

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **14**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2005**

Artículo:

Tumor de colisión. Presentación de un caso

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*



edigraphic.com

Tumor de colisión. Presentación de un caso

Dr. Alberto Ramos Garibay,* Dr. Gabriel Martínez Burillo**

RESUMEN

Los tumores de colisión o compuestos son un hallazgo histológico poco frecuente que corresponden a la presencia de 2 o más neoplasias dentro de una misma lesión clínica. Lo más frecuente es que estas neoplasias sean benignas o de bajo grado de malignidad. Se presenta el caso de un carcinoma basocelular y un nevo melanocítico intradérmico diagnosticados clínicamente como nevo displásico.

Palabras clave: Tumor de colisión, tumor compuesto, carcinoma basocelular, nevo intradérmico.

ABSTRACT

Collision or combined tumors are a rare histological finding which can be defined as the presence of two or more neoplasias in the same biopsy. Frequently both tumors are benign or have low malignant potential. We present the case of a basal cell carcinoma and an intradermal nevus clinically diagnosed as a dysplastic nevus.

Key words: Collision tumor, compound tumor, basal cell carcinoma, intradermal nevus.

El tumor de colisión corresponde al hallazgo microscópico de 2 o más neoplasias en una misma lesión cutánea y que generalmente son de diferente estirpe histológica. Se presenta un caso de este tipo de asociación de tumores visto en la consulta privada.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenino de 33 años de edad, originaria y residente de Chilpancingo, Guerrero, dedicada a labores del hogar y que fue estudiada en octubre de 2001. Presenta una dermatosis localizada, que afecta la cara posterior del tronco y de ésta, la región escapular derecha. La dermatosis está constituida por una neoformación pigmentada de 1.2 cm de diámetro, de forma más o menos triangular y que presenta una elevación en su centro; los límites son imprecisos (*Figura 1*). Evolución crónica y asintomática.

Al interrogatorio refirió haber iniciado hace 2 años y medio con un "lunar" el cual no presentó ningún cambio hasta 8 meses previos a la consulta, cuando nota aumento de tamaño de la lesión. Al examen médico general no se encontraron datos patológicos de importancia.

Se planteó el diagnóstico presuntivo de nevo displásico vs melanoma maligno, por lo que se decide extirpar la lesión con 2 cm de margen.

El estudio histopatológico mostró una epidermis con hiperqueratosis parakeratósica y zonas de atrofia con hiperpigmentación de la capa basal (*Figura 2*).

En la dermis superficial y media se observan células névicas, las cuales se agrupan formando nidos con abundante pigmento melánico y otras forman rosetas; conforme avanzan en profundidad las células se dispersan y son fusiformes. (*Figura 3*). Contigua a esta lesión se observan numerosos cordones tumorales que ocupan la dermis superficial, media y profunda. Los cordones están constituidos por células basaloïdes que en la periferia forman una empalizada. Algunos de los cordones son sólidos, mientras otros presentan un aspecto reticulado y otros más son pequeños, delgados y de bordes angulosos (*Figura 4*). En el resto de la dermis existe degeneración actínica de la colágena y reacción inflamatoria moderada (*Figura 5*).

Con lo anterior se estableció el diagnóstico de tumor de colisión, constituido por un carcinoma basocelular sólido, infiltrante y adenoide y un nevo melanocítico intradérmico. Los márgenes y lechos se encontraron libres de la proliferación. A la paciente se le dio seguimiento durante 2 años sin haber existido recidiva.

* Dermatopatólogo Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente 2º año Dermatopatología, CDP.



Figura 1. Neoformación café oscuro, de límites imprecisos.

