

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **11**

Número
Number **2**




Mayo-Agosto
May-August **2002**

Artículo:




Caso para el diagnóstico. Neoformaciones
en el pliegue antecubital con evolución
crónica y asintomática

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Neoformaciones en el pliegue antecubital con evolución crónica y asintomática

Dra. Diana Medina,* Dra. Josefa Novales,** Dra. Ma. Elena Castelar***



Figura 1. Aspecto clínico. Dermatitis localizada en pliegue antecubital.

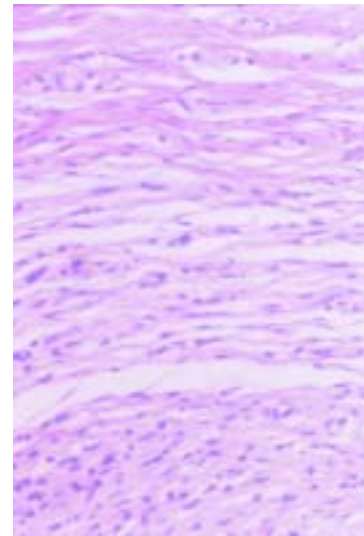


Figura 2. Microfotografía H/E 20X.

Caso clínico

Paciente del sexo femenino de 40 años de edad, ocupación secretaria. Originaria de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, y residente de Toluca, Estado de México. Con dermatosis localizada a extremidad superior derecha que afecta la cara anterior de antebrazo, unilateral y asimétrica. Dermatitis de aspecto monomorfo constituida por 10 neoformaciones del color de la piel de tamaño que varía entre 0.2 y 0.8 cm la mayor. Evolución crónica y asintomática. Inicia hace tres años con "tumorações

en cara anterior de antebrazo". Tratamiento anterior ácido salicílico al 27%.

Examen clínico general sin datos patológicos. Exámenes de laboratorio, se toma biopsia incisional la cual se fija en formol al 10%, se procesa por parafina y los cortes se tiñen con hematoxilina y eosina que muestra una lesión exofítica con epidermis atrófica, algunas zonas de discreta acantosis a expensas de procesos interpapilares con formación de tapones córneos y la dermis superficial, media y profunda se encuentra ocupada por una neoformación bien limitada, constituida por células fusiformes dispuestas densamente con algunos vasos y estroma que rodea estas células constituidas por fibras colágenas muy delgadas. Los anexos se encuentran hipotróficos.

Con estos datos clínicos e histológicos ¿cuál es su diagnóstico?

* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe de Servicio de Dermatopatología CDP.

*** Residente de 2do año Dermatología CDP.

Neurofibromatosis segmentaria

La neurofibromatosis fue descrita en 1882 por von Recklinghausen y actualmente está considerada como fasciomas y está dentro de los síndromes neurocutáneos con una herencia autosómica dominante y de expresividad variable.^{1,2}

La neurofibromatosis segmentaria o neurofibromatosis tipo V según Ricardi, es una forma especial que puede estar caracterizada por manchas café con leche o solo con neurofibromas en disposición metamérica, sin compromiso visceral y con ausencia de antecedentes familiares.

Es más frecuente en las mujeres y la edad de presentación es variable y los neurofibromas suelen aparecer en edad más tardía como lo fue el caso de nuestra paciente.

El neurofibroma es un tumor organoide de células de Schwann y endoneuro.^{3,4}

Pocos casos se han asociado a retraso mental y alteraciones genitourinarias por lo que se recomienda vigilancia del paciente y el estudio genético de sus familiares.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con cualquier tumor doloroso, y por morfología podría confundirse con:

Nevo lipomatoso superficial: que es una proliferación de tejido adiposo en la dermis cuyo resultado clínico son tumores amarillentos o del color de la piel de consistencia suave y renitente, generalmente asintomático, el diagnóstico se realiza por la palpación y por ausencia de sintomatología.⁵

Tumor glómico múltiple: debe considerarse como un hamartoma que se origina de células musculares lisas que se encuentran en cortocircuitos arteriovenosos especializados presentes en regiones acrales. La diferencia clínica principal es que el tumor glómico es eritematoso.⁶

Leiomiomas: tumores benignos que son extremadamente dolorosos porque están constituidos por músculo liso, y este dolor suele ser paroxístico.⁶

Lipomas: generalmente son tumoraciones benignas pero subcutáneas, sin embargo si llegan a ser múltiples pueden observarse como neoformaciones epidérmicas.⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Pozo J, Almagro M, Martínez W, Peña C, Fonseca. Neurofibromatosis segmentaria. Presentación de 8 casos. *Piel* 2000; 15(1): 4-10.
2. Goldberg NS. What is segmental neurofibromatosis? *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 638-640.
3. Ramos GA, Neri CM. Neurofibromatosis segmentaria. Presentación de un caso con localización poco habitual. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9(3): 157-159.
4. Ricardi VM, Lewis RA. Penetrance of von Recklinghausen neurofibromatosis: a distinction between predecessors and descendants. *Am J Hum Genet* 1988; 42: 284-289.
5. Micali G. Segmental neurofibromatosis with only macular lesions. *Pediatric Dermatol* 1993; 10: 43.
6. Roth RR. Segmental neurofibromatosis. *Arch Dermatol* 1987; 123: 917.
7. Arenas R. *Neurofibromatosis de Dermatología Atlas diagnóstico y tratamiento*. México D.F. 2ª Ed. McGraw-Hill Interamericana 1996: 239-241.