

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen 12
Volume

Número 3
Number

Septiembre-Diciembre 2003
September-December

Artículo:

**Tumor de colisión: Comunicación de un
caso de rara presentación histopatológica**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
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***

Tumor de colisión: Comunicación de un caso de rara presentación histopatológica

Dra. Gisela Navarrete Franco,* Dra. Miriam Neri Carmona,** Dra Rosa María Gutiérrez Vidrio,***
Dr. Armando Medina Bojórquez****

RESUMEN

Los tumores de colisión son raros y generalmente se presentan la asociación de dos tumores y en raras ocasiones de tres tumores en una misma biopsia o pieza quirúrgica, presentamos el caso de un tumor que presentó histológicamente cuatro tumores en la misma pieza quirúrgica.

Palabras clave: Tumor de colisión.

ABSTRACT

Cutaneous collision tumors is unusual and association perhaps between two or sometimes three neoplasm in a single cutaneous biopsy or piece surgical, we report a case of a patient with four neoplasm in a single cutaneous biopsy.

Key words: *Cutaneous collision tumors.*

Se define al tumor de colisión como la asociación de dos o más tumores encontrados en una misma biopsia cutánea o pieza quirúrgica.^{1,2,10}

Este tipo de tumores es poco frecuente, sin embargo no se tiene una estadística precisa de esta patología.³

Las comunicaciones realizadas hasta el momento refieren que la asociación de tumores de colisión más frecuentemente encontradas son:

Lesión	Carcinoma	Tumor de	Misceláneos
melanocítica más	basocelular más	anexos más	
Queratosis actínica	Dermatofibroma	Hidrocistoma apócrino y nevo	Milia y angiofibroma
Hidrocistoma apócrino	Lentigo actínico	Cilindroma y espiradenoma	Dermatofibroma y prurigo nodular
Carcinoma basocelular	Melanoma maligno	Cilindroma, espiradenoma y tricoepitelioma	Queratosis seborreica y queratosis actínica
Dermatofibroma	Nevo melanocítico	Tricoepitelioma desmoplásico y nevo azul	Queratosis seborreica y quiste epidérmico
Queratosis seborreica	Neurofibroma	Tricoadenoma y nevo	Queratosis seborreica y prurigo nodular

* Dermatopatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Médico residente de Oncología Cutánea y Cirugía Dermatológica del CDP.

*** Jefa del Servicio de Oncología Cutánea del CDP.

**** Dermatooncólogo del CDP.



Figura 1. Neoformación exofítica bilobulada eritematosa con exulceración en su superficie.



Figura 2. Vista lateral de la neoformación.

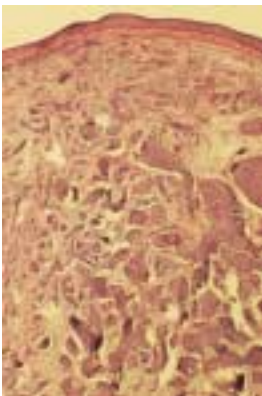


Figura 3. Se observa atrofia de la epidermis. En dermis media y profunda se observan cordones tumorales constituidos por células cuboidales de citoplasma amplio y pálido rodeadas por estroma fibroso compatibles con linfadenoma.

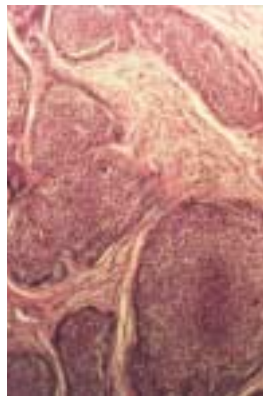


Figura 4. Mayor aumento de las células compatibles con linfadenoma.

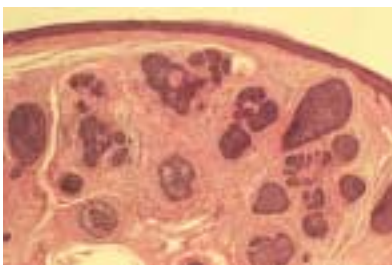


Figura 5. Cordones tumorales de células basaloideas que semejan folículos pilosos rudimentarios compatibles con tricoepitelioma.



Figura 6. Diseño del colgajo con 7 mm de margen.



Figura 7. Extirpación de neoformación y reparación con colgajo.

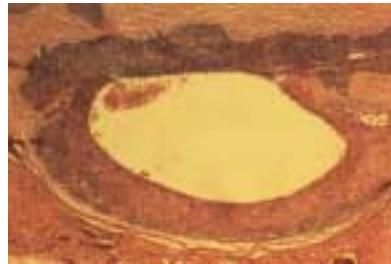


Figura 8. Se observan cordones tumorales de aspecto basaloide en la parte superior compatibles con carcinoma basocelular y separados por banda de tejido fibroso, en la parte inferior hay células semejantes al triquilema con atipias celulares compatibles con carcinoma triquilemico.

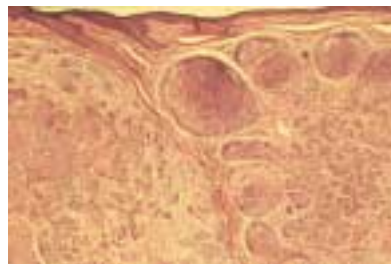


Figura 9. En esta imagen se observan las mismas células que semejan triquilema con atipias celulares (carcinoma triquilemico) encontrándose de frente y separada por banda fibrosa, con células cuboidales de citoplasma amplio y pálido rodeados por un estroma fibroso (linfadenoma).



Figura 10. Control al mes después de extirpación.

Quiste epidérmico	Queratosis seborreica	Queratosis seborreica, tricoadenoma y nevo	Pilomatrixomas y nevos melanocíticos
Carcinoma epidermoide		Tricoadenoma y queratosis seborreica	
Siringoma			
Triquilemoma			
Verruga vulgar			
Disqueratoma verrugoso			

2-6,8,9

Se han propuesto diferentes teorías para tratar de explicar la asociación de estos tumores y entre ellas se mencionan las siguientes:

- Algunos nevos pueden interactuar con elementos del estroma capaces de inducir crecimiento epitelial y en algunas ocasiones los traumatismos pueden actuar como factores precipitantes.⁶
- Otros autores creen que los cambios epiteliales estromales pueden inducir la formación a una segunda neoplasia.⁵
- Por otro lado, también se ha propuesto que algunas neoplasias son capaces de activar a los linfocitos los cuales producen linfocinas, favoreciendo la aparición de carcinoma basocelular. Los linfocitos son estimulados por los mastocitos los cuales se encuentran en mayor porcentaje en los sitios donde se ha desarrollado un carcinoma basocelular.^{1,5}
- También se ha propuesto que la asociación de algunos tumores puede ser debido a que proceden de una misma línea celular o célula pluripotencial.³
- En algunos casos aislados se ha comunicado una probable asociación de tipo hereditaria (autosómica dominante).³
- Sin embargo, hay autores que piensan que estas asociaciones son sólo coincidencias.⁹

Las características clínicas no son típicas en estos tumores por lo tanto el diagnóstico siempre se realizará por medio del estudio histopatológico, hasta el momento no existe estudio por medio de inmunohistoquímica que corrobore el diagnóstico preciso.^{1,7}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 48 años de edad, originario y residente de México D.F., obrero con antecedente hereditario de importancia el tener una hermana con carcinoma epidermoide. Fue estudiado en el CDP en mayo del año 2003. El paciente presentaba una dermatosis

localizada en cabeza que afectaba piel cabelluda en región parietal derecha. Constituida por una neoformación de 3.3 x 3.8 cm exofítica, de aspecto bilobulado de superficie anfractuosa, eritematosa, con presencia de telangiectasias y una exulceración, consistencia dura, de base ancha, bordes bien delimitados de evolución crónica y asintomática (*Figuras 1 y 2*).

Inició su padecimiento hace 20 años con la aparición de "una tumoración" la cual fue creciendo hasta alcanzar 2 cm aproximadamente y tratado hace 10 años con biopsia por rasurado sin tener el resultado histopatológico, cinco años después recidiva y al recibir traumatismo directo sobre la neoformación (patada), ésta se desprende y desde hace 3 años, crece lenta y paulatinamente hasta alcanzar las características mencionadas.

Por lo que se decide realizar biopsia incisional con los siguientes hallazgos histopatológicos: lesión exofítica con atrofia de la epidermis, dilatación de los infundibulos foliculares e hiperqueratosis. La dermis superficial, media y profunda, están ocupadas por numerosos cordones epiteliales neoplásicos de células basaloideas y las más periféricas se disponen en empalizada. En diversas zonas de la dermis media y profunda, hay cordones delgados, pequeños, rodeados por un estroma fibroso con discreta reacción inflamatoria. En otras áreas de la dermis superficial hay grandes cordones y el estroma tiene moderada reacción inflamatoria. Por otra parte en otra área del corte, las estructuras tumorales semejan folículos pilosos rudimentarios y en otros más los cordones están constituidos por células cuboidales de citoplasma amplio y pálido rodeado por estroma fibroso y reacción inflamatoria moderada. Con estos datos se emitió el diagnóstico de Tumor de colisión formado por: carcinoma basocelular, tricoepitelioma y linfadenoma (*Figuras 3, 4 y 5*).

Con estos datos se decide la extirpación completa de la neoformación dando un margen de 7 mm y se repara el defecto con un colgajo de rotación, (*Figuras 6 y 7*). Se envía la pieza quirúrgica a nuevo estudio histopatológico y se encuentran los siguientes datos: Neo-

formación exofítica cuya epidermis presenta atrofia. En la dermis superficial media y profunda se observan numerosos cordones neoplásicos de células basaloideas en cuya periferia se disponen en empalizada y presencia de lagunas peritumorales. En otra zona contigua se aprecian otros cordones de células epiteliales, de citoplasma amplio y pálido rodeados por un estroma fibroso, mientras que en otras áreas se muestran cordones sólidos de células basaloideas que presentan folículos pilosos abortivos. En algunos sitios los cordones están constituidos por células semejantes al triquilema y que muestran atipias celulares (Figuras 8 y 9).

Con los hallazgos histopatológicos se emite el diagnóstico de **Tumor de colisión** formado por carcinoma basocelular sólido y quístico, tricoepitelioma, linfadenoma y carcinoma triquilemico. Con extirpación completa y resultado estético adecuado (Figura 10).

CONCLUSIÓN

Los tumores de colisión, son neoformaciones que clínicamente no tienen una característica específica, por lo tanto la clave diagnóstica y estándar de oro siempre será el estudio histopatológico. Estos tumores podrían estar subdiagnosticados por no tener el resultado histopatológico de una pieza quirúrgica completa, de ahí la importancia de un adecuado estudio histopatológico (Figuras 5 y 9).

La asociación de cuatro tumores encontrados en una pieza quirúrgica, como en este caso, nunca se ha co-

municado en la literatura mundial y llama no sólo la atención el número de tumores presentes, sino que todos proceden de una misma línea celular.

En este caso la extirpación fue completa y el pronóstico es bueno, siendo muy bajos los porcentajes de recidiva, por lo que el paciente se mantendrá en vigilancia periódica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boyd AS, Ronald P, Rapini. Cutaneous collision tumors. *Am J Dermatopathol* 1994 16(3): 253-257.
2. Goette DK, McConnel MA, Fowler VR. Cylindroma and eccrine spiradenoma coexistent in the same lesion. *Arch Dermatol* 1982; 118: 273-274.
3. Wright S, Ryan J. Multiple familial eccrine spiradenoma with cilindroma. *Acta Derm Venereol* 1990; 70: 79-82.
4. Requena L, Sánchez M. Simultaneous occurrence of junctional nevus and seborrheic keratosis. *Cutis* 1989; 44: 465-466.
5. Schellander F, Marks R, Wilson J. Basal cell hamartoma and cellular nevus: an unusual combined malformation. *Br J Dermatol* 1974; 90: 413-419.
6. Bhawan J, Malhora R. Simultaneous occurrence of intradermal nevus and syringoma. *Cutis* 1983; 31: 669-672.
7. Sina B, Samorodin C. Basal cell carcinoma surrounded by lentigo maligna. *Cutis* 1989; 44: 81-82.
8. Sigal C, Saunders TS. Basal cell epithelioma and nevus pigmented. *Arch Dermatol* 1967; 96: 520-523.
9. Mikhail GR, Mehregan AH. Basal cell carcinoma in seborrheic keratosis. *J Am Dermatol* 1982; 6: 500-506.
10. Jiménez HF, Ramos-Garibay. Tumor de colisión, presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2002; 11: 105-107.