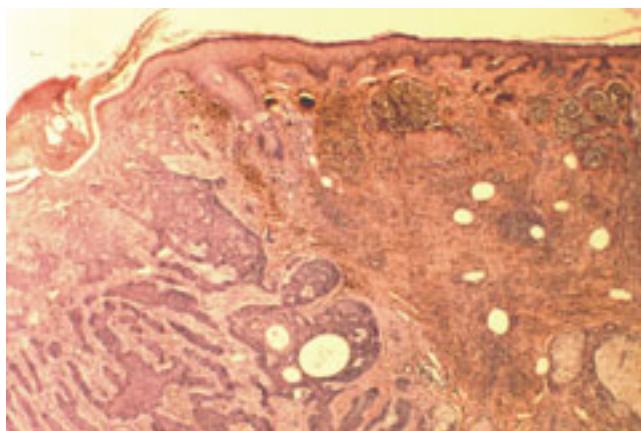


Figura 2. Tumor de colisión. A la izquierda carcinoma basocelular y a la derecha nevo intradérmico. HE 4 x.

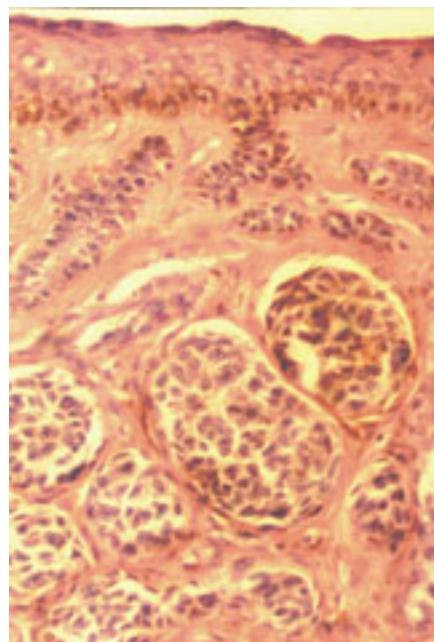


Figura 3. Nidos de células névicas con pigmento melanico. HE 40 x.

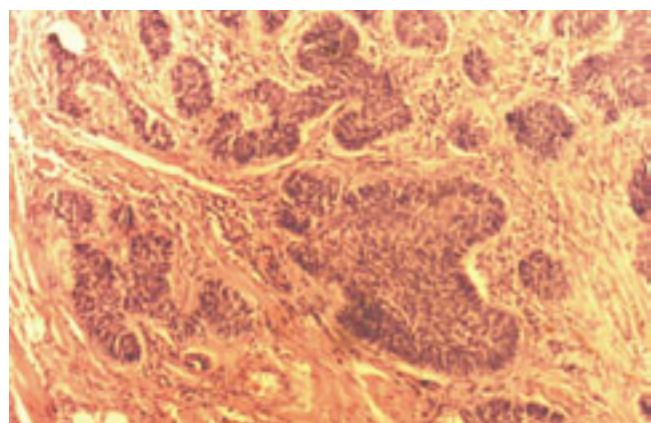


Figura 4. Cordones epiteliales de células basaloides que en la periferia forman una empalizada. HE 40 x.

DISCUSIÓN

El tumor de colisión (tumor compuesto o contiguo) corresponde al hallazgo microscópico de 2 o más neoplasias en una misma lesión cutánea, que se encuentran a menos de 1 mm una de la otra, sin existir una zona de transición entre ambas y que incluso pueden estar combinadas. Generalmente los tumores son de diferente estirpe histológica (epitelial, vascular, melanocítico, neural, etc.).^{1,2}

Se consideran un hallazgo histológico raro. En una serie de casos donde se revisaron 40,000 biopsias se encontraron 69 tumores de colisión; de ellos, 14 correspondieron a carcinoma basocelular + nevo melanocítico (como el caso que se presenta), 14 a nevo melano-

cítico + queratosis seborreica, ocho a queratosis seborreica + carcinoma basocelular, 7 a queratosis actínica + nevo melanocítico y cuatro a carcinoma basocelular + neurofibroma. En otras revisiones se ha visto que la asociación más frecuente es la de quiste epidérmico + nevo melanocítico.³⁻⁶ Así mismo se han publicado casos aislados de la presencia de carcinoma epidermoide y melanoma maligno sobre queratosis seborreicas y de carcinoma basocelular sobre un dermatofibroma de larga evolución.^{7,8}

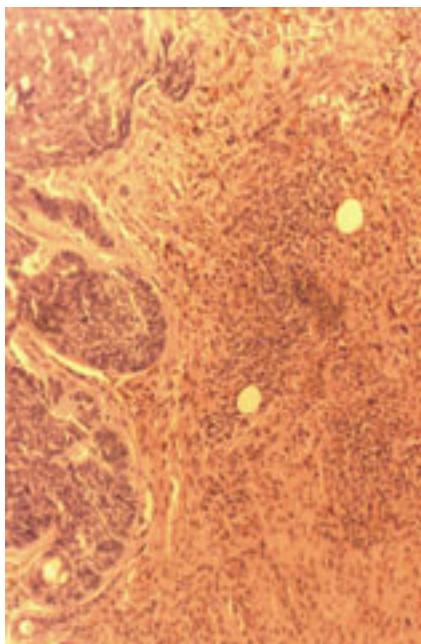


Figura 5. Detalle de ambas neoplasias. HE 40 x.

Existen ciertas asociaciones de neoplasias que no deben ser consideradas como tumor de colisión; entre ellas se cuentan aquellos tumores constituidos por el mismo tipo celular (nevo azul + nevo melanocítico), tumores con la misma derivación anexial (espiradenoma + cilindroma), tumores originados sobre lesiones de tipo hamartoma (siringocistadenoma papilífero + nevo sebáceo) y los llamados tumores bifásicos, como el carcinoma metatípico, el cual presenta características de carcinoma epidermoide y carcinoma basocelular.^{9,10}

En lo que corresponde a la posible etiología del hallazgo de varios tumores en una misma lesión, se ha pensado que la aparición de un primer tumor desencadena cambios en el estroma los cuales favorecen el desarrollo de una segunda neoplasia. Sin embargo, no ha podido demostrarse esta hipótesis, por lo que ac-

tualmente tiende a pensarse que su presencia se debe más bien a coincidencia, ya que las lesiones que generalmente forman parte de los tumores de colisión son más frecuentes en forma aislada.¹¹⁻¹⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Elder D, Elenitsas R, Kaworsky C, Johnson B. Lever's Histopathology of the Skin. 8th Edition. Lippincott Raven 1997: 729.
2. Díaz C, Reichel M, Sánchez J. Malignant neoplasms associated with seborrheic keratoses. An analysis of 54 cases. *Am J Dermatopathol* 1996; 18: 278-82.
3. Northcutt A, Tschen J. Combined mastocytoma-junctional nevus. *Am J Dermatopathol* 2004; 26: 478-81.
4. Kwittken J. Keratoacanthoma arising in seborrheic keratosis. *Cutis* 1974; 14: 546-7.
5. Jones M, Helm K, Maloney M. The immunohistochemical characteristics of the vaso-squamous cell carcinoma. *Dermatol Surg* 1997; 23: 181-4.
6. Cohen P, Rapini R. Nevus with cyst: a report of 93 cases. *Am J Dermatopathol* 1993; 15: 229-34.
7. Kwittken J. Squamous cell carcinoma arising in seborrheic keratosis. *Mt Sinai J Med* 1981; 48: 61-2.
8. Yakar J, Sagi A, Zirkin H. Malignant melanoma appearing in seborrheic keratosis. *J Dermatol Surg Oncol* 1984; 10: 382-3.
9. Domingo J, Helwig EB. Malignant neoplasms associated with nevus sebaceous of Jadassohn. *J Am Acad Dermatol* 1979; 1: 545-56.
10. Taira J, Flaming J, Weigand D. Basal cell carcinoma and melanocytic nevus in the same lesion. *Cutis* 1992; 49: 40-2.
11. Boyd A, Rapini R. Cutaneous collision tumors. A analysis of 69 cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 1994; 16: 253-7.
12. Bryant J. Basal cell carcinomas overlying long-standing dermatofibromas. *Arch Dermatol* 1977; 113: 1445-6.
13. Helm TN, Helm F, Marsico R. Seborrheic keratoses with occult underlying basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 791-3.
14. Wagner R. Benign pigmented tumor with combined features of seborrheic keratosis and compound nevus. *Cutis* 1991; 48: 463-4.