

Pilomatricoma pigmentado

Gregorio Carretero Hernández, María del Pino Rivero Suárez,
Pilar de la Rosa Rey* y Paloma Santamaría Blanco*

Unidad de Dermatología. * Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen.—Una mujer de 49 años mostraba en la frente un nódulo con aspecto de quiste epidermoide. El estudio histopatológico mostró un pilomatricoma con abundante pigmento melánico en el parénquima y el estroma. Esto es un hallazgo infrecuente en los pilomatricomas que puede ser motivo de confusión y desafío diagnóstico en caso de realizar biopsia parcial de los mismos.

Palabras clave: pilomatricoma, melanización, tumor pigmentado.

Carretero Hernández G, Rivero Suárez MP, de la Rosa Rey P, Santamaría Blanco P. Pilomatricoma pigmentado. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(9):558-60.

PIGMENTED PILOMATRICOMA

Abstract.—A 49-year-old woman with a pigmented tumor in the forehead is presented. The histopathologic study showed a pilomatricoma with extensive pigmentation. We emphasize this rare secondary phenomenon of hyperpigmentation which might lead to misdiagnosis or a truly diagnostic challenge when a partial biopsy is performed.

Key words: pilomatricoma, melanization, pigmented tumor.

INTRODUCCIÓN

El pilomatricoma¹ es una neoplasia benigna formada por células similares a las de la matriz pilosa que, como ellas, se queratinizan sin formación de capa granulosa. Clínicamente se suele manifestar como un nódulo subcutáneo, firme y, a menudo, de tacto pétreo, recubierto de piel normal. Aparece preferentemente como lesión única en cara y extremidades, en edades jóvenes (primeras décadas de la vida), si bien se ha referido un segundo pico de incidencia en edades más avanzadas², sin diferencias clínicas o histológicas de importancia entre ambos grupos de edad³.

Histológicamente se trata de una tumoración bien delimitada y con frecuencia circunscrita por una capsula fibrosa. Inmersos en un estroma bastante celular se aprecian islotes irregulares compuestos por células epiteliales de dos tipos: unas, llamadas basófilas, de núcleo redondeado u oval, hiper cromático y escaso citoplasma, por lo que dan el aspecto de células amontonadas situadas a un lado o en la periferia de los islotes y en donde se pueden apreciar frecuentes figuras de mitosis, y otras células llamadas sombra o fantasma, de borde neto con una claridad central, donde deberían situarse los núcleos. En ciertas zonas se observa la transición de células basófilas a células sombra.

Cuanto mayor es el tiempo de evolución de la tumoración menor número de células basófilas tiene y, por ende, mayor de células sombra.

Como hallazgos histológicos secundarios se han descrito en este tumor la presencia de hemorragia intratumoral, calcificación distrófica, osificación, reacción granulomatosa a cuerpo extraño y pigmentación¹.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 49 años consultó por presentar en zona lateral derecha de la frente una lesión de unos 4 meses de evolución, que se desarrolló, según refería, tras la picadura de un mosquito. Al tacto se apreciaba una lesión subcutánea, dura, asintomática, que recordaba el tacto de un quiste epidermoide y estaba recubierta de piel normal, no pigmentada.

La paciente padecía hipertensión arterial, controlada mediante tratamiento, glaucoma y había sido operada de hernia cervical. No refería ningún tipo de alergia conocida ni antecedentes familiares de interés.

Bajo la sospecha de quiste epidermoide se procedió a la extirpación completa de la lesión bajo anestesia local. El examen macroscópico de la pieza evidenciaba que se trataba de una neoformación encapsulada de 1,8 × 1,6 × 1,5 cm, con tonalidades negruzcas en alguna zona. El estudio histopatológico mostró un pilomatricoma en el que se apreciaba gran cantidad de pigmento melánico en el interior, tanto de las células basófilas como de las fantasmas, así como en macrófagos del parénquima (fig. 1). Además se podía apreciar la pre-

Correspondencia:

Gregorio Carretero Hernández. Unidad de Dermatología. Hospital General Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Bco. de la Ballena, s/ n. 35020 Las Palmas de Gran Canaria.

