

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **14**

Número
Number **1**

Enero-Abril
January-April **2005**

Artículo:

**Nevo lipomatoso cutáneo superficial
gigante**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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](#)

Nevo lipomatoso cutáneo superficial gigante

Dra. Myrna Rodríguez Acar,* Dra. Maribet González González**

RESUMEN

El nevo lipomatoso cutáneo superficial es un desorden hamartomatoso poco frecuente, idiopático, caracterizado por la presencia de tejido adiposo maduro en la dermis superficial, que puede aparecer desde el nacimiento. En el presente artículo reportamos el caso de una paciente de 15 años con nevo lipomatoso cutáneo superficial.

Palabras clave: Nevo lipomatoso cutáneo superficial.

ABSTRACT

Nevus lipomatosus cutaneus superficialis. its a rare idiopathic hamartomatous disorder, characterized by the presence of mature adipose tissue in the dermis superficialis that could appear from the birth. Presently article reported the case of a patient of 15 years old with nevus lipomatosus cutaneus superficialis.

Key word: *Nevus lipomatosus cutaneus superficialis.*

DEFINICIÓN

El nevo lipomatoso cutáneo superficial es una displasia circunscrita, de etiología aún desconocida, poco frecuente, que se caracteriza por tumoraciones lobuladas del color de la piel, que pueden ser únicas o múltiples, caracterizada histológicamente por la presencia de células adiposas en dermis superficial, que por lo general no se comunica con el tejido celular subcutáneo y, cuyo tratamiento es quirúrgico.¹

SINONIMIA

Nevo de Hoffmann-Zurhelle.

HISTORIA

En 1896 Ernest Kromeayer reportó el caso de un paciente con "lipomas penfigoides" en donde se encontraron células grasas en la dermis, aunque no está comprobado que sea la primera descripción de esta entidad. En 1921 Hoffmann y Zurhelle reportaron el primer caso de un hombre de 25 años que presentaba esta lesión desde el nacimiento corroborado histopatológicamente.

Robinson y Ellis reportaron un caso asociado con anomalías de la pigmentación. En 1950 Nikolsky des-

cribe la forma solitaria, llamada también lipofibroma pediculado.²⁻⁴

EPIDEMIOLOGÍA

Afecta a cualquier raza y se presenta con más frecuencia en el sexo femenino, puede aparecer en la infancia, pero su mayor incidencia es en la 2ª y 3ª décadas de la vida, aunque puede estar presente desde el nacimiento.⁵

ETIOLOGÍA

La patogénesis es desconocida, para algunos autores se trata simplemente de un desplazamiento del tejido celular subcutáneo hacia la dermis, para otros se debe a cambios degenerativos del tejido conjuntivo con posterior depósito de grasa, o el posible origen de los adipocitos de las paredes de los vasos de la dermis, esta última teoría está basada en la observación de adipocitos inmaduros presentes en el espacio perivascular de los capilares dérmicos. Es posible que la mayor frecuencia en la cintura pélvica se deba a la tendencia lipófila en este sitio o a ciertas peculiaridades de tensión o presión durante la vida intrauterina.⁶

CUADRO CLÍNICO

Existen dos formas clínicas: la clásica o de Hoffmann-Zurhelle que consiste en varias neoformaciones que confluyen, de aspecto cerebriforme y consistencia blan-

* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 4to año Dermatología, CDP.

da, de color rosa-amarillento, que pueden tener pelos y tapones córneos en su superficie; esta forma se localiza generalmente en glúteos y región inferior del tronco. La segunda forma clínica se caracteriza por una neoformación solitaria que puede localizarse en cualquier parte de la superficie corporal; su aspecto es copuliforme o sésil y en ocasiones semeja un acrocordón, se presenta en etapas tardías de la vida, usualmente en mayores de 20 años y puede involucrar otras áreas de la piel como axila, brazos, cuello, oreja, piel cabelluda, e incluso en clítoris. Algunos consideran una tercera variedad clínica, que es más extensa, profunda y que se asocia con pliegues bien marcados de la piel, como una variedad del síndrome del niño de la piel plegada o Michelin. Se ha llegado a reportar una apariencia clínica de morfea. Es asintomático y nunca sobreviene malignización. Puede estar asociado en ocasiones con manchas hipercrómicas café con leche, leocodermias, pelos sobre el nevo, y alteraciones comedón-like, e incluso con carcinoma basocelular. No se han reportado anomalías cromosómicas. No hay asociación con anomalías sistémicas.⁷⁻¹²

HISTOPATOLOGÍA

Las principales anomalías histológicas en cualquiera de los dos tipos es la presencia de células grasas ectópicas en la dermis superficial, en cantidad variables con distribución irregular, y en general no tienen conexión con la grasa subcutánea. Excesiva pérdida u organización irregular del tejido conectivo, aumento del número de vasos, así como pequeños infiltrados de linfocitos, histiocitos y mastocitos; puede haber depósito de mucina. Los cambios epidérmicos son secundarios: hiperqueratosis, tapones córneos o dilataciones quísticas, acantosis moderada y pigmentación de la basal. Por microscopía electrónica se observan pequeños adipocitos maduros dentro del infiltrado perivascular de mononucleares.¹³

DIAGNÓSTICO

Se requiere la participación de la correlación clínico-patológica para integrar el diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lipomas, neurofibromatosis segmentaria, acrocordones, polidiplosia con hipoplasia dérmica focal, nevos con

infiltración adiposa, alopecia lipedematosa, elastoma juvenil, lipofibroma pedunculado, nevo celular, tumor de células ecrinas, nevo epidérmico, nevo sebáceo, nevo de tejido conectivo, nevo cerebriforme, lipoblastomato-



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión de tronco.



