética Espiroquetas: Sífilis - Sin microorganismos identificables: <ul style="list-style-type: none"> Con neutrófilos: Con comedones: Acné vulgar Sin comedones: Foliculitis de los hemodializados Foliculitis por medicamentos <p>(corticoides, hidantoinas, halógenos)</p> <p>Foliculitis del botón de aceite</p> <p>Sin comedones y con infiltrado perianexial: Rosácea</p> <p>y dermatitis perioral</p> <p>Sin comedones y con fibras elásticas en eliminación:</p> <p>Elastosis perforante serpiginosa</p> <p>Con eosinófilos: Con microabscesos de eosinófilos en la epidermis:</p> <p>Eritema tóxico del recién nacido</p> <p>Con microabscesos de eosinófilos en los infundíbulos:</p> <p>Foliculitis eosinofílica</p> <p>Enfermedad de Ofuji</p> <p># Foliculitis profunda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con microorganismos identificables: <ul style="list-style-type: none"> Bacterias: Forúnculo Antrax Ectima Foliculitis decalvante Foliculitis por pseudomonas Hongos: Granuloma de Majocchi Favus Virus. Foliculitis herpética - Sin microorganismos identificables: <ul style="list-style-type: none"> Con fístulas desde el infundíbulo folicular: Acné conglobata Acné queloidiano Foliculitis disecante Hidradenitis supurativa <p>Sin otros hallazgos: Enfermedad de Crohn</p> <p>Pioderma gangrenoso, lesión inicial</p> <p>Con hiperplasia pseudocarcinomatosa: Halogenoderma</p> <p>? Foliculitis espongiótica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con el infundíbulo taponado por queratina: Enfermedad de Fox-Fordyce - Sin el infundíbulo taponado por queratina: Infundíbulofoliculitis - Con mucina en el infundíbulo: Con linfocitos normales: Alopecia mucinosa Con linfocitos anormales: Micosis fungoide

TABLA 31.- PERIFOLICULITIS

<p>? Con linfocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infundíbulos taponados con queratina: Queratosis pilar Liquen espinuloso Frinodermia - Infundíbulos taponados con queratina y pelos curvados: Escorbuto - Infundíbulos taponados con queratina e hipergranulosis: Liquen plano pilaris - Con membrana basal engrosada y epidermis atrófica: Lupus eritematoso discoide - Con linfocitos alrededor del bulbo folicular: Alopecia areata <p>? Con histiocitos: Perifoliculitis granulomatosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin afectación epidérmica: Rosácea Dermatitis perioral - Con afectación epidérmica e infiltrado de células plasmáticas: Sífilis secundaria <p>? Perifoliculitis fibrosante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con hipergranulosis infundibular: Liquen plano pilaris - Sin hipergranulosis infundibular: Queratosis pilar Liquen espinuloso

TABLA 32.- DERMATITIS FIBROSANTE

<p>? Con aumento del número de fibrocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fibrocitos, colágeno fibrilar y vénulas perpendiculares a la epidermis: Cicatriz - Fibrocitos, colágeno fibrilar, vénulas perpendiculares a la epidermis y edema en la dermis papilar: Linfedema crónico - Fibrocitos, gruesas bandas de colágeno esclerótico desordenadas: Queloide <p>? Con disminución del número de fibrocitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin esclerosis: Finas bandas de colágeno desordenadas en una zona de la dermis reticular: Anetodermia Gruesas bandas de colágeno y un infiltrado liquenoide de células plasmáticas: Acrodermatitis crónica atrófica Gruesas bandas de colágeno en el centro de granulomas en empalizada: Necrobiosis lipoidica - Con esclerosis: Edema en dermis papilar y debajo la esclerosis: Liquen esclero-atrófico Esclerosis en toda la dermis: Esclerodermia Esclerosis y fibrocitos de núcleo pleomórfico: Radiodermatitis crónica

TABLA 33.- PANICULITIS PREFERENTEMENTE SEPTALES

a) Con vasculitis:		
- De pequeños vasos: Vénulas:		Vasculitis leucocitoclásica
- De grandes vasos: Venas:		Tromboflebitis
Arterias:		Panarteritis nudosa cutánea
b) Sin vasculitis:		
- Predominio de linfocitos y células plasmáticas:		
- Con infiltrado granulomatoso en los septos:		Necrobiosis lipoídica
- Sin infiltrado granulomatoso en los septos:		Esclerodermia
- Predominio de histiocitos: Infiltrado granulomatoso		
- Con mucina en un centro de colágeno degenerado:		Granuloma anular subcutáneo
- Con fibrina en un centro de colágeno degenerado:		Nódulo reumatoide
- Con grandes áreas de colágeno degenerado, mezcladas con histiocitos espumosos, células gigantes multinucleadas y cristales de colesterol:		Xantogranuloma necrobiótico
- Sin mucina, fibrina, ni colágeno degenerado, pero con granulomas radiales en los septos:		Eritema nudoso

TABLA 34.- PANICULITIS PREFERENTEMENTE LOBULILLARES

artritis reumatoide	a) Con vasculitis:	
	- De pequeños vasos: Vénulas:	Eritema nudoso leproso Fenómeno de Lucio Paniculitis pustulosa de la
	- De grandes vasos: Arterias:	Eritema indurado de Bazin Enfermedad de Crohn
	b) Sin vasculitis:	
	- Poco o nulo infiltrado inflamatorio:	
	- Necrosis del centro del lobulillo	Paniculitis esclerosante
	- Con calcificación de vasos	Calcifilaxis Oxalosis
	- Con cristales en los adipocitos:	Esclerema neonatorum
	- Predominio linfocitario:	
	- Con disposición perivascular superficial y profunda en la dermis:	Paniculitis por frio
	- Con linfocitos, nódulos linfoides, células plasmáticas y polvo nuclear de linfocitos:	Paniculitis lúpica
	- Con linfocitos y células plasmáticas	Paniculitis en dermatomiositis
	- Predominio de neutrófilos:	
	- Extensas áreas de necrosis y saponificación de adipocitos:	Paniculitis pancreática
	- Con neutrófilos entre los haces de colágeno de la dermis reticular:	Paniculitis por déficit de alfa-1-antitripsina
	- Con microorganismos identificables con tinciones especiales	Paniculitis infecciosas
	- Con cuerpos extraños observables con luz polarizada	Paniculitis facticia
	- Predominio de histiocitos (granulomas):	
	- Sin cristales en los adipocitos:	Sarcoidosis subcutánea Paniculitis traumática Lipoatrofia
	- Con cristales en histiocitos o adipocitos:	Necrosis grasa del recién nacido Paniculitis esteroidea Paniculitis en enfermos con
	gota	Histiocitosis con almacén de cristales
	- Con citofagocitosis:	Paniculitis histiocítica citofágica
	- Con esclerosis de los septos postirradiación	Paniculitis pseudoesclerodérmica

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman AB. *Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1978.
2. Ackerman AB, Chongchitnant N, Sanchez J, Guo Y, Bennin B, Reichel M, Randall MB. *Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases. An Algorithmic Method Based on Pattern Analysis. Second Edition*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1997.
3. Lever WF, Schaumburg-Lever. *Histopathology of the Skin*, 7th edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Co. 1990.
4. Elder DE, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson Jr B. *Lever's Histopathology of the Skin*. 8th edition. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.
5. Farmer ER, Hood AF. *Pathology of the Skin*. 2th edition. New York: McGraw-Hill, 2000.
6. Weedon D. *Skin Pathology*. Edinburgh: Churchill-Livingston, 1997.
7. Mehregan AH, Hashimoto K, Mehregan D, Mehregan D. *Pinkus' Guide to Dermatohistopathology*. 6th edition. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1995.
8. McKee PH. *Pathology of the Skin*. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1989.