

HAGA SU DIAGNÓSTICO

Placa anular en espalda

Annette Morán,* Juan Carlos Garcés,** Enrique Úraga P.***

* Médico Dermatólogo del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

** Dermatopatólogo

*** Dermatólogo Director del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

Fecha de recepción: 10-08-2021

Fecha de aceptación: 16-08-2021

Fecha de publicación:

Correspondencia: dra.annettemoran@hotmail.com

Palabras clave: dermatomiofibroma, tumor miofibroblástico

CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina, de 35 años, sin antecedentes de importancia que consulta por presentar cuadro clínico de 1 año de evolución, caracterizado por placa anular con borde hiperpigmentado y centro pálido, de 1 cm de diámetro aproximado, localizada en área escapular derecha (Fig. 1 a y b). La lesión es asintomática y no refiere tratamientos previos. A la dermatoscopia, se observa rodete color café con centro más claro y folículos remarcados.



Figura 1a. Imagen clínica, placa anular, borde hiperpigmentado. 1b. Imagen dermatoscópica: Rodete color café con centro más claro y folículos prominentes

¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO?

Se realiza biopsia de piel y se envió a estudio histopatológico en el que se evidenció Tumor constituido por una proliferación en “placa” de fascículos de células fusiformes que se disponen paralelamente a la epidermis y se ubican en la dermis media y profunda. Los núcleos son alargados, vesiculosos, con cromatina fina. Se disponen entre fibras de colágeno. Los anexos se encuentran atrapados pero no destruidos por el tumor. La inmunohistoquímica S100 es negativa (Figura 2 a y b).

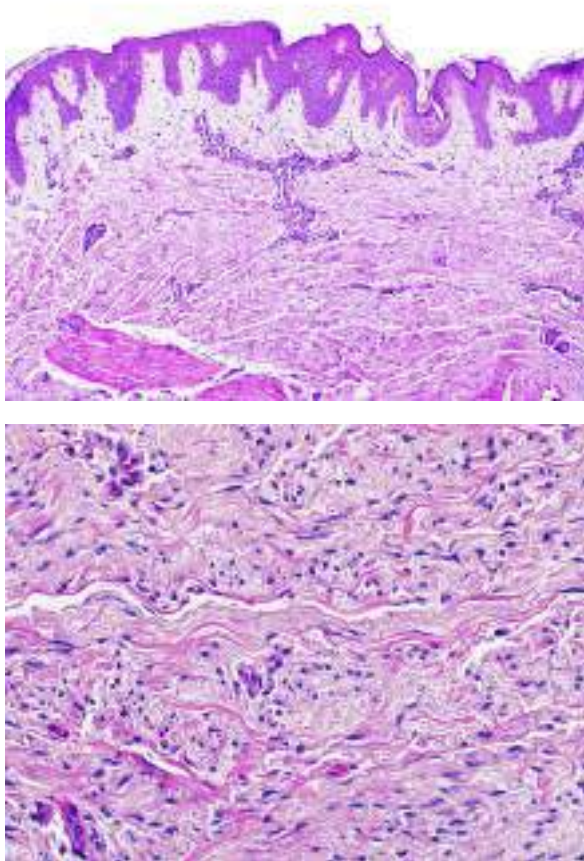


Figura 2a y b: Tumor constituido por una proliferación en “placa” de fascículos de células fusiformes que se disponen paralelamente a la epidermis y se ubican en la dermis media y profunda.

Con los hallazgos clínicos y el resultado de la patología llegamos al diagnóstico de **Dermatomiofibroma**.

COMENTARIO

El Dermatomiofibroma (DMF) es un tumor cutáneo benigno y adquirido, de presentación infrecuente, que es usualmente infradiagnosticado por ser poco conocido.