Figura 2. Acercamiento de la lesión anterior.

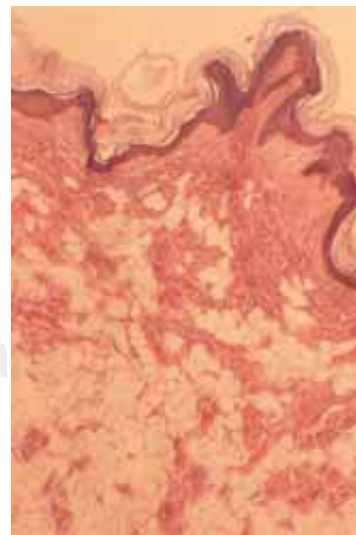


Figura 3. Nevo lipomatoso, la imagen histológica muestra cúmulos de células adiposas maduras que se entremezclan con fibras de colágena en dermis superficial. (H-E 10X).

sis y síndrome Michelin. Como sea, la correlación clínicopatológica hace el diagnóstico.

TRATAMIENTO

El tratamiento es la extirpación quirúrgica, pero en algunos casos la cirugía puede ser mutilante y simplemente debe dejarse sin tratar.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 15 años de edad, estudiante, originaria y residente de México, D. F. quien presenta una dermatosis diseminada a tronco y miembro pélvico izquierdo, de tronco afecta glúteo izquierdo, cuadrante inferior izquierdo de abdomen y de muslo todas las caras del tercio proximal, unilateral. Dermatosis de aspecto monomorfo constituido por incontables neoformaciones lobuladas de tamaño variable, de color de la piel, evolución crónica, asintomática. Con una mancha café con leche de aproximadamente 13 por 6 cm de tamaño en glúteo derecho (*Figuras 1 y 2*). Al interrogatorio refiere haber iniciado hace 4 años con la presencia de "bolitas" a decir de la paciente en glúteo izquierdo, las cuales se fueron extendiendo a muslo y que han incrementado de tamaño, niega sintomatología y tratamientos previos. Con los datos clínicos se realizó el diagnóstico presuntivo de nevo lipomatoso, por lo que se realiza biopsia incisional. El reporte histopatológico: epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, con áreas de acantosis moderada y atrofia, con hiperpigmentación de la capa basal multifocal, en la dermis superficial y media se aprecia cúmulos de células adiposas maduras que se entremezclan con fibras de colágena y discreta reacción inflamatoria en el estroma circundante (*Figura 3*). Por lo que se llega al diagnóstico definitivo de nevo lipomatoso cutáneo superficial.

COMENTARIO

El nevo lipomatoso cutáneo superficial o también llamado nevo de Hoffmann-Zurhelle es una displasia circunscrita, de etiología aún desconocida, poco frecuente,

caracterizado histológicamente por la presencia de células adiposas en dermis superficial, que por lo general no se comunica con el tejido celular subcutáneo y, cuyo tratamiento es quirúrgico. La importancia de esta patología es la poca frecuencia que tiene y que clínicamente es parecida a varias entidades clínicas y que su diagnóstico definitivo es por medio de la histopatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R. *Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento*. Segunda edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana. México 1996: 453-454.
2. Arenas R, Jiménez M. Nevo lipomatoso cutáneo superficial (Hoffmann-Zurhelle), comunicación de un caso. *Dermatología Rev Mex* 1973; XVII(2-3): 161-172.
3. Rodríguez AM, Alonso PL, Ramos-Garibay A, García SV. Nevo lipomatoso cutáneo superficial. Reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2002; 11(2): 94-96.
4. Finley A, Musso L. Naevus lipomatosus cutaneus superficialis (Hoffmann-Zurhelle). *Br J Dermatol* 1972; 87: 557-564.
5. Carbajosa J, Zambrano T, Navarrete G. Nevo lipomatoso de Hoffmann y Zurhelle. Comunicación de cinco casos. *Dermatología Rev Mex* 1992; 36(4): 250-252.
6. Lane J, Clark E, Marzec T. Nevus lipomatosus cutaneus superficialis. *Pediatric Dermatology* 2003; 20(4): 313-314.
7. Hattori R, Kubo T, Yano K, Tanemura A, Yamaguchi Y, Itami S. Nevus lipomatosus cutaneus superficialis of the clitoris. *Dermatol Surg* 2003; 29:1071-1072.
8. Gardner E, Miller H, Lowney E. Folded skin associated with underlying nevus lipomatosus. *Arch Dermatol* 1979; 115: 978-979.
9. Ioannidou D, Stefanidou M, Panayiotides J, Tosca A. Nevus lipomatosus cutaneus superficialis (Hoffmann-Zurhelle) with localized scleroderma like appearance. *Int J Dermatol* 2001; 40: 54-57.
10. Maeda A, Aragane Y, Ueno K, Yamazaki F, Kawada A, Tezuka T. A case of naevus lipomatosus cutaneus superficialis of the scalp associated with pedunculated basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2003; 148: 1084-1086.
11. Bergonse F, Cymbalista N, Nico M, Santi C, Golcman B, Sotto M. *The Journal of Dermatology* 2000; 27: 16-19.
12. Knuttel R, Silver E. A Cerebriform Mass on the Right Buttock. *Dermatol Surg* 2003; 29: 780-781.
13. Dotz W, Prioleau P. Nevus lipomatosus cutaneus superficialis. A light and electron microscopic study. *Arch Dermatol* 1984; 120: 376-379.