

Tumores en colisión: queratosis seborreica con nevus melanocítico. Estudio dermatoscópico e histopatológico a propósito de dos lesiones

Collision tumours: seborrheic keratosis and melanocytic nevus. Dermoscopy and histopathology of two lesions.

Sonia Rodríguez Saá,¹ Rosa María Ciancio,² Liliam Ruiz³ y Raúl E. Villa⁴

RESUMEN

Los tumores en colisión son raros, y representan la asociación de más de una neoplasia en un mismo preparado histológico y separados por menos de 1 mm. Aunque los nevus melanocíticos y las queratosis seborreicas son tumores frecuentes, hay pocos casos publicados de esta asociación. Comunicamos el de un hombre de 54 años, con historia de síndrome de nevus displásico y melanoma, que consultó por dos lesiones pigmentadas con cambios recientes. El caso fue estudiado con dermatoscopia e histopatología (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(5): 405-408).

Palabras clave:

tumor en colisión, tumor combinado, dermatoscopia.

ABSTRACT

Collision tumors are rare, representing the association of more than one neoplasm on the same cutaneous specimen, separated from each other by less than 1 mm. Although melanocytic nevi and seborrheic keratosis are frequent skin tumours, there are few reports of their being associated. We describe the case of a 54-year-old man with a previous history of both dysplastic nevus syndrome and melanoma, who consulted for recent changes on two pigmented lesions. Diagnosis was performed upon both dermoscopic and histopathologic studies (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(5): 405-408).

Keywords:

collision tumours, compound tumours, dermoscopy.

Fecha de recepción: 20/01/2011 | Fecha de aprobación: 27/05/2011

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 54 años, fototipo II, con síndrome de nevus displásico y el antecedente de haber presentado un melanoma en región subescapular derecha 20 años atrás. Con gran cantidad de queratosis seborreicas, de aparición continua en los últimos años.

El paciente concurrió a la consulta para control de dos nevus que se habían modificado. Una lesión en hipocondrio izquierdo, de larga evolución, había cambiado su color en los últimos meses, y había aparecido una zona sobre elevada color marrón oscura en el centro. La otra en la región subescapular izquierda, que había aumentado de tamaño rápidamente.

Clínicamente impresionaban como nevus melanocíticos sobre los cuales aparecieron queratosis seborreicas,

¹ Médica dermatóloga. Servicio de Dermatología del Hospital El Carmen, Mendoza

² Médica dermatóloga. Jefa Unidad Dermatología. Instituto Médico Rodríguez Saá, Mendoza

³ Médica dermatóloga. Instituto Médico Rodríguez Saá, Mendoza

⁴ Médico dermatopatólogo. Jefe Servicio de Dermatología. Hospital El Carmen, Mendoza

Correspondencia: Sonia Rodríguez Saá, Darragueira 7193, casa 2, CP 5507, Chacras de Coria, Mendoza, República Argentina. soniarsaa@itcsa.net; soniarraa@hotmail.com

pero debido a los antecedentes del paciente, la historia de rápido crecimiento de ambas lesiones y el hecho bien documentado de que los melanomas pueden simular queratosis seborreicas,⁵ se realizó el estudio dermatoscópico e histopatológico.

