

## Caso para diagnóstico

# Neoformación en cara anterior de tórax

César Alfonso Maldonado García,\* Maribet González González,\*\* Carmen Alexandra Maza de Franco\*\*\*

### CASO CLÍNICO

Hombre de 28 años de edad, originario y residente de México, Distrito Federal, el cual presenta una dermatosis localizada en el tronco, la que afecta el tórax en la región del pectoral derecho. Es unilateral; está constituida por una neoformación hemisférica, de aproximadamente 1 cm de diámetro, del color de la piel, con borde bien definido, superficie lisa y de consistencia firme (**Figura 1**). Además es de evolución crónica y asintomática. Sin alteraciones en el resto de piel y anexos.

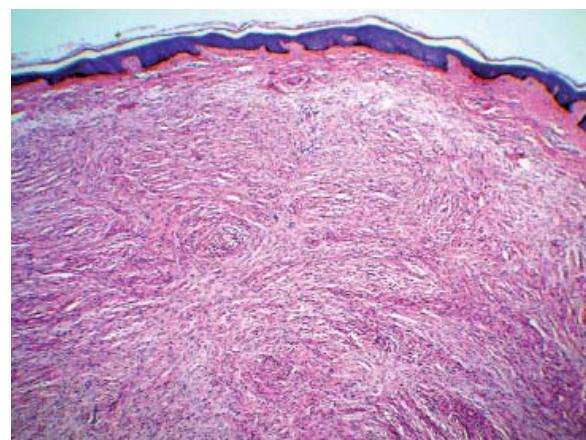
En el interrogatorio, el paciente refiere haber iniciado aproximadamente un año antes, con una «bolita» en el pecho, la cual creció progresivamente, sin ocasionar

molestia alguna, excepto por su aspecto poco estético, por lo que decidió ir a consulta. El resto de antecedentes son sin importancia.

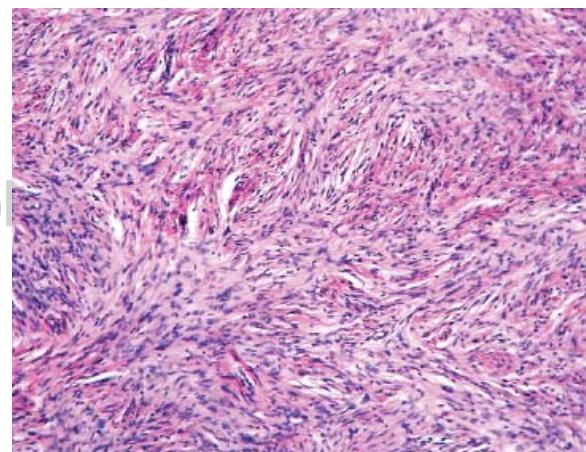
Se le realizó una biopsia excisional de la lesión (**Figuras 2 y 3**). Con los datos clínicos e histopatológicos proporcionados, ¿cuál es su diagnóstico?



**Figura 1.** Neoformación hemisférica.



**Figura 2.** Neoformación exofítica que ocupa todo el espesor de la dermis (H&E 4x).



**Figura 3.** Células fusiformes dispuestas en haces que se entremezlan con haces laxos y siguen diversos trayectos (H&E 10x).

\* Médico adscrito.

\*\* Dermatopatóloga.

\*\*\* Residente del segundo año de Dermatología.

## DIAGNÓSTICO: NEUROFIBROMA SOLITARIO

### INTRODUCCIÓN

Los tumores neurales se originan de las células ganglionares del sistema paraganglionario o de la vaina neural. Entre estos últimos, se incluye a los schwanomas, a los neurofibromas (benignos) y a los sarcomas neurogénicos (malignos).<sup>1</sup>

Los neurofibromas fueron descritos por primera vez como «tumores fibrosos» por Von Recklinghausen en 1882;<sup>2</sup> su origen neuroectodérmico fue propuesto por Verocay, hecho que posteriormente fue comprobado mediante inmunohistoquímica y estudios ultraestructurales.<sup>3</sup>

Los neurofibromas son tumores benignos que proliferan de la vaina nerviosa.<sup>4</sup> Pueden presentarse en cualquier topografía donde se encuentren terminaciones nerviosas, ya sean nervios periféricos o intracraneales.<sup>1,5</sup> Éstos se dividen en cuatro tipos clínicos:

1. Solitarios: confinados, de aparición espontánea, sin otras manifestaciones clínicas. Predominan en el sexo femenino.
2. Múltiples: relacionados a neurofibromatosis tipo 1 y 2, entre otros. Corresponden al 85-90% de todos los casos.
3. Plexiformes: compuestos de fascículos nerviosos, exclusivos de neurofibromatosis tipo 1. Se presentan en un 30%.
4. Difusos: tienen un patrón infiltrativo, aunque no destructivo.<sup>1</sup> Pueden mostrar diversos patrones histológicos.<sup>6</sup>

