

# Pilomatricoma anetodérmico. Aportación de un caso y revisión de la literatura

Purificación Sánchez Sánchez, M.<sup>a</sup> Victoria de Gálvez Aranda, Ana Belén Rodrigo Sánchez, Ricardo Juan Bosch García y Enrique Herrera Ceballos

Cátedra y Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Resumen.**—El pilomatricoma anetodérmico es una forma excepcional de este tumor, habiendo sólo 29 casos descritos en la literatura. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por la presencia de una piel atrófica, plegada, excrecente, con aspecto queiloideo recubriendo un nódulo de consistencia dura. El estudio histopatológico muestra la presencia de edema intenso en la dermis, con aumento de la vascularización, vasodilatación, disminución con fragmentación de las fibras colágenas y la práctica ausencia de fibras elásticas. Bajo ella se encuentra un pilomatricoma situado principalmente en la hipodermis. Presentamos un caso localizado en la región escapular de un varón de 22 años en el que destacaban su gran tamaño y su rápido crecimiento, habiendo pasado en 5 meses de 3 a 6 cm de diámetro medio.

**Palabras clave:** pilomatricoma anetodérmico, anetodermia sobre pilomatricoma

Sánchez Sánchez P, de Gálvez Aranda M.<sup>a</sup>V, Rodrigo Sánchez AB, Bosch García RJ, Herrera Ceballos E. Pilomatricoma anetodérmico. Aportación de un caso y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(5):328-31

## ANETODERMIC PILOMATRICOMA. CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

**Abstract.**—The anetodermic pilomatricoma is a strange type of presentation of this tumour. There are only 29 cases referred in the literature. Clinically it is distinguished by the presence of fold, atrophic skin with keloidal appearance covering a hard nodule. The histologic examination shows a large oedema at dermis, with blood vessels increased in number and dilated, reduction and breaking of collagen fibers, and almost complete absence of elastic fibers. The pilomatricoma is located under these changes, mainly at hypodermis. We present a case located at scapular area in a 22-years-old man emphasizing the big size of the tumour and its fast growth increasing from 3 to 6 cm in diameter in 5 months.

**Key words:** pilomatricoma, anetodermic changes on pilomatricoma.

## INTRODUCCIÓN

El pilomatricoma es un frecuente tumor cutáneo benigno que aparece preferentemente en la edad infantil y juvenil. Se origina en las células matriciales del folículo piloso y clínicamente se presenta como un nódulo duro y solitario. Habitualmente está cubierto por piel normal, pero de forma excepcional ésta puede estar adelgazada, plegada y con coloración rosada. En el estudio histopatológico estos cambios se corresponden con una dermis reticular adelgazada con edema, aumento en el número y dilatación de los vasos, alteración de las fibras colágenas y disminución o ausencia completa de las elásticas. Esto es lo que se conoce como forma anetodérmica de pilomatricoma. Aportamos un nuevo caso de esta rara variante y revisamos la literatura.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 22 años, sin antecedentes personales o familiares de interés, que consultó por la pre-

sencia de una tumoración, de 9 meses de evolución, en región escapular derecha. En la exploración se observó una lesión excrecente de 3 cm (fig. 1A), para la que, tras el diagnóstico clínico de quiste epidermoide, se propuso la extirpación quirúrgica. El paciente no acudió el día previsto para su intervención y reapareció en la consulta 5 meses más tarde debido al rápido crecimiento de la lesión y a los importantes cambios de la piel que la recubría. En ese momento presentaba una lesión tuberosa de 7 x 5 cm recubierta por una piel atrófica, plegada y de aspecto queiloideo (fig. 1B). A la palpación se apreciaba la existencia en profundidad de un nódulo de consistencia dura y de aproximadamente 4 x 3 cm que tras su exéresis demostró histopatológicamente tratarse de un tumor localizado en dermis profunda y tejido subcutáneo, constituido por una serie de lóbulos irregulares agrupados en un gran nódulo rodeado por una gruesa pseudocápsula; estaba compuesto por dos tipos celulares: células basaloideas y gran cantidad de células sombra. En la dermis que recubría el tumor destacaba un edema intenso, con un aumento importante del número de vasos y una vasodilatación muy marcada (fig. 2). Las fibras colágenas se encontraban disminuidas y fragmentadas (fig. 2) y las elásticas estaban prácticamente ausentes como pudo comprobarse con la tinción de orceína.

### Correspondencia:

Purificación Sánchez Sánchez. Cátedra de Dermatología. Facultad de Medicina. Campus de Teatinos, s/n. 29010 Málaga.