Lesión 1

Al examen se observó una lesión marrón, asimétrica y he-

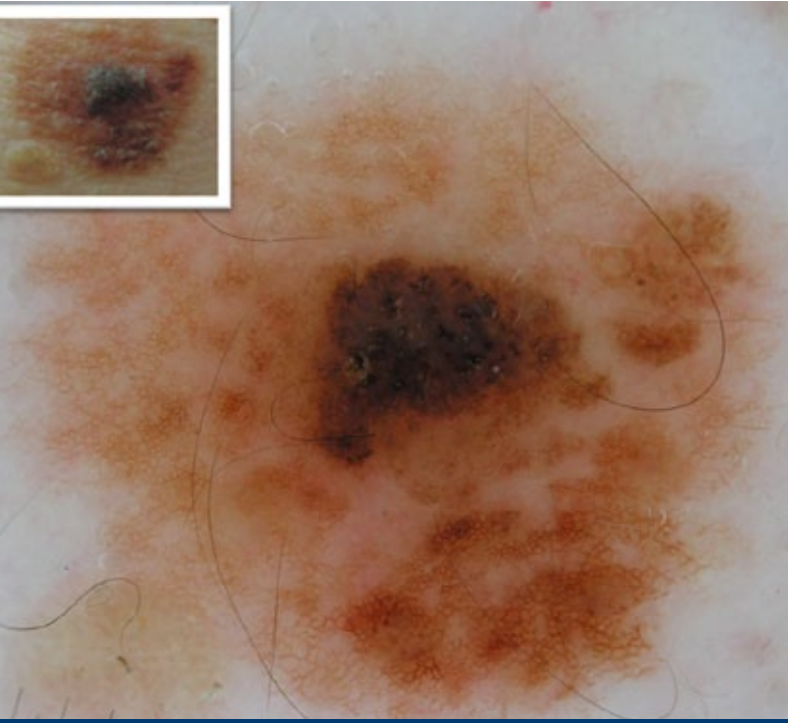


Foto 1. Lesión 1. En la dermatoscopia se observa un patrón reticulado en parches y en la zona central presenta pseudoaperturas foliculares y fisuras. En el área inferior izquierda hay una lesión en contacto con la antes descrita, con un patrón cerebriforme, típico de las queratosis seborreicas. Esto también se ve claramente en la imagen clínica (DermLite Photo 3Gen).

terocroma, algo sobreelevada al tacto, de aproximadamente 1,7 cm de diámetro, y adyacente otra marrón clara, de superficie áspera, de 5 x 5 mm.

El estudio dermatoscópico demostró una pigmentación asimétrica con varios colores (marrón claro, marrón oscuro, negro y azul-gris). La lesión presentaba una red de pigmento fina en su mayor parte (patrón reticulado en parches) y en la zona central una mancha gris azulada, en la cual se evidenciaban pseudoaperturas foliculares, fisuras y una red pigmentada gruesa (foto 1). En hora siete se observó una lesión en continuidad con la antes descrita, color marrón claro homogénea, con surcos y crestas que formaban un patrón cerebriforme. El estudio histopatológico mostró en la zona central, correspondiente a la pápula marrón oscura, epidermis con acantosis, hiperqueratosis y pseudoquistes córneos, sin nidos de melanocitos, compatibles estos hallazgos con una queratosis seborreica. Por debajo, en la dermis, se encontraron nidos de melanocitos, sin atipias, y en la periferia una proliferación epidérmica de melanocitos, que conformaban los hombros del nevus displásico (foto 2).

Lesión 2

Lesión nodular, de 9 x 9 mm, compuesta por dos áreas bien definidas, una superior marrón clara, y rosada, de superficie lisa, y una inferior marrón clara, de superficie áspera y de aparición más reciente.

En la dermatoscopia se observó en el área izquierda fisuras, crestas y algunas pseudoaperturas foliculares. A la derecha se encontraron también pseudoaperturas foliculares y zonas de red pigmentada (foto 3).

La histopatología mostró una proliferación melanocítica intradérmica, compuesta por nidos de melanocitos sin atipia, correspondiente a un nevus melanocítico intradérmico. En continuidad se encontró una acantosis de células uniformes y pequeñas, con hiperqueratosis y pseudoquistes córneos, compatible con queratosis seborreica (foto 4).