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los neurofibromas solitarios se presentan como lesiones únicas de aspecto papular o nodular, del color de la piel, o en ocasiones café-violáceo. Su tamaño varía entre 0.2 y 2.0 cm; excepcionalmente llegan a medir más de 6 cm y son bien delimitados. Su consistencia, en general, es blanda. Son de crecimiento lento. Pueden presentar el llamado «signo del ojal», es decir, que se retraen al ser presionados.<sup>3,7</sup>

El compromiso orgánico ocasionado por los neurofibromas depende de su tamaño y de su localización. Las lesiones cutáneas causan deformidad y las más profundas generan compromiso funcional. Predominan en tronco y cabeza, aunque se han descrito localizaciones inusuales en la cavidad nasal, paladar blando, intramedulares, en colon, riñón, escroto y vulva.<sup>1,3,7</sup>

Generalmente éstos son asintomáticos. La mayoría de los casos se presentan en adultos jóvenes, y no tienen preferencia de género.<sup>3,5</sup> A diferencia de la neurofibromatosis segmentaria, en donde las neoformaciones se presentan en forma progresiva y a lo largo de uno o varios dermatomas, en el caso del neurofibroma solitario, las lesiones son únicas y se localizan en cualquier región donde existan terminaciones nerviosas.

### HISTOLOGÍA

Es una neoformación bien circunscrita, no encapsulada, que se localiza en la dermis y frecuentemente se extiende hasta el tejido celular subcutáneo; está separada de la epidermis por una zona hipocelular y organizada en una matriz de fibras colágenas onduladas, delgadas y laxas que se dirigen en distintas direcciones.<sup>4,6,7</sup>

El patrón celular está conformado por estructuras con núcleo ovalado o fusiforme. La matriz celular es levemente eosinófila.<sup>7</sup>

Se han descrito diversas variantes histológicas, como la clasificación de Megahed; sin embargo, en algunos casos no es posible categorizar estas lesiones.<sup>8</sup>

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se realiza con nevos intradérmicos, fibromas blandos, dermatofibromas, nevos lipomatosos, quistes dermoideas, lipomas y otros.<sup>3,7</sup>

### TRATAMIENTO

En el caso de las lesiones solitarias el tratamiento es la excisión quirúrgica,<sup>7</sup> aunque en algunas ocasiones se requiere de seccionar el nervio de origen. En caso de resección incompleta, pueden recurrir en los pacientes jóvenes.<sup>4</sup>

### PRONÓSTICO

Generalmente no desarrollan transformación maligna, aunque en un 2 a 5% de los casos malignizan si se asocian a la neurofibromatosis múltiple o si se trata de la variedad plexiforme.

### COMENTARIO

Este caso clínico se presenta con la finalidad de conocer las características clínicas, epidemiológicas e histológicas de los neurofibromas solitarios para poder realizar adecuados diagnósticos diferenciales, ya que

es una entidad poco frecuente que puede confundirse clínicamente con una gran variedad de tumores de tejidos blandos.

En el caso presentado el pronóstico es bueno, aunque por la edad del paciente es posible la recurrencia de la lesión. Se debe explicar que se trata de una lesión benigna, que no implica peligro para la vida, ni se relaciona con la neurofibromatosis múltiple.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Flores L, Barajas J. Neurofibroma solitario en el paciente sin neurofibromatosis: aspectos biológicos y clínicos. *Med UNAB*. 2008; 11: 61-65.
2. Martínez S, Vera A, Sanz A, Crespo V. Neurofibromatosis segmentaria verdadera. *Actas Dermosifiliogr*. 2004; 95: 175-177.
3. Bolognia J, Jonezo J, Rapini R et al. *Dermatology*. 2<sup>nd</sup> Ed. United States of America: Mosby Elsevier; 2008: 1850.
4. Wolff K, Goldsmith L, Katz S et al. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. Vol. 1. 7<sup>th</sup> Ed. United States of America: McGraw Hill; 2008: 1178-1179.
5. Venadero F, Rodríguez M, Merelo V et al. Neurofibroma solitario. Reporte de dos casos. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2004; 13(2): 99-102.
6. Elder D, Johnson B. *Lever's histopathology of the skin*. 7<sup>th</sup> Ed. United States of America: Lippincott Williams; 2005: 1111-1113.
7. Reyes G, Plascencia J, De Anda M et al. Neurofibroma solitario: su estadística en un Hospital General de la Ciudad de México. *Derm Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2012; 10(1): 8-12.
8. Nakashima K, Yamada N, Yoshida Y, Yamamoto O. Solitary sclerotic neurofibroma of the skin. *Am J Dermatopathol*. 2008; 30: 278-280.

#### Correspondencia:

Dr. César Alfonso Maldonado García  
Dr. Vértiz Núm. 464 esq. Eje 3 Sur,  
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,  
06780, México, D.F.  
Tel: 5519 6351  
E-mail: docmaldonado1@hotmail.com