Aceptado el 5 de julio de 2002.

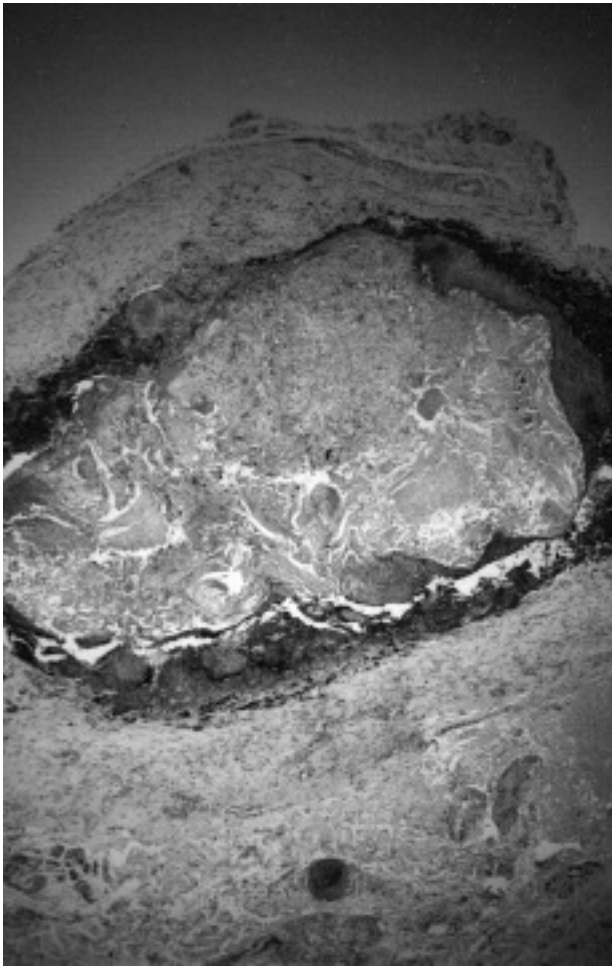


Fig. 1.—Células epiteliales basófilas en la periferia, en transición hacia células fantasma en el interior. Pigmentación periférica (HE × 200).