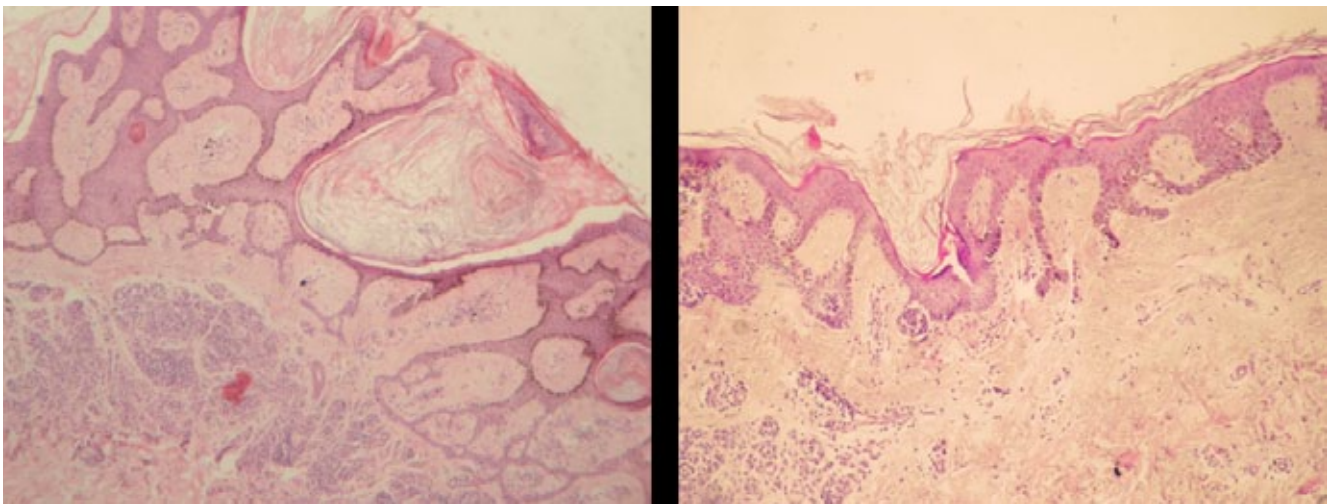


Foto 2. Lesión 1. En la histología de la zona central, en la epidermis hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis, y en la dermis se ven los nidos de melanocitos (HE 40x).

Comentarios

Los nevus melanocíticos se asocian a diferentes tipos de tumores. La asociación más frecuentemente descrita es con quiste epidermoide. También se han encontrados asociados con quistes triquilemicos, esteatocitomas, hidrocistoma, quiste dermoide, siringoma, tricoepitelioma, tricoadenoma y carcinoma basocelular. Sin embargo, la asociación de un nevus melanocítico en contigüidad con una queratosis seborreica (QS) es infrecuente.¹⁻⁴ Boyd y Rapini, en un estudio retrospectivo de 40.000 biopsias cutáneas, encontraron 14 casos de nevus melanocítico yuxtapuesto con queratosis seborreicas.¹ Hay muy pocos casos más descritos. Esta asociación puede representar sólo la posibilidad de aparición de dos neoplasias comunes juntas, o podría apoyar la teoría de una relación patogénica entre la queratosis seborreica y las lesiones melanocíticas.

Las queratosis seborreicas también se han hallado asociadas a diferentes tumores benignos, entre ellos con quistes epidermoides, nevus azul, queratosis actínicas y queratoacantomas. El tumor maligno más frecuentemente asociado a queratosis seborreica es el carcinoma basocelular. También hay reportes de su asociación con enfermedad de Bowen, carcinoma espinocelular y melanomas malignos.^{3,6-8}

No se conoce la etiología de los tumores en colisión, aunque existen tres teorías principales: la primera sostiene que se desarrollan debido a que uno de los tumores estimularía el desarrollo de un segundo tumor mediante un efecto paracrino; la segunda sugiere que una piel dañada puede inducir el desarrollo de distintas neoplasias adyacentes entre sí, lo que conocemos como “campos de carcinogénesis”; y la tercera teoría afirma que los tumores cutáneos en colisión representan la presencia de dos o más lesiones yuxtapuestas por coincidencia.^{1,4,8}

En la primera lesión del paciente hay una queratosis seborreica claramente en colisión con un nevus displásico, y en el centro del nevus una zona con características dermatoscópicas e histológicas de queratosis seborreica. Si bien esto podría interpretarse como un nevus melanocítico queratósico,⁹ dada la asociación temporal de la aparición de este cambio sobre el nevus con el resto de las queratosis seborreicas y la ausencia de nidos de melanocitos en la epidermis y dermis papilar, creemos que ésta representa también un tumor en colisión.

El diagnóstico de los tumores en colisión puede resultar muy difícil, especialmente cuando una de las lesiones es melanocítica. El desarrollo de la dermatoscopia ha ayudado a mejorar esta precisión diagnóstica, ya que incorpora una serie de rasgos dermatoscópicos distintivos. Además, permite alertar al patólogo para orientar los cortes histológicos de la biopsia escisional, con el fin de establecer un diagnóstico lo más exacto posible.⁸⁻¹⁰

Bibliografía

1. Boyd A.S., Rapini R.P. Cutaneous collision tumors. An analysis of 69 cases and review of the literature, *Am. J. Dermatopathol.*, 1994, 16: 253-257.

