

Tumor en pierna

Leg tumor

Avelina Merino¹, Florencia Suárez Mónica² y Viviana Parra³

¹ Residente de Cuarto Año, Servicio de Dermatología

² Médica de Planta, Servicio de Dermatología

³ Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

Contacto del autor: Avelina Merino

E-mail: ab_merino@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 15/9/2014

Fecha de trabajo aceptado: 4/10/2016

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2016, 22 (4):217-219

CASO CLÍNICO

Un paciente de 59 años, sin antecedentes patológicos conocidos, consultó por presentar una tumoración en la pierna izquierda, asintomática, de 4 años de evolución. Refirió un traumatismo previo de moderada intensidad.

Al examen físico se observó un tumor violáceo, multilobulado, de 10 x 7,5 cm de diámetro y consistencia duroelástica. En la superficie presentaba erosiones, sangrado y material blanquecino friable (Foto 1).

Se realizó un estudio anatomopatológico que evidenció en la dermis profunda, con la tinción de hematoxilina-eosina, islotes de células redondeadas, pequeñas, basófilas, sin mitosis ni atipias, en contigüidad con células eosinófilas anucleadas, pero con conservación de las membranas citoplasmáticas (Fotos 2 y 3).



FOTO 1: Tumor violáceo localizado en la pierna izquierda.

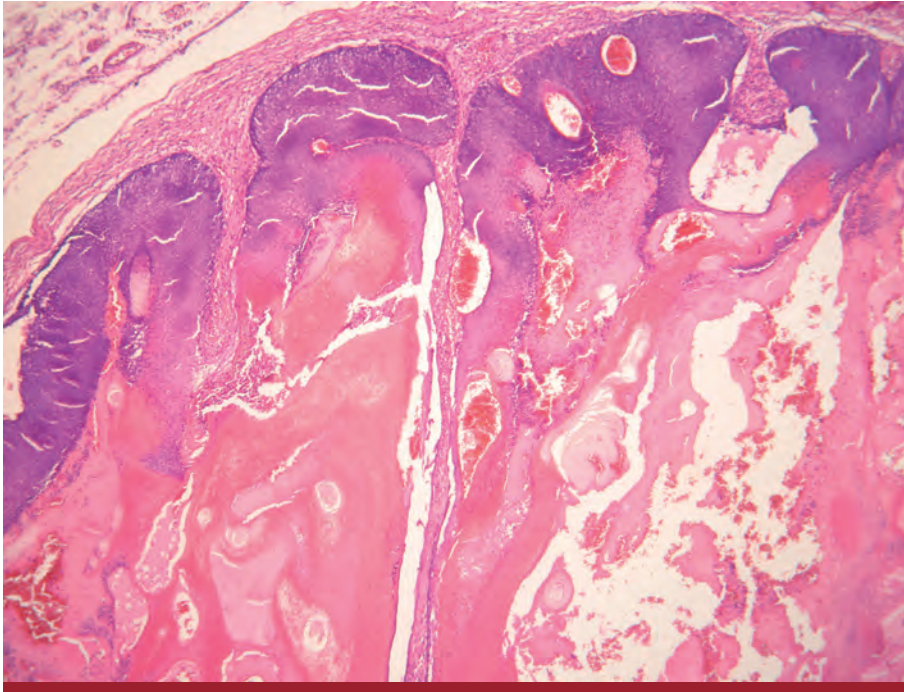


FOTO 2: Lóbulos de células epiteliales con empalizada periférica. (HyE, 100x).

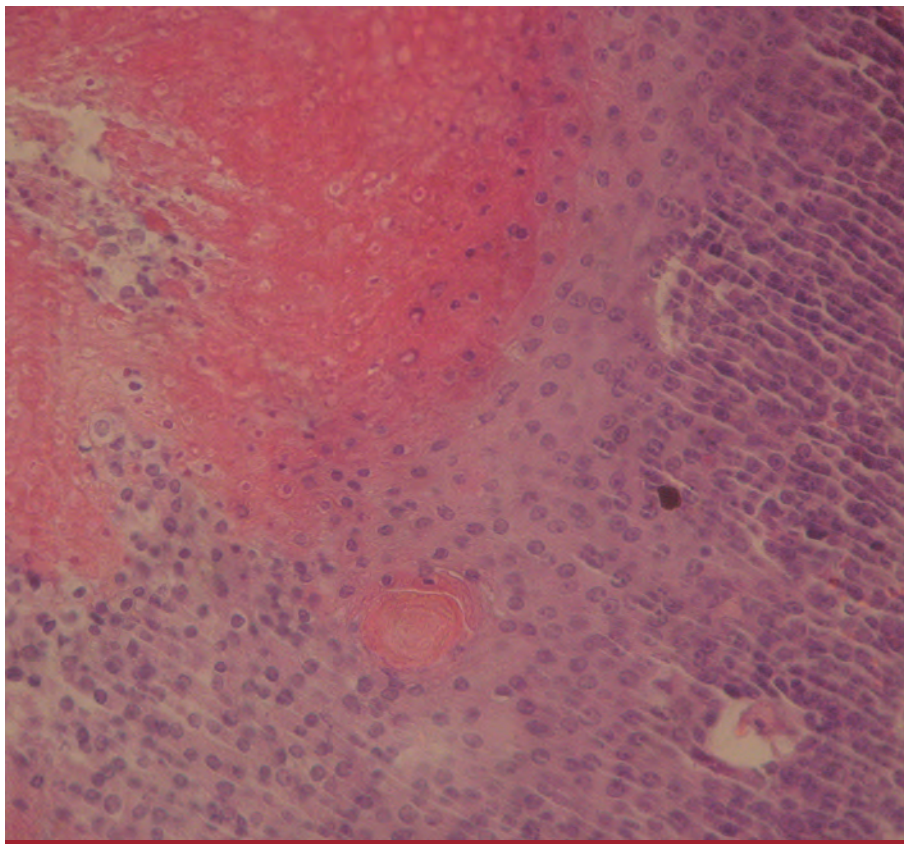


FOTO 3: Células basófilas, de transición y fantasmas. (HyE, 400x).

DIAGNÓSTICO

Pilomatrixoma gigante perforante.

DISCUSIÓN

El pilomatrixoma o epiteloma calcificante de Malherbe fue descrito por Malherbe y Chenantains en 1880. Es un tumor benigno originado en la matriz pilosa, generalmente de 0,5 a 3 cm de diámetro, que suele aparecer dentro de las dos primeras décadas de la vida y que se localiza, con mayor frecuencia, en la región de la cabeza y el cuello. Tiene un ligero predominio en el sexo femenino y representa uno de los tumores más frecuentes en la edad pediátrica¹.

En la formación de los pilomatrixomas desempeñarían un papel importante las betacateninas. Un estudio mostró que al menos 75% de las lesiones estudiadas tenía mutaciones en el gen CTNNB1, implicado directamente con la β -catenina/LEF. Otros estudios concluyeron en que la proteína morfogénica del hueso de tipo 2 (BMP-2) interviene en el proceso de calcificación de los pilomatrixomas, como también la osteopontina^{6,2}.

Clínicamente, los pilomatrixomas son nódulos de consistencia dura, con superficie irregular y abollonada, asintomáticos, cubiertos por piel de aspecto normal.

Una variante inusual es el pilomatrixoma gigante perforante, definido por un tamaño mayor de 5 cm de diámetro y presencia de ulceración en su superficie, con exteriorización de material calcáreo, como en el caso del paciente analizado^{3,4}.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia o aspiración de la lesión. En la histopatología se observan, en proporciones variables, células basaloides con núcleos hiper cromáticos y escaso citoplasma, células en transición y células sombra o fantasma que pierden finalmente sus núcleos y adquieren una tonalidad eosinofílica en su citoplasma. También en el estroma suele haber un grado variable de reacción granulomatosa, con células inflamatorias, células gigantes de cuerpo extraño, depósitos de calcio y restos de queratina⁵.

Entre los diagnósticos diferenciales clínicos se describen el quiste epidérmico, el quiste dermoide, los tumores malignos, el hemangioma y el lipoma. Microscópicamente debe plantearse el diagnóstico diferencial con el quiste de inclusión epidérmico, el tumor de células gigantes, el carcinoma de células escamosas y el tumor maligno anexial⁶.

El pilomatrixoma debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los tumores grandes de la mejilla, sobre todo en los niños, y en los tumores de mama que presenten calcificaciones^{7,8}.

Se han publicado casos de pilomatrixomas, especialmente múltiples, asociados a miotonía distrófica y síndrome de Turner, entre otros^{9,10}.

El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica de la lesión y la reconstrucción estética debido al tamaño importante que puede alcanzar esta variante del tumor.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Unamuno B, Ballester R, Hernández P, Febrer I, et al. Giant pilomatrixoma: a benign tumour with a rare presentation. *An Pediatr* 2014;80:35-36.
2. Mejía F, Pérez C. Pilomatrixoma: presentación clínica inusual. *Folia Dermatol* 2007;18:84-88.
3. Stefano P, Apa S, Balancini B. Ulcerated giant pilomatrixoma in a child. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:924-925.
4. Loader DE, Ortlechner K, Breier F, Wasilewicz-Stefani G, et al. Giant pilomatrixoma of the right arm. *Eur J Dermatol* 2014;24:257.
5. Bansal C, Handa U, Mohan H. Fine needle aspiration cytology of pilomatrixoma. *J Cytol* 2011;28:1-6.
6. Dubb M, Michelow P. Fine needle aspiration cytology of pilomatrixoma and differential diagnoses. *Acta Cytol* 2009;53:683-688.
7. Deutsch J, Trick D, Delank KW. Giant scalp mass. *HNO* 2010;58:1204-1207.
8. Rousselot C, Tourasse C, Samimi M, et al. Breast pilomatrixoma manifested as microcalcifications on mammography: report of two cases. *J Radiol* 2007;88:978-980.
9. Nakail K, Yoneda K, Maeda R, Yokoi I, et al. Giant pilomatrixoma and psoriasis vulgaris with myotonic dystrophy. *Eur J Dermatol* 2009;19:507-508.
10. Wood S, Nguyen D, Hutton K, Dickson W. Pilomatrixomas in Turner syndrome. *Dermatol* 2008;25:449-451.