

Placa eritematoescamosa en región lumbar

Lumbar erythematous-squamous plaque

Luciana Cabral Campana¹, María Elena Ziella², Cristina Corbella³, Mercedes Hassan⁴

Caso clínico

Paciente varón, de 63 años, oriundo de Santiago del Estero con residencia en Isidro Casanova desde hace 50 años. Fototipo III-IV. Consulta por presentar en la región lumbar una placa eritematoescamosa de 15 años de evolución, de bordes netos, de 4 × 8 cm de diámetro, levemente pruriginosa, negativa a la vitropresión y de crecimiento lento (**Foto 1**).

En el resto del examen físico se comprueba queratodermia punteada en palmas.

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica evidencia en epidermis la presencia de columelas (**Foto 2**), y por debajo de ellas se observa ausencia de capa granulosa y presencia de ocasionales células disqueratóticas. En dermis superficial se encuentran capilares con luces dilatadas rodeados de células adiposas (**Foto 3**).

(Dermatol Argent 2010;16(5):370-372).



Foto 1. Placa eritematoescamosa en la región lumbar.

Fecha de recepción: 2/10/2009 | **Fecha de aprobación:** 29/10/2009

1. Residente de segundo año.
2. Médica dermatóloga.
3. Médica dermatopatóloga.
4. Profesora Titular UBA y Favaloro. Jefa de División Dermatología, Hospital "Ramos Mejía". CABA. Rep. Argentina.