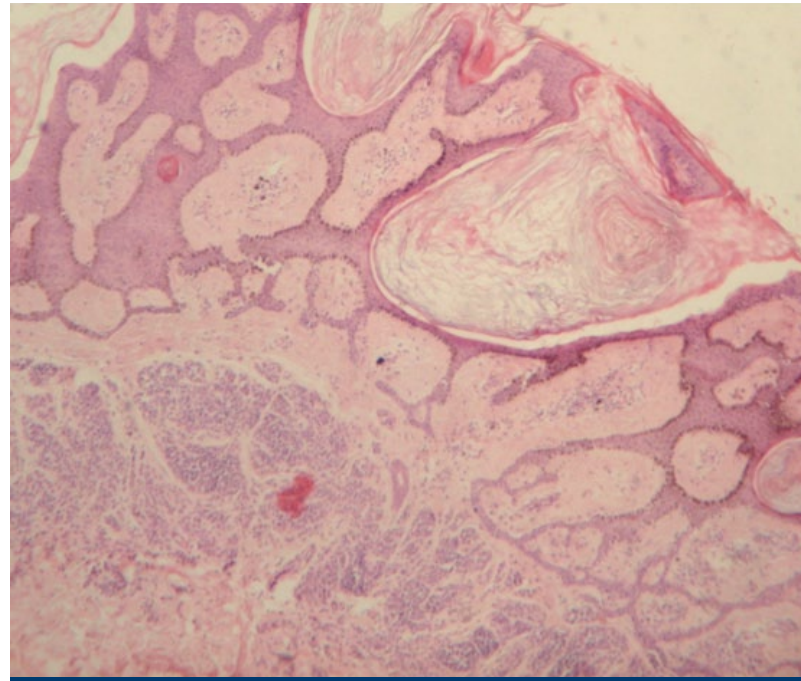


FOTO 2. Lesión 1. En la histología de la zona central, en la epidermis hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis, y en la dermis se ven los nidos de melanocitos (HE 40x).

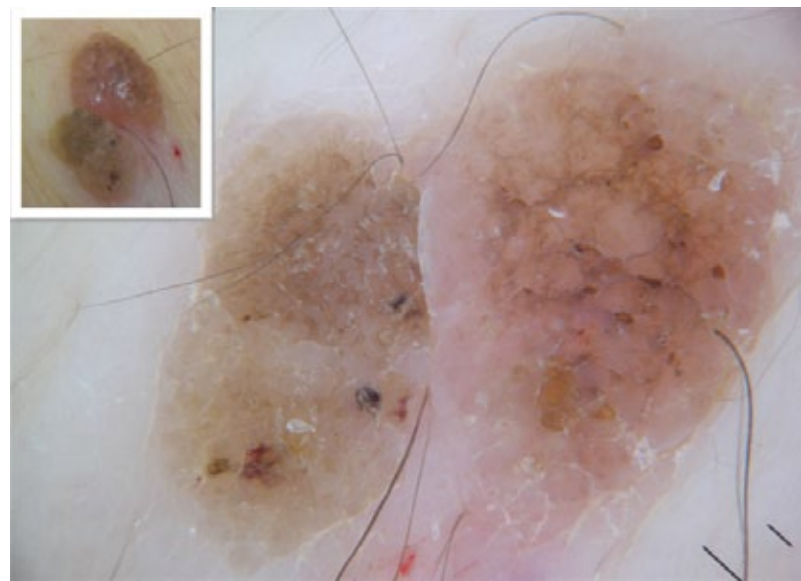


FOTO 3. Lesión 2. En la dermatoscopia, dos lesiones en contacto íntimo entre sí; a la izquierda se ven fisuras y crestas, lesión compatible con queratosis seborreica. A la derecha se observa un patrón reticular compatible con nevus melanocítico (DermLite Photo 3Gen).

2. Driban N.E. y Galdeano A.F. Tumores en colisión: quiste vellosa eruptivo y nevus melanocítico congénito, *Rev. Argent. Dermatol.*, 2009, 90: 94-98.
3. Díaz-Cascajo C., Reichel M., Sánchez J. Malignant neoplasms associated with seborrheic keratosis: an analysis of 54 cases, *Am. J. Dermatopathol.*, 1996, 18: 278-282.