Fue descrito por primera vez en 1991, por Hügel, quien lo nombró “fibromatosis dérmica en placa”, al publicar una serie de 25 casos. Sin embargo, un año más tarde, Kamino et al, describen 9 casos con sus características clínicas e histológicas, proponiendo el nombre de “Dermatomiofibroma”.¹ En el año 2009, Mentzel et al. reportan una serie 56 casos con edades entre los 3 y los 51 años, y un predominio en el sexo femenino.²

Esta lesión tiene un origen mesenquimal, formado por una proliferación de células fusiformes que corresponden a fibroblastos y miofibroblastos como ha sido demostrado por estudios estructurales y de inmunohistoquímica. Es observado frecuentemente en adultos jóvenes con predominio en el sexo femenino (cerca del 90%), aunque existen casos reportados en niños, en ellos, el predominio es masculino.² Se desconoce la causa por la cual el DMF es más común en el sexo femenino, sin embargo, existe la hipótesis de que esta lesión continua creciendo en las mujeres posterior a la niñez debido a los efectos hormonales, mientras que en los hombres tendría regresión espontánea.

En adultos se localiza preferentemente, en el hombro o sus alrededores, axila, parte alta del tronco, cuello y brazo,³ mientras que en niños, la ubicación más frecuente es la región cervical.² Clínicamente, se presenta como un nódulo o placa ovalada o anular, bien delimitada, algo indurada, de superficie lisa, de 1 a 10 cm de diámetro, de color rojo marrónáceo, sin ulceración ni descamación, asintomática, que presenta cre-

cimiento lento. Por lo general, se trata de una lesión única, aunque existen casos de presentación múltiple o lesiones satélites alrededor del DMF.¹

En la dermatoscopia se observa una lesión similar a la que se observa en el dermatofibroma de tipo lentigo,⁴ compuesta por una red pigmentaria de tipo reticular que da lugar a una malla regular con presencia de finas líneas pudiendo observarse la presencia de pequeñas hipopigmentaciones multifocales.

En la histología, se aprecia una proliferación uniforme, densa, bien delimitada formada por células fusiformes monomorfos en fascículos o bandas que se disponen paralelas a la epidermis y que pueden llegar a dermis profunda e hipodermis y que corresponden a fibroblastos y miofibroblastos. No existe atipia ni mitosis. Estas células se localizan alrededor de las estructuras anexiales y fibras elásticas sin destruirlas ni alterarlas.⁴ En lo que corresponde al Inmunohistoquímica, la calponina es positiva y es el marcador más constante. Otros marcadores musculares como la caldesmina y desmina son negativos. Mientras que, la actina de musculo liso es inconstante.⁵

Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran el dermatofibroma, el tumor desmoide, piloleiomioma y el dermatofibrosarcoma protuberans, en la edad pediátrica debe pensarse también en el Hamartoma fibroso de la infancia, Nevo del tejido conectivo y Hamartoma del músculo liso.^{2,6}

El tratamiento es la excisión quirúrgica, la misma que si se realiza con un margen adecuado no se asocia a recidiva.⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Escutia B, Alfonso R, Carnero L, Durán R, Tudela J, De Sus J. Dermatofibromas múltiples. *Actas Dermosifiliogr* 2004; 95(7):444-8.
2. Romaní J, Leal L, Sáezb A, Luelmo J. Dermatofibroma en la nuca: descripción de 2 casos en la edad pediátrica. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105(3): 315 - 7.
3. Arellano J, Mesa MJ, Corredoira Y. Brownish Plaque with Progressive Growth on the Breast: A Quiz. *Acta Derm Venereol* 2018; 98: 540-541.
4. Karaarslan IK, Gencoglan G, Akalin, M, Ozdemir F. Different dermoscopic faces of dermatofibromas. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:401-6.
5. M. Osché et al. Étude anatomoclinique et immunohistochimique de 8 cas de dermatomyofibrome. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2020; 147: 721 - 8
6. Fonseca de Lima, Machado Lisboa G, Alves da Silva Filho E, Rabelo G. Multiple dermatomyofibromas. *An Bras Dermatol*. 2018;93(2):268-70.