

Caso para diagnóstico

Neoformación en palma

Julio Enríquez Merino,* Sandra Ibeth Hernández Zárate,** Alberto Ramos Garibay,***
Maribet González González***

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 66 años de edad, campesino, originario de San Luis Potosí y residente del Distrito Federal desde hace 10 años. Presenta una dermatosis localizada en extremidad superior derecha,

de la cual afecta palma, en su región hipotenar. Unilateral. Constituida por una neoformación hemiesférica, de 3.2 x 2.8 cm en su diámetro mayor, del color de la piel, lobulada, de bordes bien definidos, superficie lisa, móvil y no fija a planos profundos. De evolución crónica y asintomática (**Figuras 1 a 3**).



Figuras 1 y 2. Se aprecia la neoformación del color de la piel en la palma derecha.



Figura 3. A mayor acercamiento.

* Jefe del Servicio de Cirugía.

** Residente del Curso de Alta Especialidad de Dermato-Oncología y Cirugía Dermatológica.

*** Dermatopatóloga.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>



Figuras 4 y 5. Radiografía en proyecciones posteroanterior y lateral.

Refiere haber iniciado su padecimiento cinco años antes, con «una bolita en la palma, la cual fue creciendo y haciéndose más dura». Sin antecedentes patológicos ni heredofamiliares de importancia. El resto de la piel y anexos no presentaron alteraciones.

Se solicitaron exámenes preoperatorios y una radiografía con proyección lateral y anterior (**Figuras 4 y 5**). Se efectuó extirpación de la lesión, arriba descrita, por medio de elevación de un colgajo en «L», disecando la neoformación cuidadosamente. Posteriormente se envió al Servicio de Histopatología (**Figuras 6, 7 y 8**).

Con los datos clínicos anteriores, ¿cuál es su diagnóstico?

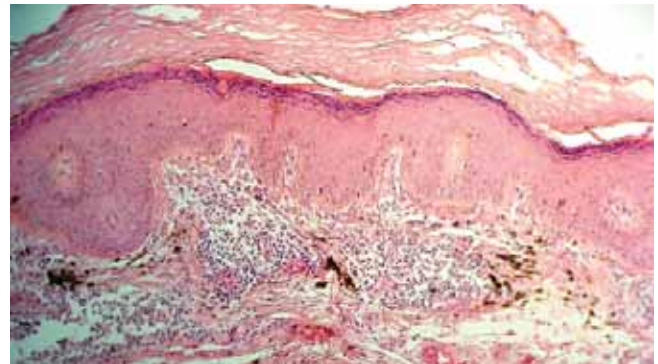


Figura 6. Histopatología. Hematoxilina y eosina (4x).

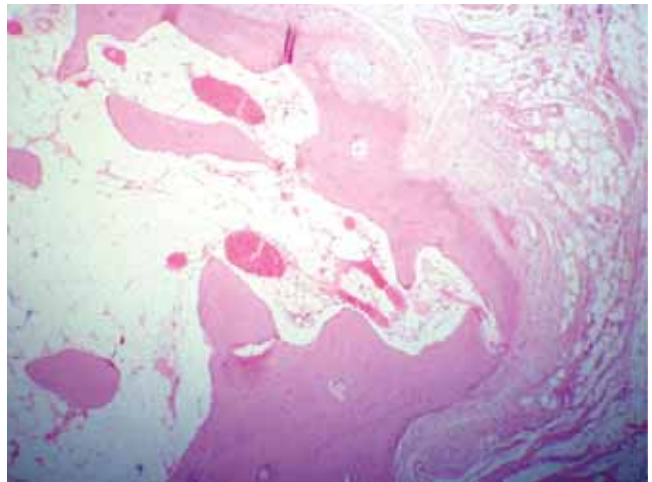


Figura 7. Histopatología. Hematoxilina y eosina (10x).

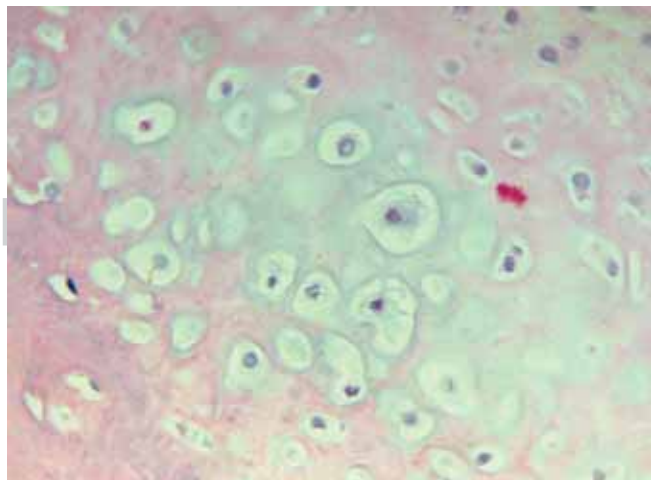


Figura 8. Histopatología. Hematoxilina y eosina (40x).