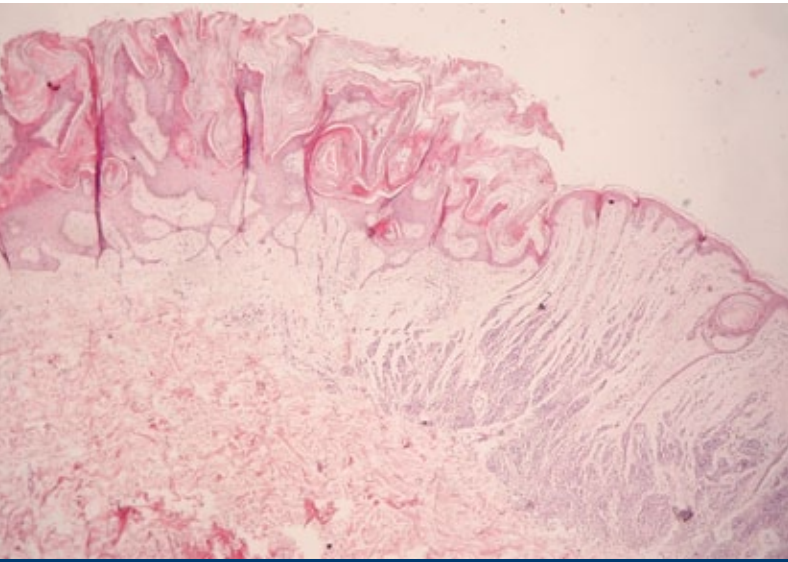


FOTO 4: Lesión 2. Se observa en el lado izquierdo hiperqueratosis, acantosis, papilomatosis e invaginaciones epidérmicas con queratina. Los nidos de melanocitos se ven en la dermis sólo del lado derecho (HE 40x).

- González-Vela M.C., Val-Bernal J.F., González-López M.A., Novell M. et al. Collision of Pigmented Benign Tumours: A Possible Simulator of Melanoma, *Acta Dermato-Venereologica*, 2008, 88: 92-93.
- L. Sober A.J., Mihm M.C., Jr, Zembowicz A. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratoses: analysis of 9204 cases, *Arch. Dermatol.*, 2002, 138: 1562-1566.
- De Giorgi V., Massi D., Sestini S., Alfaioli B. et al. Cutaneous collision tumour (melanocytic naevus, basal cell carcinoma, seborrhoeic keratosis): a clinical, dermoscopic and pathological case report, *Br. J. Dermatol.*, 2005, 152: 787-790.
- Zaballos P., Llambrich A., Puig S., Malveyh J. Dermoscopy is useful for the recognition of benign-malignant compound tumours, *Br. J. Dermatol.*, 2005, 153: 653-656.
- Fernández-Canedo I., Blázquez N., De Troya M., Pérez-Salguero T. Un tumor de colisión. Una asociación tumoral desenmascarada por la dermatoscopia, *Actas Dermosifiliogr.*, 2009, 100: 615-634.
- Bentley-Phillips C.B., Marks R. Epidermal Component of melanocytic Naevi, *J. Cutan. Pathol.*, 1976, 3:190-194.
- Cosme Álvarez-Cuesta C., Vázquez-López F., Pérez-Oliva N. Dermoscopy in the diagnosis of cutaneous collision tumour, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2004, 29: 199-200.

★ PERLAS DERMATOLÓGICAS

Hipermelanosis nevoide sindrómico: descripción de siete casos con un seguimiento de 10 años.

Cabrera H.N., Della Giovanna P., Hermida M.D. J. *Dermatol.*, 2011, 38: 125-130.

Se estudian siete pacientes que se presentaron con máculas diseminadas hiperpigmentadas (melanóticas o nevo pigmentado) como un signo cardinal. Anormalidades neurológicas fueron detectadas en todos los casos y dismorfismo esquelético en cuatro de ellos.

A pesar de la alteración genética, que podría ser la causa de la enfermedad, los dermatólogos deben ser capaces de diagnosticar la afección, basada en los aspectos neurológicos, y distinguirla de otras enfermedades neurocutáneas.

Parvovirus B 19 dna, agente patógeno ?

Bonvicini F., La Placa M., Manaresi E., Gallinella G., et al. Parvovirus B199 DNA is commonly harboured in human skin. *Dermatology*. 2010; 220, 138.

El parvovirus B19 es el agente etiológico del eritema infeccioso (quinta enfermedad). También ha sido identificado en el síndrome guantes-medias, dermatomiositis, urticaria crónica, púrpura de Henoch-Schönlein, esclerosis sistémica, pitiriasis liquenoide, psoriasis y Behcet. Mediante PCR el virus se encontró en 11/38 casos de pitiriasis liquenoide así como en piel sana de pacientes jóvenes con distintas patologías, sugiriendo que la persistencia viral es común después de una infección primaria.

Histamina en dermatitis seborreica.

Kerr K., Schwartz J.R., Filoon Th., Fierno A., et al. Scalp stratum corneum histamine levels: novel sampling method reveals association with itch resolution in dranduff/seborrheic dermatitis treatment. *Acta dermatovenerol.* 2011; 91: 404.

Caspa y dermatitis seborreica pueden estar acompañadas por un prurito intenso y persistente. Se analizaron dos grupos de pacientes, antes y después de un tratamiento con zinc piritiona. Los niveles de histamina fueron investigados antes y a las 3 semanas de tratamiento. Dichos niveles se redujeron significativamente así como la intensidad del prurito. Ello sugiere que la histamina en piel participa en el prurito de las dos afecciones.

» 1 L.J.

» 2

» 3 A.W.