



Dermatofibroma Hemosiderótico: a propósito de un caso

Hemosiderotic dermatofibroma: a clinical case

Nicolás Hermosilla¹, Alexis Ramos², Nelson Ramos³, Cecilia Naquira⁴

RESUMEN

El Dermatofibroma (DF) Hemosiderótico es una variante poco común del Dermatofibroma, el cual representa sólo el 2% de estos. Se caracteriza clínicamente por una pápula dura de coloración azul o rojo azulada homogénea, la cual puede presentar estructuras lineales blanco brillantes en su superficie. Dado su aspecto clínico, posee diagnósticos diferenciales como: Melanoma, Nevo azul, Tumores vasculares, entre otros, por lo cual es de suma importancia el estudio histopatológico de la lesión. Se presenta el caso de una paciente femenina de 67 años con DF Hemosiderótico en el dorso del pie derecho.

PALABRAS CLAVES: Histiocitoma fibroso benigno; Hemosiderina; Histiocitos

Dermatol Peru 2018; 28 (4): 225-227

ABSTRACT

Hemosiderotic Dermatofibroma (DF) is an uncommon variant of Dermatofibroma, which represents only 2% of these. It is clinically characterized by a papule with blue or bluish-red homogeneous coloration, which can present bright white linear structures on its surface. Since it has a clinical aspect, it has differential diagnoses such as: melanoma, blue nevus, vascular tumors, among others, so the histopathological study of the lesion is very important. We report the case of a 67 year-old female patient with Hemosiderotic DF on the back of the right foot.

KEY WORDS: Histiocytoma, Benign Fibrous; Hemosiderin; Histiocytes.

INTRODUCCIÓN

Dermatofibroma (DF) es un tumor benigno de probable origen fibrohistiocítico común de la piel. Afecta principalmente a adultos jóvenes.

Existen distintas variantes clínicas e histopatológicas de DFs en los cuales el diagnóstico de las formas comunes se basa esencialmente en las características clínicas y dermatoscópicas. No obstante, el diagnóstico de las formas atípicas puede presentar un gran desafío. El DF hemosiderótico es una variante atípica y rara de DF, el cual puede ser clínica y dermatoscópicamente indistinguible del melanoma.

CASO CLÍNICO

Paciente sexo femenino de 64 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, consulta por lesión asintomática en dorso del pie derecho, de 1 año de evolución, con aumento de volumen progresivo durante los últimos 6 meses.

Al examen físico se evidencia una pápula de consistencia dura, color gris azulada (Figura 1). Al examen dermatoscópico solo se observa un patrón azul-grisáceo homogéneo. Dado la duda diagnóstica y posible diagnóstico diferencial de

1. Médico-Cirujano, Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.
3. Dermatólogo, Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile
4. Anatómo-patóloga, Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile

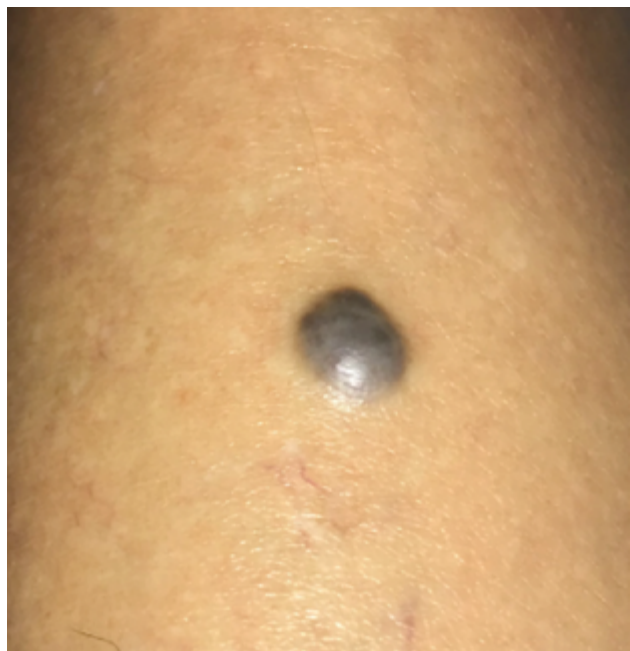


Figura 1. Pápula de color gris-azulada homogéneo.

melanoma, se decide realizar biopsia excisional con margen de 2 mm. La biopsia informa: En área dérmica, densa hiperplasia histiocitaria de arquitectura arremolinada. Los histiocitos son de núcleos levemente irregulares. Destaca la presencia frecuente de gránulos de hemosiderina en los citoplasmas histiocitarios (Figura 2), por lo que se diagnostica un dermatofibroma hemosiderótico.