Aceptado el 23 de diciembre de 2001.

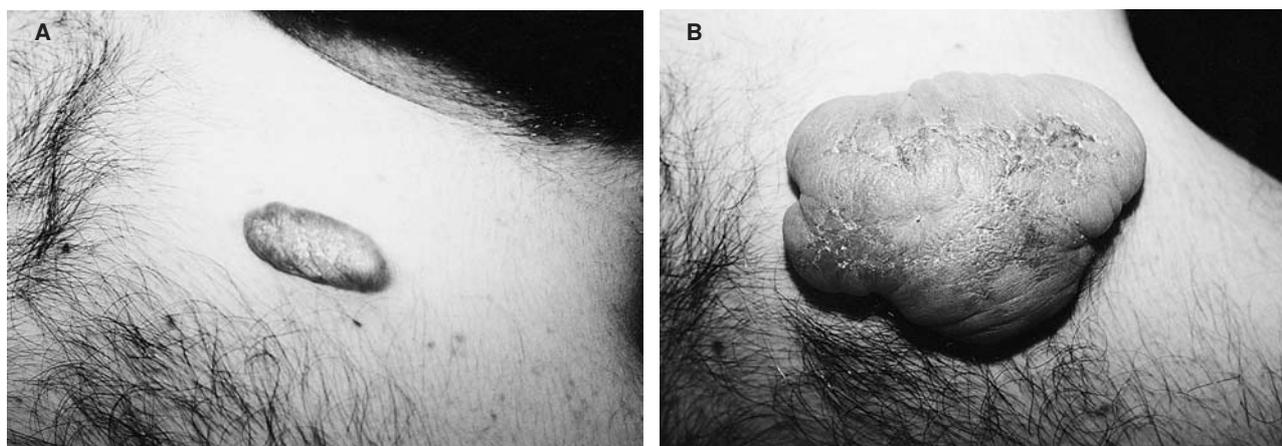


Fig. 1.—A: lesión tumoral en región escapular derecha. B: la misma lesión 5 meses más tarde.

## DISCUSIÓN

El primer caso de pilomatricoma con cambios anodérmicos fue descrito por Cordivola y Quevedo en 1943<sup>1</sup>. Desde entonces se han publicado 29 casos<sup>2, 13</sup> que se han resumido en la **tabla 1**. Todos ellos muestran características clínicas e histológicas semejantes. Desde el punto de vista clínico los pacientes presentan a nivel de la neoplasia una piel eritematosa, atrófica, plegada, con pequeñas telangiectasias, siendo descrita por algunos autores<sup>6</sup> como de aspecto «pseudoampoloso», cubriendo un pilomatricoma típico que frecuentemente se hernia sobre el plano de la piel circundante. En los casos anodérmicos publicados la mayoría de los pacientes tienen entre 10 y 30 años. La incidencia del pilomatricoma es ligeramente superior en mujeres, hecho aún más marcado en los casos anodérmicos con 22 casos en mujeres frente a 7 en varones. Se ha descrito su posible aparición en relación con traumatismos previos en la zona afectada<sup>14</sup>.

Los cambios anodérmicos histológicos corresponden a una dermis reticular adelgazada en la que

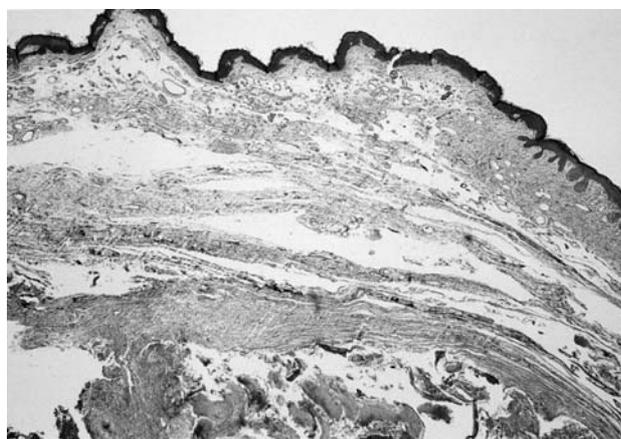


Fig. 2.—Dermis laxa, edematosa, con dilataciones linfáticas sobre una gruesa pseudocápsula que envuelve los cúmulos de células sombra de un profundo pilomatricoma.

con frecuencia existen edema y áreas de aspecto mixoide, así como un aumento de la vascularización y vasodilatación. También se encuentra rarefacción y fragmentación de las fibras colágenas separadas por el edema dérmico. Las fibras elásticas están disminuidas en número, e incluso ausentes, siendo estos cambios más intensos en la proximidad del tumor<sup>5</sup>. Bajo esta piel anodérmica se encuentra el pilomatricoma, tumor situado en dermis profunda y extendiéndose con frecuencia a grasa subcutánea, aunque siempre está bien delimitado y envuelto en un estroma en el que se observan fenómenos de reacción a cuerpo extraño.