OSTEOMA CUTIS

La osificación ectópica o heterotópica es la formación de hueso en tejidos que habitualmente no llevan a cabo este mecanismo; por ejemplo, la piel.^{1,2}

La osificación cutánea se clasifica para su estudio en primaria o secundaria. En la primera no hay antecedente de lesiones óseas o alguna dermatosis. En la segunda existe una dermatosis previa, principalmente de tipo inflamatorio o neoplásico. Esta última es la que se observa con mayor frecuencia en Dermatología.^{3,4}

El osteoma cutis (OC) se define como una osificación heterotópica primaria en la piel, sin enfermedades relacionadas con la formación de hueso. En la actualidad no se conoce su fisiopatogenia. Algunos autores consideran que los antecedentes traumáticos, quirúrgicos o alguna dermatosis inflamatoria que exponga el tejido celular subcutáneo al medio ambiente favorece la entrada de cuerpos extraños que estimulan a los fibroblastos para que éstos actúen como células madre pluripotenciales que se convierten en condrocitos y osteoblastos.⁵ Otra teoría sostiene que, durante la embriogénesis, existen células que no migran a su sitio final y pueden permanecer inactivas hasta que un estímulo externo o endocrinológico inicia su transformación a células formadoras de tejido ectópico.⁶

Predomina en la tercera década de la vida y es más frecuente en el sexo femenino. Es benigna, asintomática y rara, no se conoce su epidemiología real.^{1,7}

El OC se manifiesta como una neoformación en un inicio plana, la cual evoluciona a tumoral. Generalmente, es lisa y del color de la piel, en ocasiones con un tono amarillento. Su topografía es muy variable, con mayor frecuencia se observa en la cara y el cuello. No existen casos publicados en plantas, ni en palmas.

En general, son pequeñas. Cuando llegan a crecer, el material óseo puede exulcerar la piel, y favorecer así que se desarrollen infecciones secundarias. En algunos casos de osteoma cutis miliar en la cara, existe el antecedente de haber cursado con acné inflamatorio.⁸

La forma pura de esta entidad no se relaciona con otros síndromes. El paciente acude a consulta por la deformidad estética que ocasiona la lesión.

El diagnóstico definitivo se realiza por histopatología, donde se observan láminas calcificadas alrededor del tejido conectivo, y numerosos vasos sanguíneos. En la periferia se aprecia periostio y células con un núcleo alargado que corresponden a osteoblastos. La neoformación se encuentra limitada por una cápsula delgada de tejido fibroso y rodeada por tejido adiposo.

Los diagnósticos diferenciales deben realizarse, principalmente, con otros tumores constituidos por hueso o cartílago, tales como los osteoblastomas, los osteocondromas, osteomas osteoides y las neoplasias malignas.^{2,10}

El único tratamiento es la extirpación quirúrgica, la cual debe ser amplia para evitar recidivas.

Cuando el OC es secundario a enfermedades genéticas se le relaciona con numerosos genes que participan en la formación de hueso. En estos casos existen, además, alteraciones neurológicas, endocrinológicas y osteomusculares que se identifican desde el nacimiento. Las manifestaciones dermatológicas se presentan en su mayor parte durante la adolescencia. Se han detectado también niveles séricos de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina y hormona paratiroidea anormales.

Las principales enfermedades en las que se puede desarrollar un OC son: la osteodistrofia hereditaria de Albright, la fibrodisplasia osificante progresiva, la heteroplasia osificante progresiva y la osificación metaplásica.

COMENTARIO

El objetivo de esta publicación fue dar a conocer la forma como se hizo el tratamiento y la evolución del caso presentado. En la literatura no se tienen registrados casos de OC en palmas. Es importante realizar un examen clínico cuidadoso, así como los estudios complementarios pertinentes, para proporcionar el tratamiento quirúrgico que corrija la dermatosis y permita una evolución física y estética adecuadas.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente sin complicaciones. La neoformación se extirpó en su totalidad. Debido a la complejidad que implicó la cirugía, se verificaron la anatomía funcional y la movilidad de la región, por lo que se le envió al Servicio de Rehabilitación para valoración. Los exámenes preoperatorios no mostraron ninguna alteración. La evolución del paciente fue adecuada. Actualmente la cicatriz quirúrgica es prácticamente imperceptible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ganún MT, Mangione JI. La piel en el contexto de la Medicina y sus especialidades: osteoma cutis. *Piel* 2006; 21 (5): 241-246.
2. Sarmiento P, Sinisterra G. Osteoma cutis: informe de un caso. *Colomb Med* 2008; 39: 86-90.
3. Talsania N, Jolliffe V, O'Tolle EA et al. Platelike osteoma cutis. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64(3): 612-616.
4. Ward S. Three cases of osteoma cutis occurring in infancy. A brief overview of osteoma cutis and its association with pseudo-

- pseudohypoparathyroidism. *Australas J Dermatol* 2011; 52(2): 127-131.
5. Vashi N. Acquired plate-like osteoma cutis. *Dermatol Online J* 2011; 17(10): 1.
 6. Myllyl ÅRM. Multiple miliary osteoma cutis is a distinct disease entity: four case reports and review of the literature. *Br J Dermatol* 2011; 164(3): 544-552.
 7. Boyd AS. Panniculitis ossificans traumatic of the lower leg. *Am J Dermatopathol* 2011; 33 (8): 858-860.
 8. Duarte IG. Multiple injuries of osteoma skin in the face: therapeutic least invasive in patients with acne sequel: case report. *An Bras Dermatol* 2010; 85 (5): 695-698.
 9. Salhi A. Osteoma cutis presenting as an erythematous and grainy, retroauricular plaque. *Ann Dermatol Venereol* 2010; 137(11): 718-721.
 10. Atesok KI. Osteoid osteoma and osteoblastoma. *J Am Acad Orthop Surg* 2011; 11(19): 678-689.
- Correspondencia:
Dr. Julio Enríquez Merino
Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires,
Del. Cuauhtémoc,
06780, México, D. F.
Tel. 5519 6351
E-mail: enriquez_dermqx@yahoo.com