DISCUSIÓN

DF es una lesión tumoral dérmica benigna frecuente de histogénesis incierta, probablemente fibrohistiocítica. Se presenta principalmente en adultos jóvenes, con una

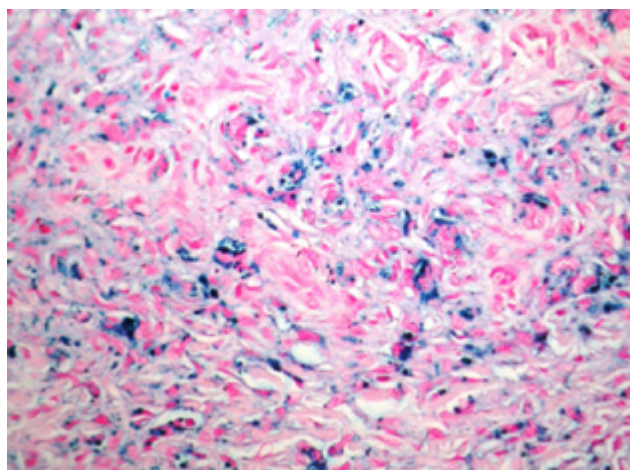


Figura 1. Densa hiperplasia histiocitaria de arquitectura arremolinada en dermis.

aparición levemente mayor en mujeres. Puede presentarse con menor frecuencia en población pediátrica.¹

Clinicamente se caracteriza por presentar una pápula, placa, o nódulo endurecido que puede ser único o múltiple usualmente menor a 2 cms., presentar un grado variable de pigmentación de marrón claro a marrón negruzco. Habitualmente es asintomático, aunque se pueden presentar con prurito y sensibilidad. Típicamente se presentan en extremidades inferiores.^{1,2}

Los DFs pueden presentar una gran variedad de patrones dermatoscópicos. Una placa cicatricial con un claro central rodeado por una fina red periférica de pigmentos es el hallazgo dermatoscópico típico y más común del DF, el que puede ser encontrado en el 36% -80% de DFs.¹

Además de la común, existen distintas variantes clínicas e histopatológicas de DFs, determinadas según el elemento que predomine, incluyendo la aneurismática, hemosiderótica, celular, epitelioides, atípica, lipidizada, de células claras, atrófica, queloidal, de células granulares, mixoidea, liquenoide, de células balonzadas y en anillo de sello.³ Las características histológicas de muchas variantes pueden coexistir en la misma lesión y pueden corresponder a diferentes etapas de una misma enfermedad, de hecho, algunos autores consideran la variante hemosiderótica como un estado precursor de la aneurismática.⁴ Hay que destacar que estas variantes histológicas no tienen relevancia clínica ni pronóstica, pero sí importancia histopatológica, ya que muchas veces son diagnosticadas erróneamente como lesiones malignas.⁵

El DF hemosiderótica (DFH) es una variante rara, la cual representa aproximadamente un 2% de todos los DFs. Fue descrito por primera vez por Diss en 1938 como una lesión que imitaba clínicamente a un melanoma.⁶ Los hallazgos dermatoscópicos revelan un área homogénea de pigmentación azul o rojo azulada en el centro de la lesión. Ésta se puede asociar a otras estructuras, como una red pigmentada periférica fina, estructuras lineales de color blanco brillante (parecidas a crisálidas) y diferentes estructuras vasculares, que determinan un patrón multicomponente.¹

El área pigmentada central se correlaciona histopatológicamente con la proliferación de macrófagos (histiocitos multinucleados) que contienen hemosiderina dentro del citoplasma. Otros hallazgos histopatológicos incluyen numerosos capilares sanguíneos, eritrocitos extravasados y hemosiderina extra celular.⁷