Son diversas las hipótesis que se barajan en cuanto al mecanismo etiopatogénico por el que se producen los cambios anodérmicos en el pilomatricoma. Moulin et al<sup>5</sup> sostiene que el infiltrado inflamatorio peritumoral cuando es importante y duradero sería el fenómeno patológico inicial que produciría la anodermia. Piguet y Bolgart<sup>4</sup> plantean un probable origen en la inflamación traumática ocasionada por la irritación mecánica de la piel suprayacente al pilomatricoma. Por otra parte, el hecho de que se hayan observado cambios anodérmicos alejados del borde del tumor permitió suponer a algunos autores que existirían enzimas catabólicas no identificadas liberadas por las células tumorales y/ o por las células inflamatorias, que actuarían sobre el colágeno y las fibras elásticas destruyéndolas<sup>8</sup>. En algunos casos se ha observado una gran dilatación linfática en la dermis reticular que rodea al tumor, lo que ha sugerido que la causante de la anodermia podría ser la presión ejercida por el líquido linfático. Otros autores sostienen que el pilomatricoma perforante, en el que existe una eliminación transepidermica de calcio y queratina de origen pilar, está relacionado con estos cambios anodérmicos<sup>15,16</sup>. Según ellos el tumor se localiza en la dermis, produciendo un adelgazamiento del tejido conjuntivo periférico, por lo que la anodermia podría ser un paso previo de esta rara variante de pilomatricoma<sup>8</sup>.

**TABLA 1.** DATOS CLÍNICOS DE LOS CASOS DE PILOMATRICOMAS ANETODÉRMICOS DESCRITOS EN LA LITERATURA

<i>Autores N.º casos</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Localización</i>	<i>Duración</i>	<i>Tamaño tumor total</i>	<i>Nódulo (cm)</i>
Cordiviola <sup>1</sup>						
Caso 1	17	H	Cara externa brazo izquierdo	1 año	Nuez	Avellana
Duluc <sup>2</sup>						
Caso 1	19	H	Cara anterior brazo izquierdo	5 años	No consta	(2)
Duperrat <sup>3</sup>						
Caso 1	30	H	Pómulo derecho	1 mes	No consta	Guisante
Caso 2	17	H	Cara anterior brazo derecho	2 meses	Cereza	Almendra
Piguet y Bolgert <sup>4</sup>						
Caso 1	11	H	Área deltoidea posterior derecha	< 1 mes	No consta	(1)
Moulin et al <sup>5</sup>						
Caso 1	24	V	Región escapular	6 meses	No consta	
Caso 2	24	H	Brazo izquierdo	5 meses	No consta	
Caso 3	43	V	Nalga izquierda	No consta	No consta	
Caso 4	19	V	Área supraclavicular derecha	1 año	No consta	
Caso 5	17	H	Hombro izquierdo	7 meses	No consta	
Carvajal et al <sup>6</sup>						
Caso 1	18	H	Centro dorso superior	1 año	No consta	(1 1)
Caso 2	15	H	Intervertebral	10 meses	No consta	(1,5 1)
Caso 3	17	H	Cara externa brazo derecho	No consta	No consta	(2)
Caso 4	14	H	Cara externa brazo derecho	No consta	No consta	
Caso 5	19	H	Cara externa brazo izquierdo	No consta	No consta	
Caso 6	13	H	Cara externa brazo derecho	2 años	No consta	(2)
Balus et al <sup>7</sup>						
Caso 1	15	-	Área escapular derecha	3 meses	No consta	(2,5)
Caso 2	46	V	Espalda	6 meses	No consta	(1,5)
Jones y Tschen <sup>8</sup>						
Caso 1	16	H	Lateral izquierdo espalda	8 meses	15	(6)
Caso 2	19	H	Hombro izquierdo	5½ meses	3	(2)
Caso 3	17	H	Región superior espalda	1 mes	2	(1)
Caso 4	21	V	Brazo izquierdo	2 meses	3,5 1,5	(1,5)
Caso 5	7	H	Hombro izquierdo	1 año	1,5	(0,6)
Kelly et al <sup>9</sup>						
Caso 1	25	H	Cara externa brazo	10 meses	No consta	(1,2)
Caso 2	17	H	Cara externa brazo izquierdo	4 meses	No consta	(1)
Ortuño et al <sup>10</sup>						
Caso 1	35	V	Antebrazo izquierdo	4 meses	4 3	(1)
Shames et al <sup>11</sup>						
Caso 1	11	H	Región anterior hombro derecho	1 año	3,5 2,5	No consta
Lee et al <sup>12</sup>						
Caso 1	17	H	Hombro derecho	3 meses	Nuez	Guisante
Bertazzoni et al <sup>13</sup>						
Caso 1	20	H	Región superior del glúteo	Varios meses	No consta	(1,5)
Sánchez et al						
Caso 1	22	V	Región escapular derecha	14 meses	7 5	(4 3)

Nuestro paciente cumple con algunos de los datos epidemiológicos y clínicos del pilomatricoma, tiene 22 años y se localiza en la parte alta del tronco, aunque es un varón y no existen antecedentes de traumatismo. Por otro lado hay que destacar el gran tamaño de la piel anetodérmica que recubría el tumor y la observación de su rápido crecimiento en los 5 meses que separaron las dos visitas en nuestra consulta.

Como hemos comentado anteriormente, los cambios anetodérmicos del pilomatricoma son infrecuentes, y en la revisión bibliográfica practicada todavía son más escasas las referencias a su presencia en otros tumores cutáneos. Es por ello que creemos que la presencia de anetodermia sobre un tumor esférico, firme y subyacente debe orientar al diagnóstico clínico del pilomatricoma.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cordiviola L, Quevedo C. Epitelioma calcificado de Malherbe. *Rev Argent Dermatosis* 1943;4:577-81.
2. Duluc J, Labouche F, Beriet P, Barreau J. Deux cas d'épithélioma calcifié de Malherbe. *Bull Soc Fr Dermatol Syph* 1963;70:653-7.
3. Duperrat B, Vanbremeersch F, Mascaro JM. Tumeurs momifiées de Malherbe d'évolution aiguë. *Bull Soc Fr Dermatol Syph* 1963;70:786-7.
4. Piguet B, Bolgert M. Atrophie maculeuse de la peau (anétodermie secondaire) d'évolution rapide et épithélioma calcifié de Malherbe et Chenantais. *Bull Soc Fr Dermatol Syph* 1972;79:315-6.
5. Moulin G, Bouchet B, Dos Santos G. Les modifications anétodermiques du tégument au-dessus des tumeurs de Malherbe. *Ann Dermatol Venereol* 1978;105:43-7.
6. Carvajal L, Uraga E, García I. Pilomatricoma. Forma pseudoampollosa y otras variedades clínicas. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1987;15:29-34.
7. Balus L, Cristiani R, Amatea A, Donati P. Tumeur de Malherbe «anetodermique». *Ann Dermatol Venereol* 1990;117:641-3.
8. Jones CC, Tschien JA. Anetodermic cutaneous changes overlying pilomatricomas. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:1072-6.
9. Kelly SE, Humphreys F, Aldridge RD. The phenomenon of anetoderma occurring over pilomatricomas. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:511.
10. Ortuño C, Jorquera E, Camacho F. Pilomatricoma anetodérmico. *Actas Dermo-Sifiliogr* 1993;84:254-6.
11. Shames BS, Nassif A, Bailey CS, Saltzstein SL. Secondary anetoderma involving a pilomatricoma. *Am J Dermatopathol* 1994;16:557-60.
12. Lee WS, Yoo MS, Ahn SK. Anetodermic cutaneous changes overlying pilomatricoma. *Int J Dermatol* 1995;34:144.
13. Bertazzoni MG, Botticelli A, Di Gregorio C, Sannicola C. Pilomatricoma associata a cute anetodermica. *Pathologica* 1996;88:43-5.
14. Inui S, Kanda R, Hata S. Pilomatricoma with a bullous appearance. *J Dermatol* 1997;24:57-9.
15. Zulaica A, Peteiro C, Quintas C, Pereiro M Jr, Toribio J. Perforating pilomatricoma. *J Cutan Pathol* 1988;15:409-11.
16. Baker DJ, Heymann WR. Perforating pilomatricoma: case report and review of the literature. *Cutis* 1989;44:370-2.