

Lesión tumoral en ángulo externo del ojo

Tumoral lesion in external angle's eye

Nuria Valdeolivas-Casillas,¹ Ana Julia García-Malinis² e Isabel Polo-Rodríguez¹

Caso clínico

Mujer de 49 años, en seguimiento por nuestro servicio desde hace 10 años por un linfoma T cutáneo sin epidermotropismo y un linfoma B tipo MALT diagnosticado en 2011. Como antecedentes personales cabe destacar, histerectomía total por un adenocarcinoma in situ de endometrio hace 10 años, hígado graso no alcohólico estadio II diagnosticado hace 8 años y síndrome de Sjögren en seguimiento por Reumatología desde 2008. En una visita de rutina la paciente refirió la presencia de una lesión nodular, localizada en el canto externo del ojo derecho de 6 meses de evolución que asentaba sobre la cicatriz de un quiste infundibular extirpado en 2011.

Examen físico: se trataba de una lesión nodular asintomática de coloración violácea, de un centímetro de diámetro, firme a la presión, localizada en el canto externo del ojo derecho (foto 1).

Exámenes complementarios: el estudio anatomopatológico reveló una lesión compuesta por células fusiformes dispuestas en fascículos cortos que adoptan un patrón discretamente estoriforme y que disecan los haces de colágeno denso hialinizado en la periferia de la lesión (foto 2). Además presentaba abundantes vasos de pequeño tamaño, extravasación hemática y depósitos de hemosiderina intra y extracelulares. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para Factor XIIIa y negativo para CD34 (foto 3).

Evolución y tratamiento: Se realizó una extirpación, sin objetivarse recidiva de la lesión (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(6): 431-434).

Fecha de recepción: 10/06/2013 | **Fecha de aprobación:** 29/08/2013

¹ Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

² Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Carretera Alcalá-Meco, s/n, Campus universitario, 28805, Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia: Nuria Valdeolivas Casillas, n.valdeolivas@gmail.com



Foto 1. Lesión nodular en cara.

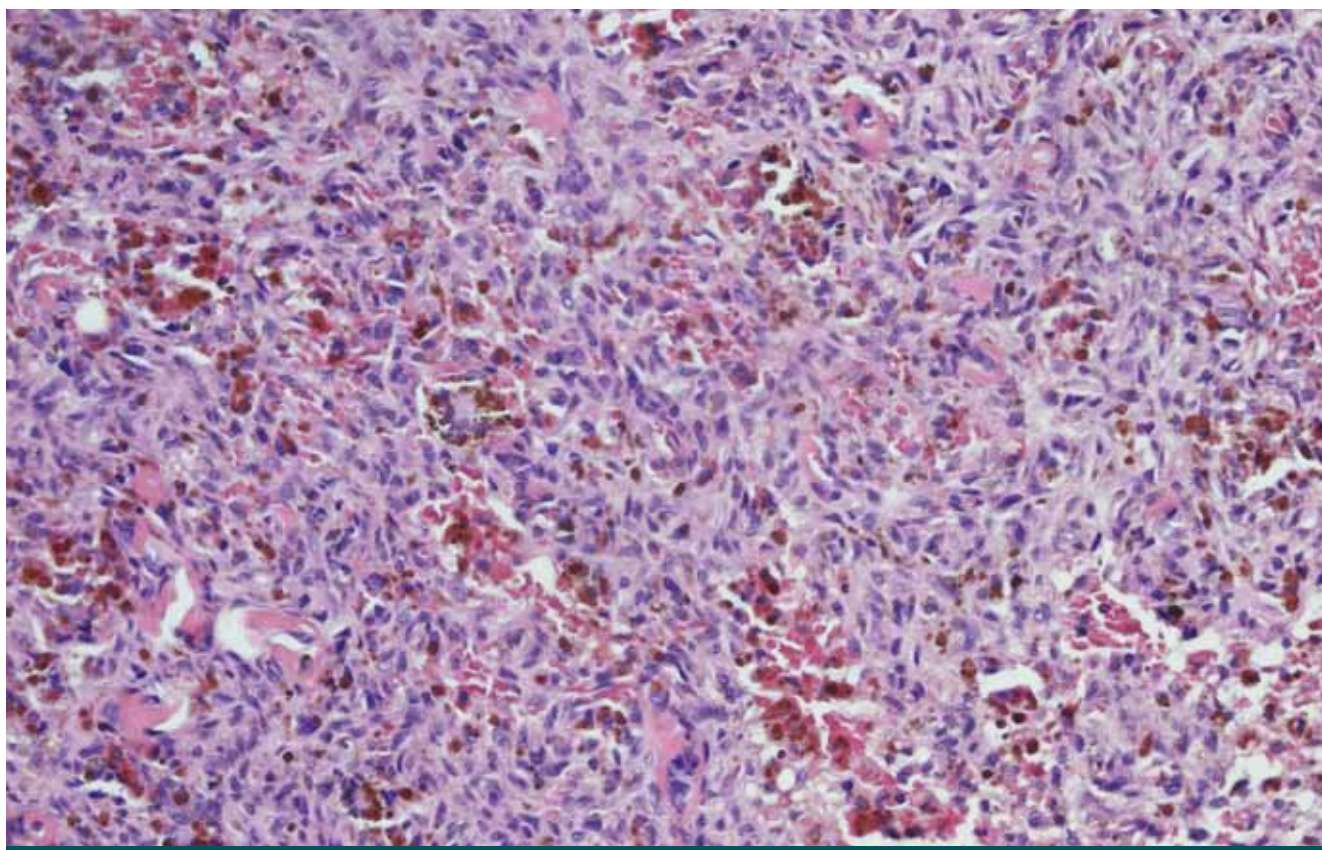


Foto 2. (H-E 20x).