Correspondencia

Dra. Luciana Cabral Campana: e-mail: lcc_80@hotmail.com

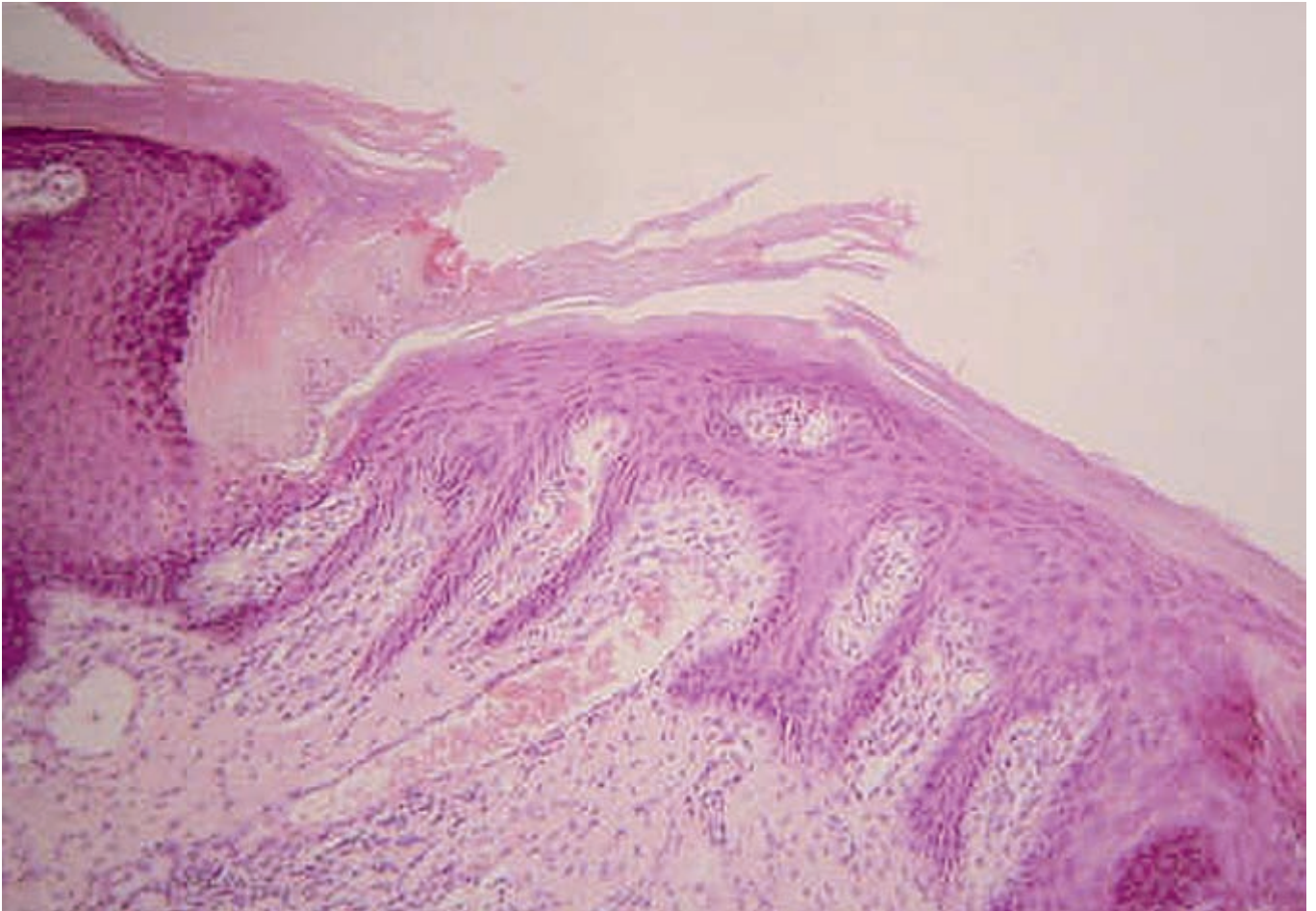


Foto 2. *Columela.*

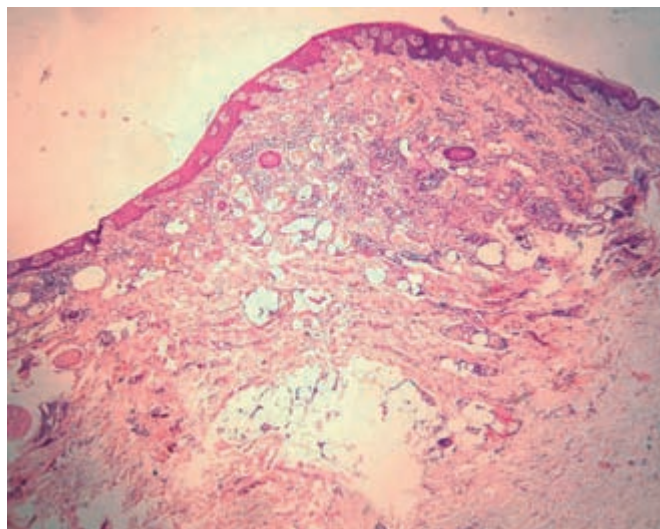


Foto 3. *En dermis vasos capilares dilatados y células adiposas.*

Diagnóstico: nevo angioliomatoso y poroqueratósico.

Comentario

Los nevos angioliomatosos son hamartomas cutáneos. En 1904, Albrecht definió el término hamartoma como la proliferación benigna de uno o más tejidos que aparecen en una proporción aberrante en el órgano comprometido.¹⁻³ A menudo hay un tejido dominante y pueden encontrarse en cualquier órgano, no sólo en la piel. Los hamartomas cutáneos representan alteraciones de la embriogénesis y se encuentran presentes desde el nacimiento o se manifiestan a edades más avanzadas.⁴

Dependiendo de la estructura afectada pueden ser epidérmicos, conectivos, lipomatosos, anexiales, angiomasos o asociaciones de todos estos. Clínicamente se manifiestan como pápulas, nódulos, placas o quistes, y a menudo son asintomáticos. Hay diferentes expresiones; por ejemplo, los nevos epidérmicos verrugosos que se distribuyen habitualmente en el tronco o extremidades y adoptan una disposición lineal. Si el componente predominante es de glándulas sebáceas, el hamartoma se llama nevo sebáceo y se ubica generalmente en cuero cabelludo o cara. Cuando predomina el componente apocrino se llama nevo apocrino y se ubica en la cara, axilas o tórax.⁵ Si el tejido que predomina es vascular o adiposo, los nevos se denominan angioliomatosos y pueden estar distribuidos en cualquier parte del tegumento.⁵ El término nevo organoide se refiere a una lesión que histológicamente presenta una composición celular mixta; aunque muchas veces se lo utiliza como sinónimo del nevo sebáceo de Jadassohn.⁶

En el caso de nuestro paciente el hamartoma fue angioliomatoso y poroqueratósico ya que presenta capilares dilatados, células adiposas y una columna focal de hiperqueratosis con paraqueratosis y ausencia de granulosa.^{7,8} No hemos encontrado en la literatura asociaciones de este tipo.

Para el diagnóstico se recomienda realizar una biopsia escisional o incisional de 5 o 6 mm.

El tratamiento de este tipo de lesiones tiene una implicancia estética. En nuestro caso realizamos una resección quirúrgica completa, sin signos de recidiva al año de seguimiento. Están descritas técnicas de dermoabrasión, crioterapia, electrocoagulación o radiofrecuencia, dependiendo de la ubicación y tamaño de la lesión.^{4,7,8}

Referencias

1. Doo-Hoe H, Woo-Hee J, Choon-Sik Y. Cutaneous hamartoma of the hand: MR imaging findings. *Yonsei Med J* 2000;41:147-149.
2. Mc Calmont T. Neoplasias anexiales. En: Bologna J, Jorizzo J, Rapini R. *Dermatología*. España: Elsevier; 2004.112:1733-1753
3. Cabrera H, García S. Introducción, clasificación. En: Cabrera H, García S. *Nevos*. Buenos Aires; Ed Actualizaciones Médicas.1998.1:3-4.
4. Figueroa Y, García R. Hamartoma cutáneo lipomatoso. *Folia Der* 2003;14:33-34.
5. Howell J, Dallas M. Nevus angioliomatosis vs. focal dermal hypoplasia. *Arch Dermat* 1965;92:238-248.
6. Campen R, Zembowicz A, Liu V, Wrone D. Linear ectodermal cutaneous hamartoma. *Int J Dermatol* 2003;42:376-379.
7. Monteagudo Sánchez B, León Muiños E, Durana C. Nevo poroqueratósico de los ostios y ductos ecrinos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007;35:239-242.
8. Martínez W, Vereá M, Yebra Pimentel M. Porokeratotic eccrine ostial and dermal duct naevus: treatment with carbon dioxide laser. *Br J Dermatol* 1999;141:1136.

Estimados/as colegas:

Estamos aunando esfuerzos para indexar *Dermatología Argentina* en Medline. Uno de los puntos que se evalúan es el factor de impacto de la publicación, que está directamente relacionado con la citación del material publicado en diferentes revistas científicas. Tomando como referencia una estrategia diseñada por nuestros colegas españoles, les sugerimos que cuando remitan artículos para publicación a revistas dermatológicas internacionales, traten de incluir citas de *Dermatología Argentina*. Es muy probable que encuentren algún trabajo reciente de autores argentinos al respecto en *Dermatología Argentina* que les sirva como referencia. Recuerden, además, que desde el punto de vista de la evaluación sólo serán válidos los artículos de los últimos años. Pueden emplear la página web www.dermatolarg.org.ar para buscarlos.

Muchas gracias.