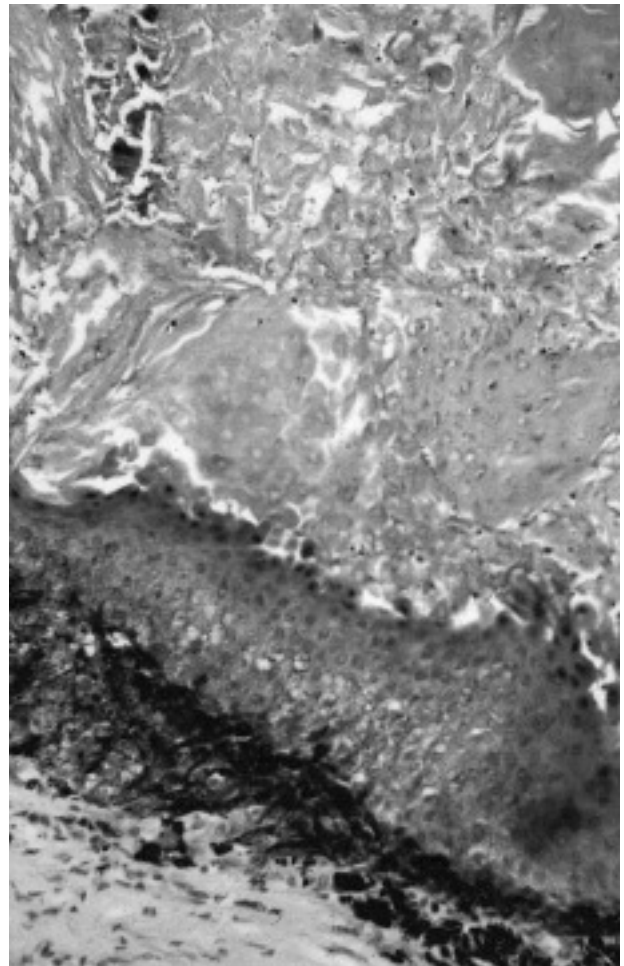


Fig. 2.—Pigmentación intensa alrededor y entre células basófilas y fantasmas, con presencia de algunos melanocitos dendríticos (S-100 × 400).

sencia de algunos melanocitos dendríticos intercalados entre las células del tumor (fig. 2).

DISCUSIÓN

El pilomatricoma es un tumor benigno con diferenciación pilosa, originado a partir de células matriciales. Estas células matriciales del bulbo son las encargadas de formar la vaina radicular interna del folículo (las más externas) y el tallo piloso (las internas). Entre estas últimas se sitúan grandes melanocitos dendríticos⁴, de cuyo pigmento depende la coloración del pelo. Por lo tanto, no debería sorprender la hiperpigmentación o hiperplasia melanocítica en este tipo de tumores. Pero, en la práctica, sí es un hecho sorprendente, porque la mayor parte de los pilomatricomas no contienen pigmento melánico y, de tenerlo, es en mínima cantidad. Headington⁵ refiere que se hallan pequeñas cantidades de melanina en el 10%-15% de los casos. Asimismo, Forbis et al⁶ ya habían referido anteriormente un 8% de

casos de pilomatricomas con hiperpigmentación y Cazers et al⁷ habían observado la presencia de melanocitos dendríticos en dichos tumores. El caso que presentamos muestra una marcada pigmentación melánica, pero no eran abundantes los melanocitos dendríticos. Se han descrito casos en los que la proliferación melánica es más masiva, llegando incluso a sustituir en gran parte, o casi por completo, a la población de células epiteliales^{8, 9}. La posibilidad de hiperpigmentación y/o hiperplasia melánicas en los pilomatricomas se ha de tener en cuenta, ya que puede suponer un verdadero desafío diagnóstico frente a otros tumores pigmentados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Tumors with differentiation toward hair structures. En: Lever WF, Schaumburg-Lever G, editores. *Histopathology of the skin*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Co; 1990. p. 580-99.
2. Taaffe A, Wyatt EH, Bury HP. Pilomatricoma (Malherbe). A clinical and histopathologic survey of 78 cases. *Int J Dermatol* 1988;27:477-80.

3. Kaddu S, Soyer HP, Cerroni L, Salmhofer W, Hodl S. Clinical and histopathologic spectrum of pilomatricomas in adults. *Int J Dermatol* 1994;33:705-8.
4. Moreno C, Requena C, Requena L. Criterios histopatológicos de diferenciación folicular. *Monogr Dermatol* 2000;13:364-70.
5. Headington JT. Tumors of hair follicle differentiation. En: Farmer ER, Hood AF editores. 2th ed. *Pathology of the skin*. p. 1018-9.
6. Forbis R Jr, Helwig EB. Pilomatrixoma. *Arch Dermatol* 1961;83:606-18.
7. Cazars JS, Okin MR, Pearson H. Pigmented calcifying epithelioma. Review and presentation of a case with unusual features. *Arch Dermatol* 1974;110:773-4.
8. Zaim MT. Pilomatricoma with melanocytic hyperplasia: an uncommon occurrence and a diagnostic pitfall. *Arch Dermatol* 1987;123:865-6.
9. Carlson JA, Healy K, Slominski A, Mihm MC Jr. Melanocytic matricoma: a report of two cases of a new entity. *Am J Dermatopathol* 1999;21:344-9.