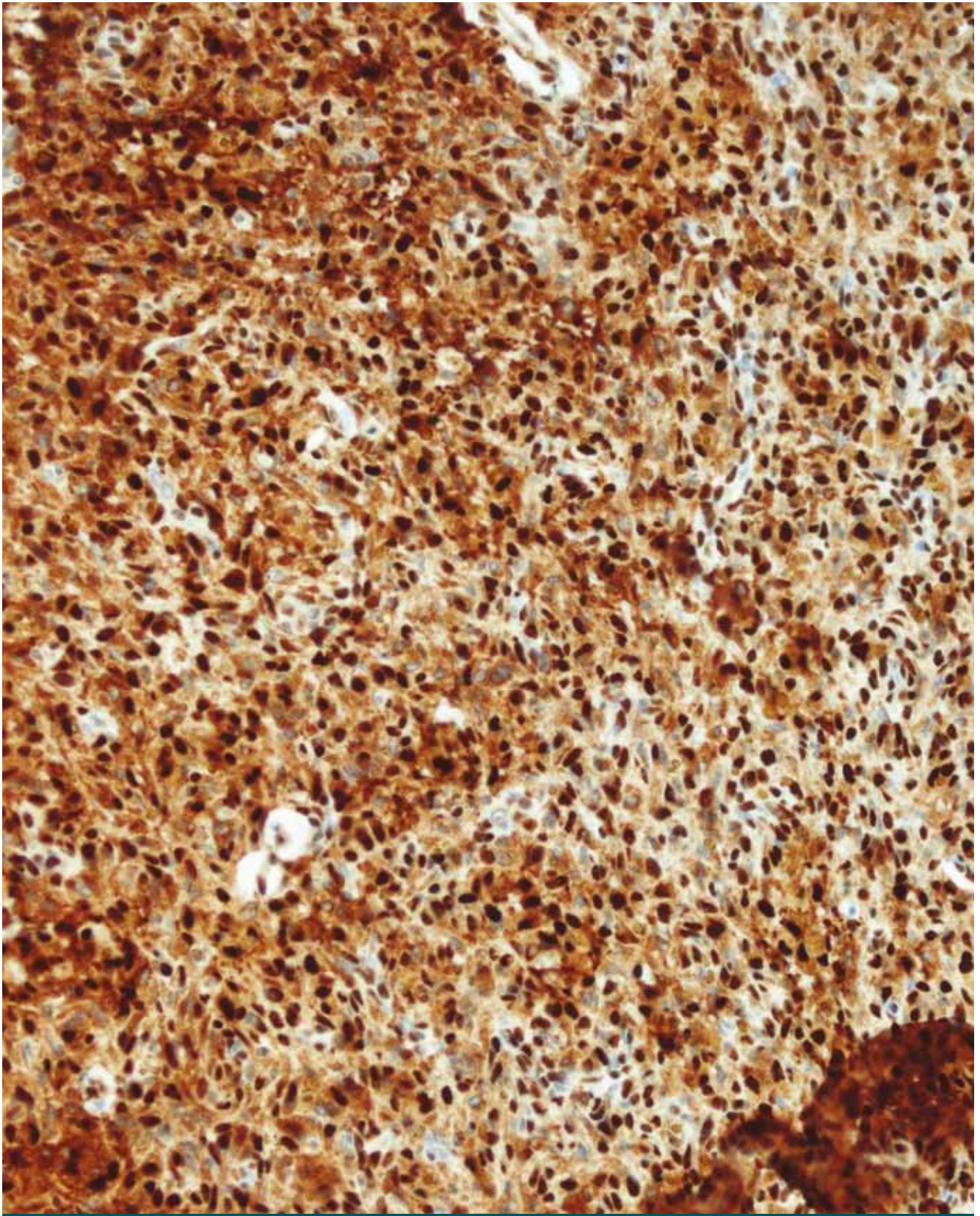


Foto 3. Factor XIIIa positivo.

Diagnóstico

Dermatofibroma hemosiderótico.

Comentario

El dermatofibroma (DF) es un tumor fibrohistiocitario muy común localizado preferentemente en las extremidades de los adultos. Clínicamente, se presenta como una pápula, placa o nódulo, de color marrón claro a oscuro, amarillento o púrpurico y menor de 2 centímetros de diámetro. A la exploración es característico el “signo del hoyuelo” si se ejerce presión lateral de la lesión. Histológicamente presenta múltiples variedades: liquenoide, atrófico, aneurismático, mixoide, hemosiderótico, miofibroblástico. Para muchos autores esto representa varias etapas evolutivas de una misma lesión. En la dermatoscopia, la mayoría de los dermatofibromas presentan un área central blanquecina y una red de pigmento periférico.¹

El dermatofibroma hemosiderótico es una variedad poco frecuente que fue descrita por primera vez por Diss en 1938 como una lesión cutánea que podría simular un melanoma.² Se manifiestan como pápulas o nódulos azulados, violáceos, parduscos o rojizos, localizados preferentemente en extremidades.

En la dermatoscopia se visualiza una zona central homogénea azulada o roja, rodeada por un retículo de pigmento y estructuras vasculares. Histológicamente se caracteriza por una proliferación de histiocitos multinucleados con depósitos citoplasmáticos lipídicos y hemosideróticos. Se cree que estos depósitos se forman por la extravasación lenta de sangre capilar cuyos pigmentos son fagocitados por las células tumorales. La causa es desconocida aunque se postula que se debería a microtraumatismos de la zona.³

Varios autores consideran que el DF hemosiderótico es un estadio previo del DF aneurismático. Esta hipótesis estable-

ce que ambas variedades son diferentes estadios evolutivos de una misma lesión cutánea, en donde el DF aneurismático se produciría por una continua extravasación de los capilares que forma grandes espacios rellenos de sangre.⁵

Al hacer el diagnóstico diferencial se deben descartar principalmente la presencia de lesiones melanocíticas, como el melanoma nodular, el nevus de Spitz y el nevus atípico. Así mismo, habría que descartar el hemangioma hemosiderótico en diana, el cual presenta un halo claro y un anillo periférico equimótico, que le confiere ese aspecto en diana. A la dermatoscopia presenta lagunas rojo-azuladas en la zona central, rodeadas por un área homogénea de pigmentación rojiza, violácea o marrónácea sobre un fondo pardusco que sugiere depósito de hemosiderina.⁶

En conclusión, presentamos un caso de DF hemosiderótico cuyo diagnóstico en ocasiones puede suponer un reto, al tratarse de una forma poco frecuente y en una localización rara como es la cara.

Bibliografía

1. Ferrari A, Argenziano G, Buccini P, Cota C *et al.* Typical and atypical dermoscopic presentations of dermatofibroma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012. DOI: 10.1111/jdv.12019.
2. Diss MA. Histiocytome hémosidérimique pseudomélanique de la peau. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr* 1938; 45:1903–1908.
3. Requena L, Aguilar A, Lopez Redondo MJ, Schoendorff C *et al.* Multinodular hemosiderotic dermatofibroma. *Dermatologica* 1990; 181:320–323.
4. Zaballos P, Lambrich Á, Ara M, Olazarán J *et al.* Dermoscopic findings of haemosiderotic and aneurysmal dermatofibroma: report of six patients. *Br J Dermatol* 2006; 154: 244–250.
5. Scalvenzi M, Balato A, De Natale F, Francia MG *et al.* Hemosiderotic dermatofibroma: report of one case. *Dermatology* 2007; 214:82–84.
6. Morales-Callaghan AM, Martínez-García G, Aragonese-Fraile H, Miranda-Romero A. Targetoid hemosiderotic hemangioma: clinical and dermoscopic findings *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007, 21, 247–289.

* PERLAS DERMATOLÓGICAS

La terapia de depleción de linfocitos B en pacientes con esclerodermia sistémica se asocia con disminución significativa de la expresión del PDGFR y de su activación en células fusiformes de la piel

Daoussis D, Tsamandas A.C., Lioussis S.N., Antonopoulos I. *et al.*, *Arthritis Res. Ther.*, 2012, 14: 145.

Recientemente varios estudios han comunicado resultados promisorios tras la utilización de rituximab (RTX) en pacientes con esclerodermia sistémica (SSc). En este trabajo se evaluaron por medio de inmunohistoquímica biopsias de piel de 8 pacientes con SSc, antes y 6 meses luego del tratamiento con RTX, de tres paciente con SSc no tratados y de tres individuos sanos. Se evaluó la expresión del PDGF y de su receptor (PDGFR) en

estado fosforilado (activado) y no fosforilado.

En pacientes con SSc se observó una fuerte expresión de PDGFR α y de PDGFR β en células fusiformes, y depósito de colágeno, que indica un fuerte vínculo entre la expresión de PDGFR y fibrosis. Luego de la administración de RTX se evidenció una disminución significativa de la expresión de PDGFR α y de PDGFR β en la dermis papilar. Lo mismo ocurrió con la expresión del PDGFR α y del

PDGFR β fosforilados. No se hallaron cambios en la expresión tisular o de los niveles plasmáticos del PDGF luego del tratamiento.

Los autores concluyen que el RTX podría mejorar la fibrosis a partir de la disminución de la expresión y activación del PDGFR y resaltan la necesidad de realizar estudios multicéntricos a gran escala para investigar más profundamente la eficacia de esta droga en pacientes con SSc.

L. León Jaimovich