

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **14**

Número
Number **1**

Enero-Abril
January-April **2005**

Artículo:

Casos para el diagnóstico

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*



Medigraphic.com

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Dra. Diana Medina Castillo,* Dr. Alberto Ramos Garibay,** Dra. Arlén Ocampo Fonseca***



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.

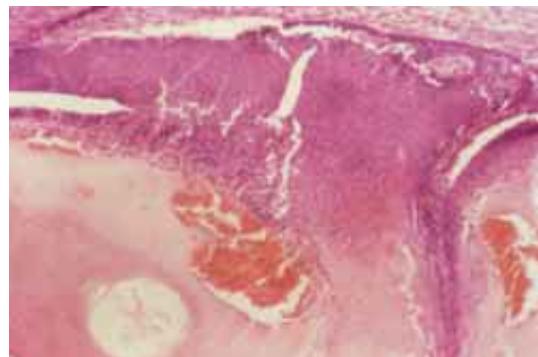


Figura 2. Aspecto histológico de la lesión.

Paciente del sexo masculino de 18 años de edad, con dermatosis localizada a miembro inferior izquierdo, del que afecta la cara posterior del muslo.

La dermatosis está constituida por una neoformación de 2.5 cm de diámetro, del color de la piel, superficie vellosa y consistencia pétrea (*Figura 1*).

La evolución es crónica y dolorosa.

Al interrogatorio refiere que la lesión es de cuatro años de evolución, negó haber recibido tratamiento previo.

Acude por haber iniciado con dolor en el sitio de la lesión hace 3 meses.

No refirió antecedentes personales patológicos de importancia para su padecimiento actual.

Estudio histopatológico:

Se observó una tumoración en la dermis profunda caracterizada por células basofílicas en la periferia, que van perdiendo su núcleo y citoplasma hacia la porción central, (H - E 10X) (*Figura 2*).

Con los datos anteriores, ¿cuál sería su diagnóstico?



* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatopatólogo del CDP.

*** Médico Residente de 3er año de Dermatología del CDP.

RESPUESTA: PILOMATRIXOMA

El pilomatrixoma o pilomatricoma, también conocido como tumor calcificante de Malherbe, es un tumor cutáneo benigno, que se origina en la matriz de pelo.

Malherbe y Chenantis fueron los primeros en describir este tumor en 1880, pero asumieron equivocadamente que tenía su origen en las glándulas sebáceas.^{1,2}

Tiempo después se determinó que el tumor se originaba de las células de la matriz del folículo piloso.³ En 1961 Forbis y Helwing propusieron el nombre de "Pilomatrixoma" para este tumor.⁴

Se estima que el pilomatrixoma es más común en mujeres que en hombres.

La edad de inicio presenta dos picos de incidencia, el primer pico es antes de la tercera década, más del 60% de los pilomatrixomas inician a esta edad y se estima que es el tumor benigno más frecuente de la infancia. El segundo pico de incidencia ocurre entre la sexta y séptima décadas.⁵

La etiopatogenia no se conoce, aunque el gen de la distrofia miotónica y el virus del poliomielitis han sido implicados.⁶ Algunos autores mencionan un 9% aproximadamente con historia de traumatismo local previo al inicio del tumor.⁷

Los pilomatrixomas no son hereditarios, sin embargo los pacientes con distrofia miotónica, sarcoidosis y síndrome de Gardner tienen una mayor incidencia de pilomatrixomas que el común de la población y también se han reportado casos familiares entre estos pacientes.^{8,9}

Los pilomatrixomas son tumores de crecimiento lento, generalmente localizados a cabeza y cuello. Por lo común son asintomáticos, pero ocasionalmente poco dolorosos.

La mayoría se presenta en forma solitaria, sin embargo, pueden ser múltiples y asociarse con distrofia miotónica. El tamaño promedio va de 0.5 a 5 cm. Existen reportes aislados de tumores de más de 5 cm, denominados pilomatrixomas gigantes.^{10,11}

La presentación más común es la de una masa palpable, subcutánea, del color de la piel, eritematosa o azulosa, móvil,¹² la consistencia es firme o pétreo, puede palparse multifacetada. Raramente se encuentran formas perforantes de pilomatrixoma, en ellas se encuentra salida de un material yesoso cuyo contenido es calcio.⁴

Existe también una variante maligna del pilomatrixoma o carcinoma pilomatricial.

Histológicamente, el pilomatrixoma tiene islotes epiteliales de células basaloides y células sombra (células

eosinofílicas queratinizadas) o células fantasma. Las células basaloides tienen núcleos ovales o redondos intensamente basofílicos y se encuentran en la periferia de los islotes. Con frecuencia hay una zona de transición de núcleos de las células basaloides a las células sombra fantasma. También puede observarse calcio intensamente basofílico y la osificación ocurre ocasionalmente, debido a que estos tumores se originan de tejido proliferativo activo, pueden identificarse figuras mitóticas.⁵

El diagnóstico clínico no siempre es posible, la histología es diagnóstica.

Se ha utilizado con buenos resultados la ultrasonografía, resonancia magnética y tomografía computarizada, sin embargo, estas dos últimas modalidades son caras y no adecuadas para los niños, ya que se necesita la cooperación del paciente.¹³

Los diagnósticos diferenciales incluyen: quiste epidermidermoide o dermoide, ganglios linfáticos calcificados, hematomas calcificados, lipomas, hemangiomas o tumores de las glándulas parótidas.

Los pilomatrixomas pueden distinguirse de los quistes epidermoides y dermoides por la presencia de nódulos irregulares que se deslizan libremente bajo la piel. Los quistes epidermoides son firmes, redondos y móviles, recubiertos por piel normal, además, el pilomatrixoma se presenta más comúnmente en la infancia y el quiste epidermico en adolescentes y adultos.⁶ De los lipomas pueden distinguirse por su consistencia.

El hecho de que la piel se encuentre con frecuencia adherida al pilomatrixoma, puede ayudar a distinguirlo de lesiones que se originan más profundamente como en la parótida o los ganglios linfáticos.

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sari A, Yavuzer R, Isik I, Latifoglu O, Ataoglu O. Atypical presentation of pilomatrixoma: A Case Report. *Dermatol Surg*; 28: 603-605.
2. Kaddu S, Soyer P, Hodl S, Kerl H. Morphological stages of pilomatrixoma. *Am J Dermatopathol* 1996; 18: 333-38.
3. Forbis R Jr, Helwing EB. Pilomatrixoma (calcifying epithelioma). *Arch Dermatol* 1961; 83: 606-18.
4. Fetil M, Ozkan S, Ilknur Turna, Erdem Y, Lebe B. Multiple pilomatrixoma with perforation. *Int J Dermatol* 2002; 41: 892-93.
5. Sasmannshausen J, Chaffins M. Pilomatrix carcinoma: A report of a case arising from a previously excised pilomatrixoma and a review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 358-61.

6. Pirouzmanesh A, Reinisch J, Gonzalez-Gomez I, Smith E, Meara J. Pilomatrixoma. A review of 346 cases. *Plas Rec Surg* 2003; 112: 1784-89.
7. Cohen AD, Lin S, Hughes A, An Y, Maddalozzo J. Head and neck pilomatrixoma in children. *Arch Otolar* 2001; 127: 1481.
8. Rutten A, Wenzel P, Goos M. Gardner's syndrome with pilomatrixoma-like follicular cysts. *Hautarzt* 1990; 41: 326-8.
9. Alper S, Latifoglu O, Yavuzer R. Symmetrically localized multiple pilomatrixomas. *Ann Plas Surg* 2001; 47: 99.
10. Rothman D, Kendall AB, Baldi A. Giant pilomatrixoma. *Arch Surg* 1976; 111: 86.
11. Shergill B. Giant floating pilomatrixoma. *Br J Dermatol* 2003; 149 suppl 64: 67.
12. Katowitz W, Shields C, Shields J, Eagle R, Mulvey L. Pilomatrixoma of the eyelid simulating a chalazion. *J Ped Ophthalmol and Strabismus* 2003; 40: 247-48.
13. Hughes J, Lam A, Rogers M. Use of ultrasonography in the diagnosis of childhood pilomatrixoma. *Ped Derm* 2003; 16: 341-344.