



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.actasdermo.org



## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Tumor eritemato-descamativo en la pierna de largo tiempo de evolución



### Long-standing Scaly Erythematous Tumor on the Lower Leg

#### Historia clínica

Mujer de 36 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por una lesión asintomática de 8 años de evolución en la pierna izquierda, de lento crecimiento y asociada a constante descamación. La paciente no relacionaba la aparición de esta lesión con algún desencadenante.

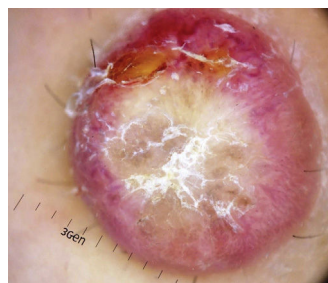
#### Exploración física

El examen físico demostró la presencia de un tumor cupuliforme, eritematoso con descamación superficial, de 1,5 cm de diámetro, consistencia dura e indoloro en la cara anterior de la pierna izquierda (fig. 1A y B).

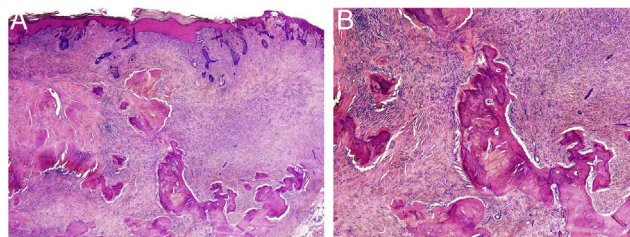
A la dermatoscopia se observó una zona central blanquecino-amarillenta descamativa, con restos de pigmento distribuidos irregularmente, rodeada por un área eritematosa difusa vascularizada, con algunos vasos polimorfo-atípicos (fig. 2). El resto del examen físico se encontraba dentro de rangos normales.



**Figura 1** A. Tumor único, cupuliforme y eritematoso en la cara anterior de la pierna izquierda. B. Tumor firme, eritematovioláceo y descamativo.



**Figura 2** Dermatoscopia de la lesión que muestra un parche central blanquecino descamativo de aspecto cicatricial y un área periférica eritematosa vascularizada.



**Figura 3** A. Vista panorámica que muestra inducción folicular epidérmica y un tumor dérmico de células fusocelulares con formación ósea. H-E  $\times 20$ . B. Tumor de células fusocelulares con patrón estoriforme y espículas óseas bien desarrolladas. H-E  $\times 40$ .

#### Histopatología

El estudio histopatológico mostró una epidermis con ulceración focal, paraqueratosis y acantosis con inducción folicular. En la dermis se encontró un tumor compuesto por células fusiformes con citoplasma eosinofílico vacuolado y patrón estoriforme, inmersas en un estroma colagenoso con múltiples focos de espículas óseas lamelares sin osteoblastos ni osteoclastos (fig. 3A y B).

**¿Cuál es su diagnóstico?**

## Diagnóstico

Dermatofibroma con metaplasia ósea de la pierna.

## Evolución y tratamiento

Se realizó la extirpación completa de la lesión, y dada su naturaleza benigna no fueron ampliados los márgenes quirúrgicos.

## Comentarios

Los dermatofibromas (DF) constituyen una entidad compleja con una amplia variedad de características clínicas, dermatoscópicas e histopatológicas, probablemente debido a una serie de inductores aún desconocidos. El caso presentado correspondería al segundo caso publicado de un DF con metaplasia ósea sin células gigantes tipo osteoclastos<sup>1</sup>. Su reconocimiento histopatológico es muy relevante, ya que la identificación de metaplasia ósea en piel abre un espectro de diagnósticos diferenciales, desde procesos inflamatorios-reactivos a tumores cutáneos benignos y malignos.

Habitualmente el DF se manifiesta como una pápula o nódulo firme, rojo o café, de superficie lisa o queratósica. Se puede observar el «signo del hoyuelo» cuando se comprime lateralmente, pero no es exclusivo del DF y puede ser poco evidente. A la dermatoscopia el patrón más frecuente es el parche central blanco tipo cicatricial, con un retículo pigmentado delicado en la periferia<sup>1-3</sup>. Es poco frecuente encontrar esta red pigmentaria distribuida de forma irregular en la lesión (2,7%)<sup>2</sup>. A su vez, la presencia de estructuras vasculares se ha descrito hasta en el 50% de los casos<sup>2,3</sup>. Se han descrito varios hallazgos y patrones dermatoscópicos atípicos, que son poco frecuentes y simulan otros tumores, como pigmentación homogénea o irregular, múltiples parches blanquecinos, red blanquecina, puntos café, escamas costrosas, úlceras, fisuras, vasos lineales irregulares o polimorfos y estructuras globulares<sup>2</sup>. Por lo tanto, el diagnóstico diferencial suele ser amplio y a veces difícil de distinguir de melanoma, carcinoma basocelular y espinocelular, dermatofibrosarcoma protuberans, sarcoma de Kaposi, morfea, neurofibroma o tumor aneural<sup>3</sup>. Es en estos casos cuando es necesaria su extirpación quirúrgica para estudio histopatológico, y así aclarar el diagnóstico.

Los hallazgos histopatológicos claves son la presencia de un tumor dérmico fusocelular con diferenciación fibrohistiocítica, sin atipias, con haces de colágeno hialinizado «atrapados» en la periferia, hemorragia y hemosiderina variables y, además, cambios epidérmicos (acantosis e inducción folicular). Existen múltiples variantes histopatológicas según el componente microscópico predominante, reportándose los subtipos fibrocolagenoso, histiocítico, esclerótico, celular, hemosiderótico, en empalizada, entre otros<sup>3</sup>. La presencia de metaplasia ósea en un DF es rara, con pocos casos reportados, sin descripción dermatoscópica y, en general, asociados a la presencia de células gigantes tipo osteoclastos<sup>4-6</sup>.

La presencia de tejido óseo en la piel es infrecuente, y se puede explicar como un proceso metaplásico en respuesta a traumatismos o procesos inflamatorios locales. Los tumores cutáneos con metaplasia ósea más frecuentes son los nevos melanocíticos, carcinomas basocelulares y pilomatrixomas<sup>4</sup>. La presencia de tejido óseo metaplásico en la dermis e hipodermis puede ser un elemento distractor durante el análisis histopatológico y enmascarar la lesión principal, sobre todo cuando su cantidad es importante, como en el caso presentado. La metaplasia ósea puede corresponder al componente principal de ciertos tumores o corresponder a un fenómeno secundario de la lesión principal. El tejido óseo metaplásico en procesos reactivos incluye cicatrices y paniculitis osificante. Puede ser el componente principal de osteomas, osteosarcomas, tumor fibromixoides osificante y melanoma osteogénico, o constituir un fenómeno secundario en pilomatrixomas, nevos melanocíticos, quistes foliculares triquilemales, lipomas y hemangiomas, entre otros<sup>5-7</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Senel E, Yuyucu Karabulut Y, Dogruer Senel S. Clinical, histopathological, dermatoscopic and digital microscopic features of dermatofibroma: A retrospective analysis of 200 lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1958-66.
2. Zaballos P, Puig S, Llambrich A, Malvey J. Dermoscopy of dermatofibromas: A prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol*. 2008;144:75-83.
3. Ferrari A, Argenziano G, Buccini P, Cota C, Sperduti I, de Simone P, et al. Typical and atypical dermoscopic presentations of dermatofibroma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27:1375-80.
4. Urdiales-Viedma M, Santos E, Lopez R. Metaplasia ósea en dermatofibroma cutáneo. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2007;35:233-5.
5. Papalas JA, Balmer NN, Wallace C, Sanguenza OP. Ossifying dermatofibroma with osteoclast-like giant cells: Report of a case and literature review. *Am J Dermatopathol*. 2009;31:379-83.
6. Kuo TT, Chan HL. Ossifying dermatofibroma with osteoclast-like giant cells. *Am J Dermatopathol*. 1994;16:193-5.
7. Urbina F, Pérez L, Sudy E, Misad C. Calcificación y osificación cutánea. *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:255-69.

A. Abarzúa-Araya<sup>a</sup>, E. Ortiz-Lazo<sup>a,\*</sup>  
y S. González-Bombardiere<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eaortiz@uc.cl (E. Ortiz-Lazo).