La distribución anatómica es similar a la del dermatofibroma común: 50% en los miembros inferiores, 20% en los miembros superiores y 17% en el tronco.³

En cuanto a su histopatogenia, *Santa Cruz y Kyriakos* postularon que la variante hemosiderótica se puede originar dentro de un DF común cuando pequeñas cantidades de glóbulos rojos se extravasan a partir de vasos capilares que pueden quedar atrapados dentro del tumor. Luego, los eritrocitos más antiguos que se han convertido en hemosiderina son fagocitados por los histiocitos. Si la extravasación de glóbulos rojos continúa, se pueden formar grietas o hendiduras dentro de estas áreas, perdiendo el soporte celular estromal, llenándose entonces de glóbulos rojos, los cuales, por el aumento de presión en dichas zonas, dilatan el área completamente, dando el aspecto de cavernas o angiomas, originando en esta fase los dermatofibromas aneurismáticos. La etiología de estas cavidades angiomas permanece incierta. Algunos autores postulan que este fenómeno podría ocurrir en regiones de hiperplasia con una red pobre de reticulina o como resultado de traumas o microtraumas repetitivos, lo que precipitaría microhemorragias antes mencionadas, aunque el trauma previo es raramente reportado.^{3,8}

Debido a que no existe un patrón dermatoscópico específico para estas lesiones, se requiere estudio histológico para su diagnóstico. Algunos autores mencionan el patrón homogéneo azul-gris como una característica dermatoscópica relevante de las variantes raras de DF, sin embargo, con este patrón se pueden plantear como diagnósticos diferenciales clínicos lesiones melanocíticas,

que incluyen melanoma y nevo azul, o neoplasmas no melanocíticos como tumores vasculares, tumores de los anexos y quistes.¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villarreal DJ, Luz AT, Buçard AM, Abreu L, Cuzzi T. Hemosiderotic dermatofibroma. *An Bras Dermatol*. 2017 Jan-Feb;92(1):92-94. doi: 10.1590/abd1806-4841.20173563. PubMed PMID: 28225963; PubMed Central PMCID: PMC5312185.
2. Puztaszeri M, Jaquet PY, Williamson C. Giant hemosiderotic dermatofibroma: a case report and review of the literature. *Case Rep Dermatol*. 2011 Feb 18;3(1):32-6. doi: 10.1159/000324721. PubMed PMID: 21487458; PubMed Central PMCID: PMC3073750.
3. Zalazar ME, Garais JA, Mainardi CM, Ruiz Lascano A, Kurpis M. Fibrohistiocitoma aneurismático: A propósito de un caso. *Rev. argent. dermatol*. 2017 Sep; 98(3).
4. Müge E, Tad M, Kilitci A, Kemeriz F. Hemosiderotic dermatofibroma mimicking melanoma in a 12-year-old boy: a case report. *Clinical Case Reports*. 2018 June;6(6):1006-9
5. Saavedra D, Castrillón M, Matamala A, Carreño L. Dermatofibroma Angiomatoide. *Rev. Chilena Dermatol*. 2013; 29 (1) : 85 – 88
6. Scalvenzi M, Balato A, De Natale F, Francia MG, Mignogna C, De Rosa G. Hemosiderotic dermatofibroma: report of one case. *Dermatology*. 2007;214(1):82-4. PubMed PMID: 17191053.
7. Alves JV, Matos DM, Barreiros HF, Bártolo EA. Variants of dermatofibroma—a histopathological study. *An Bras Dermatol*. 2014 May-Jun;89(3):472-7. PubMed PMID: 24937822; PubMed Central PMCID: PMC4056706.
8. López C, López M, Hurtado R, Pérez F. Aneurysmatic Fibrohistiocytoma (Dermatofibroma), Histologic Features in Four Cases. *Derm. Venez*, 2001, 39: 41-46.

Autor de correspondencia: Nicolás Hermosilla

E-mail: nehermosilla@uc.cl

Dirección: Escandinavia 432, Las Condes, Santiago, Chile. Código postal: 7560749

Conflictos de intereses: ninguno.

Recibido: 22 - 08 - 18

Aceptado: 16 - 10 - 18



VISITA NUESTRA REVISTA

DERMATOLOGÍA
PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

www.dermatologiaperuana.pe

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA