

Lesión tumoral en dorso

María Clara Gutiérrez¹, Lucía Criach², Valeria Rossi³ y Raúl Villa⁴

► CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 35 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia. Consultó por una lesión tumoral, redondeada, dolorosa a la palpación, localizada en la región dorsal superior, de tres meses de evolución. Presentaba coloración violácea y una escama blanquecina en su superficie; su tamaño aproximado era de 1,5 cm de diámetro, de consistencia duroelástica (Fig. 1). No se palpaban adenomegalias y el resto del examen físico resultó dentro de parámetros normales.

En la **dermatoscopia** se observó una escama gruesa, blanco amarillenta en el centro de la lesión, con estructuras en arco iris en su superficie y un fondo eritemato-violáceo. En la periferia presentaba una coloración homogénea amarillenta que al presionar el dermatoscopio ocupaba la mayor parte de la lesión. Luego de retirar la escama se podía apreciar el fondo eritemato-violáceo, con áreas irregulares blanquecinas de distintos tamaños, algunas lineales (Fig. 2).

Se decidió efectuar biopsia escisional, y se solicitó **estudio histopatológico** con tinción de hematoxilina y eosina que mostró una formación exofítica con ancho pedículo, cubierta por epidermis ortoqueratinizada, acantósica, con redes de crestas irregularmente elongadas, en la base de la formación. Estaba constituida por proliferación fibrohistiocítica inmersa en estroma colágeno denso con patrón esterillado. Incluía macrófagos espumosos y células gigantes multinucleadas. Abundante hemosiderina libre y contenida en los macrófagos. En áreas se apreciaban vasos con amplia luz y paredes delgadas y focos de hemorragia (Fig. 3).

Su diagnóstico es...



Fig. 1: Lesión tumoral redondeada, violácea, con escama blanquecina en su superficie, de 1,5 cm de diámetro en región dorsal izquierda.

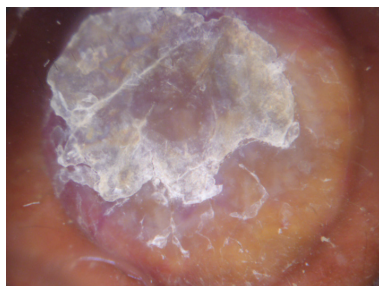


Fig. 2: Dermatoscopia de la lesión donde se observa escama gruesa, blanco amarillenta en el centro de la lesión, estructuras en arco iris y un fondo eritemato-violáceo. En la periferia se puede apreciar la coloración amarillenta homogénea.

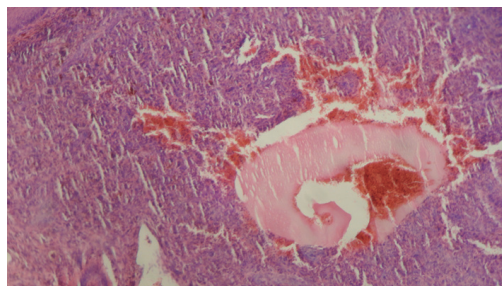


Fig. 3: (H-E 40 X) Se aprecian, vasos sanguíneos dilatados, gran foco de hemorragia y algunos depósitos de hemosiderina.

¹ Residente de 4° año del Servicio de Dermatología. Ayudante *ad honorem* en la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo

² Médica dermatóloga en Terrazas Alta Medicina

³ Médica dermatóloga Hospital Alexander Fleming (OSEP)

⁴ Jefe de Servicio de Dermatología. Profesor adjunto de la Cátedra de Patología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo

Servicio de Dermatología, Hospital El Carmen, Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), Joaquín V. Gonzalez 245, Godoy Cruz, Mendoza, República Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: m_clara@live.com.ar

► DIAGNÓSTICO

Dermatofibroma hemosiderótico

► DISCUSIÓN

El **dermatofibroma** o también llamado histiocitoma es uno de los tumores benignos más frecuentes de la piel compuesto por células fibrohistiocíticas¹⁻⁷. La **variante hemosiderótica** fue descrita por Diss en 1938 como un tumor que semejava clínicamente un melanoma^{1,4,6}. Es una rara forma de dermatofibroma, que presenta hallazgos dermatoscópicos que difieren de los clásicos observados en los histiocitomas comunes y características histológicas distintivas¹.

Se presenta más comúnmente en adultos de edad media y es ligeramente más frecuente en el sexo femenino^{2,3}. Se manifiesta **clínicamente** como una pápula, placa o nódulo de consistencia firme, de coloración variable que va desde el amarillo hasta el púrpura y se localiza más frecuentemente en las extremidades^{1,4,6,7}.

La **dermatoscopia** difiere de la del dermatofibroma común, en la que se observa un parche blanquecino central y una red de pigmento periférica⁵⁻⁷. En esta variedad, en cambio, se han descrito distintas estructuras, siendo las más frecuentes de observar la presencia de un área homogénea de coloración azulada o eritematosa en el centro del tumor, estructuras blanquecinas que pueden ser de tipo lineales o áreas de mayor tamaño, estructuras vasculares (vasos puntiformes, en coma, lineales e irregulares) y una delicada red de pigmento periférica. También pueden apreciarse otras estructuras como una escama blanquecina superficial y la presencia de un área homogénea amarillenta en la periferia^{1,2,5-7}.

Histológicamente representa un estadio en la evolución de la variante aneurismática. Existe extravasación de glóbulos rojos con la consecuente producción de hemosiderina; este pigmento luego es fagocitado por los histiocitos, conformando la fase hemosiderótica. Si la extravasación de eritrocitos continúa, comienzan a formarse hendiduras dentro de la lesión, llegándose a la fase de dermatofibroma aneurismático^{1-4,6}.

Se ha demostrado una correlación entre la dermatoscopia y la histopatología, donde la coloración homogénea azulada se corresponde histológicamente con el depósito de hemosiderina tanto intra como extracelular; las estructuras blanquecinas coinciden con la fibrosis en la dermis papilar y la red de pigmento periférica con la pigmentación de la crestas⁵⁻⁷.

Los **diagnósticos diferenciales** a plantear son: melanoma, nevus de Spitz, sarcoma de Kaposi, angiosarcoma cutáneo, dermatofibrosarcoma protuberans, entre otras^{1-4,6}.

El **tratamiento** de estas lesiones se puede realizar con extirpación quirúrgica, criocirugía o electrocirugía, pero hasta en un 20% de los casos las lesiones recidivan, por lo tanto se recomiendan controles posteriores.

Como conclusión destacamos el rol de la dermatoscopia como herramienta diagnóstica, si bien los hallazgos clínicos como dermatoscópicos pueden plantear dudas con diversas lesiones como nombramos anteriormente, por lo tanto el diagnóstico debe ser siempre confirmado con examen histopatológico.

► BIBLIOGRAFÍA

- Scalvenzi, M.; Balato, A.; De Natale, F.; Francia, MG.; Mignogna, C.; De Rosa, G.: Hemosiderotic dermatofibroma: report of one case. **Dermatology** 2007; 214: 82-84.
- Alves, J.V.; Matos, D.M.; Barreiros, H.F.; Bártolo, E.A.: Variants of dermatofibroma- a histopathological study. **An Bras Dermatol** 2014; 89: 472-477.
- Marini, M.; Rossi, G.; Simionato, C.; Saponaro, A.; Magariños, G.; Bosaleh, A.: Tumor en cara externa de brazo. Fibrohistiocitoma hemosiderótico. **Arch Argent Dermatol** 2006; 56: 199-201.
- Videolivas-Casillas, N.; García-Malinis, A., J.; Polo-Rodríguez, I.: Lesión tumoral en ángulo externo del ojo. Dermatofibroma hemosiderótico. **Dermatol Argent** 2013; 19: 431-434.
- Ozdemir, F.; Kilinc, I.; Akalin, T.: Homogeneous blue pigmentation in dermatofibroma simulating a blue naevus. **J Eur Acad Dermatol Venereol** 2006; 20: 733-743.
- Zaballos, P.1.; Llambrich, A.; Ara, M.; Olazarán, Z.; Malvehy, J.; Puig, S.: Dermoscopic findings of hemosiderotic and aneurysmal dermatofibroma: report of six patients. **Br J Dermatol** 2006; 154: 244-250.
- Kilinc Karaarslan, I.; Gencoglan, G.; Akalin, T.; Ozdemir, F.: Different dermoscopic faces of dermatofibromas. **J Am Acad Dermatol** 2007; 57: 401-406.