

**Revista del  
Centro Dermatológico Pascua**

**Volumen** 12  
*Volume*

**Número** 3  
*Number*

**Septiembre-Diciembre** 2003  
*September-December*

*Artículo:*




**Pilomatrixoma. Presentación de un caso  
clínico inusual**

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***



**Medigraphic.com**

# Pilomatrixoma. Presentación de un caso clínico inusual

Dra. Josefina de Peña Ortiz,\* Dra. Ivonne Figueroa\*\*

## RESUMEN

El pilomatrixoma es un tumor que deriva de la matriz del folículo piloso, se presenta un caso de esta entidad.

Palabras clave: Pilomatrixoma.

## ABSTRACT

*The pilomatrixoma is a tumor from a hair follicle matrix, to continue we present a case of this entity.*

*Key words: Pilomatrixoma.*

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones calcificadas han sido descritas desde el año 200 d.C. por Galeno, que refería “piedras” en algunos tumores, así como por Ambroise Paré en 1585. La primera descripción de pilomatrixoma fue realizada por Malherbe y Chantais en 1880, considerándose que derivaba de glándulas sebáceas. Fue hasta 1942 que Turhan y Krainer reconocieron que las células del pilomatrixoma eran semejantes a las de la corteza del pelo.<sup>1,2</sup> En 1954 Castigliano y Rominger describieron las características clínicas de 243 casos reportados hasta la fecha.<sup>3</sup>

Se le ha llamado también epiteloma calcificado de Malherbe, pilomatrixoma y tricomatrixoma.<sup>4</sup> Es un tumor benigno, ocasionalmente maligno, localizado más frecuentemente en la cara, el cuello y las extremidades superiores, el tamaño varía de 0.5 a 5 cm de diámetro, de forma esférica, del color de la piel, rosado o rojo violáceo, se presenta a cualquier edad, pero es más frecuente en la infancia y adolescencia.<sup>5</sup> Actualmente y con base en estudios de inmunohistoquímica y ultraestructurales se ha demostrado que deriva de las células de la matriz del folículo piloso e histológicamente se caracteriza por células basofílicas y calcificadas en dermis profunda e hipodermis.<sup>6,7</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 12 años de edad, originario y residente del D.F., estudiante, con una dermatosis de 5 meses de evolución que refirió haber iniciado como “un granito” doloroso que fue creciendo y que fue tratado mediante desbridamiento de la zona. Al momento de la consulta presentaba una dermatosis localizada a extremidad superior derecha de la cual afectaba brazo en el tercio medio a nivel de la cara anterolateral, constituida por una neoformación eritematosa de aproximadamente 4 cm de diámetro, ulcerada, con presencia de costras sanguíneas y melicéricas en la superficie y de bordes edematosos mal definidos, fija a planos profundos, dura y dolorosa a la palpación (*Figura 1*). Se realizó biopsia incisional de la lesión, la cual fue diagnosticada como pilomatrixoma (*Figuras 2, 3 y 4*), posteriormente se realiza extirpación completa de la lesión con cierre directo y buen resultado cosmético.

## COMENTARIO

El pilomatrixoma es un tumor cutáneo benigno, con diferenciación a partir de la matriz del folículo piloso<sup>6,7</sup> localizado preferentemente en la cabeza y los miembros superiores,<sup>8,9</sup> generalmente se presenta como una neoformación subcutánea, solitaria y de consistencia firme.<sup>10,11</sup> Se han reportado casos de pilomatrixomas perforantes acompañados de ulceración y daño epidérmico.<sup>12</sup> No se ha encontrado un patrón de herencia, sin embargo se han visto casos familiares, también se ha

\* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

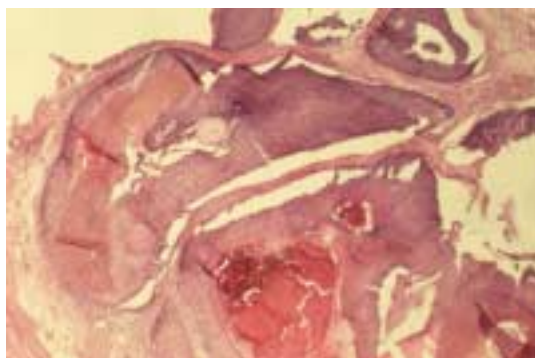
\*\* Residente de 3er año de Dermatología CDP.



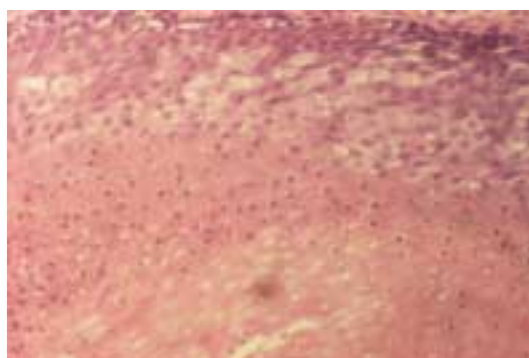
**Figura 1.** Se muestra el aspecto clínico de la lesión, con presencia de costras sanguíneas y melicéricas en el centro de la neoformación.



**Figura 3.** HE, 20 x. La neoformación se encuentra constituida por cordones de células basofílicas que rodean células fantasma.



**Figura 2.** HE, 10 x. Se aprecia una neoformación que ocupa la dermis media y profunda.



**Figura 4.** HE, 40 x. Se aprecian con claridad células carentes de núcleo llamadas sombra o fantasma y las células basofílicas y con núcleo de la periferia.

asociado con distrofia miotónica, en estos pacientes las lesiones suelen ser múltiples.<sup>13-15</sup> Predomina en niños y adolescentes y se observa un segundo pico de incidencia en mayores de 50 años.<sup>16,17</sup> Su evolución es crónica y estacionaria de crecimiento lento.<sup>18</sup>

Histológicamente se localizan en la dermis profunda y tejido celular subcutáneo, y está constituido por una cápsula de tejido conectivo que rodea islotes de células basofílicas con nucléolos prominentes y acúmulos de queratina, así como células sombras o fantasmas, estas últimas son eosinofílicas y carecen de núcleo. En 70% de los casos se observa calcificación y en 20% osificación.<sup>19,20</sup>

El diagnóstico clínico se puede sospechar con base a su localización y a la consistencia firme del tumor, que cuando se presiona con los dedos se advierte su forma de "piedra facetada" y la piel que lo cubre se levanta en forma de tienda. El estudio radiológico o ultrasonográfico demuestra calcificación,<sup>21</sup> sin embargo el diagnóstico

puede ser difícil y la confirmación es por el estudio histopatológico.<sup>22</sup> El diagnóstico diferencial debe establecerse con quistes epidérmicos, lipomas calcificados, granuloma a cuerpo extraño y osteoma cutáneo.<sup>23,24</sup>

El tratamiento es la extirpación quirúrgica completa, en bajo porcentaje se presentan recidivas.

En el caso que presentamos la lesión clínicamente difería de la reportada en la literatura, probablemente debido al desbridamiento realizado, o bien nos queda la duda de que pertenezca al grupo que se ha reportado como pilomatrixoma perforante,<sup>12</sup> sin embargo esto nos lleva a puntualizar en la importancia del dermatólogo para el diagnóstico inicial de las lesiones y el adecuado manejo de estos casos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rook A. *Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1992: 888.

2. Julian C, Bowers P. A clinical review of 209 pilomatricomas. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 191-195.
3. Forbis R, Helwing EB. Pilomatrixoma. *Arch Dermatol* 1961; 83: 606-8.
4. Méndez S, Gutiérrez V et al. Pilomatrixoma atípico. *Rev del Cent Dermatol Pascua* 1995; 4: 117-20.
5. Ruiz MR et al. *Tratado de dermatología pediátrica*. Interamericana McGraw Hill 1992: 761-62.
6. Cribier B, Peltre B, Langbein L, Winter H et al. Expression of type I hair keratins in follicular tumors. *Br J Dermatol* 2001; 144: 977-82.
7. Noguchi H, Kayashima K, Ono T. Pilomatricoma associated with several hair follicles. *Am J Dermatopathol* 1999; 21: 458-61.
8. Mencia GE, Gutiérrez DE, García SE, Ricoy JR. Eyelid pilomatricomas in young adults: a report of 8 cases. *Cutis* 2002; 69: 23-6.
9. Phyu KK, Bradley PJ. Pilomatrixoma in the parotid region. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 1026-8.
10. Migirov L, Friedman E, Talmi YP. Pilomatrixoma of the retroauricular area and arm. *J Pediatr Surg* 2002; 37: E20.
11. Sari A, Yavuzer R, Isik I et al. Atypical presentation of pilomatricoma: a case report. *Dermatol Surg* 2002; 28: 603-5.
12. Honda Y, Oh-I T, Koga M, Tokuda Y. Perforating pilomatricoma: transepithelial elimination or not. *J Dermatol* 2002; 29: 100-3.
13. Berberian B, Colonna T et al. Multiple pilomatrixomas in association with myotonic dystrophy and a family history of melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 268-70.
14. Rivera M et al. Pilomatrixomas múltiples asociados a distrofia miotónica y a carcinoma medular de tiroides. *Med Cut* 1989; 17: 395-98.
15. McCulloch T, Singh S et al. Pilomatrix carcinoma and multiples pilomatricomas. *Br J Dermatol* 1996; 134: 368-71.
16. Ramírez S, Cid G et al. Pilomatricoma. Estudio retrospectivo de 10 años. *Dermatología Rev Mex* 1996; 40: 404-7.
17. Kaddu S, Soyer P. Clinical and histopathologic spectrum of pilomatricomas in adults. *Int J Dermatol* 1994; 35: 705-8.
18. Hardisson D, Linares MD, Cuevas SJ, Contreras F. Pilomatrix carcinoma: a clinicopathologic study of six cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 2001; 23: 394-401.
19. Lever W, Schaumburg-Lever G. *Histopatología de la piel*. Buenos Aires: Inter-médica 1991: 551-53.
20. Wang J, Cobb CJ, Martin SE, Venegas R. Pilomatrixoma: clinicopathologic study of 51 cases with emphasis on cytological features. *Diagn Cytopathol* 2002; 27: 167-72.
21. Hughes J, Lam A et al. Use of ultrasonography in the diagnosis of childhood pilomatrixoma. *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 341-44.
22. Punia RP, Palta A, Kanwar AJ, Thami GP et al. Pilomatricoma a retrospective analysis of 18 cases. *Indian J Pathol Microbiol* 2001; 44: 321-4.
23. Vogelbruch M, Rutten A, Bocking A, Kapp A, Kiehl P. Differentiation between malignant and benign follicular adnexal tumors of the skin by DNA image cytometry. *Br J Dermatol* 2002; 146: 238-43.
24. Simon RS, Sánchez YE. Multinodular pilomatrixoma. *Dermatology* 2002; 204: 80-1.