

6. Wollenberg A, Burgdorf WH, Schaller M, Sander C. Long-lasting "Christmas tree rash" in an adolescent: Isotopic response of indeterminate cell histiocytosis in pityriasis rosea? *Acta Derm Venereol.* 2002;82:288.
7. Hashimoto K, Fujiwara K, Punwaney J, DiGregorio F, Bostrom P, el-Hoshy K, et al. Post-scabetic nodules: A lymphohistiocytic reaction rich in indeterminate cells. *J Dermatol.* 2000; 27:181.
8. Logemann N, Thomas B, Yetto T. Indeterminate cell histiocytosis successfully treated with narrowband UVB. *Dermatol Online J.* 2013;19:20031.
9. Ishibashi M, Ouchi T, Tanikawa A, Ishiko A. Indeterminate cell histiocytosis successfully treated with ultraviolet B phototherapy. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33:301-4.
10. Vener C, Soligo D, Berti E, Gianelli U, Servida F, Ceretti E, et al. Indeterminate cell histiocytosis in association with later occurrence of acute myeloblastic leukaemia. *Br J Dermatol.* 2007;156:1357-61.

A. Sahuquillo-Torralba<sup>a,\*</sup>, M.A. Navarro-Mira<sup>a</sup>,  
M. Llavador-Ros<sup>b</sup> y R. Botella-Estrada<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitari i  
Politécnic La Fe, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari i  
Politécnic La Fe, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: saucodos@gmail.com

(A. Sahuquillo-Torralba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.01.022>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histopatológicos de un dermatofibroma con inducción sebácea



### Clinical, Dermoscopic, and Histopathologic Features of a Dermatofibroma With Sebaceous Induction

Sra. Directora:

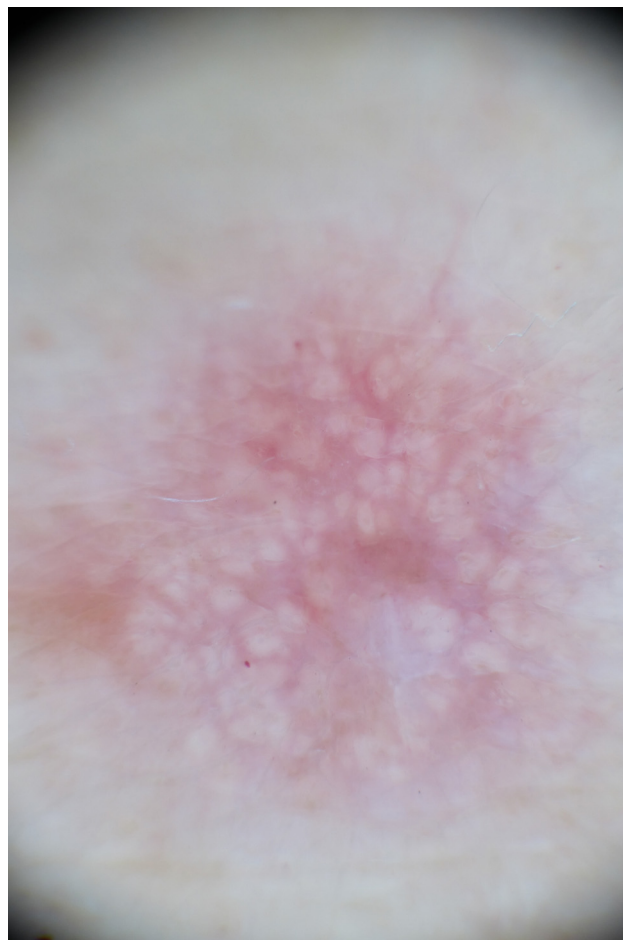
Recientemente, Abarzúa-Araya et al. han publicado un artículo sobre un dermatofibroma (DF) con metaplasia ósea<sup>1</sup>. Con la finalidad de incidir en la gran variabilidad histopatológica de este tumor y el valor de la dermatoscopia en su diagnóstico, presentamos el caso de una paciente con un DF con inducción sebácea.

Mujer de 68 años de edad con los antecedentes personales de hipertensión, dislipidemia e hipotiroidismo, que consultó por la presencia de una lesión asintomática y estable en el hombro izquierdo desde hacía más de 10 años.

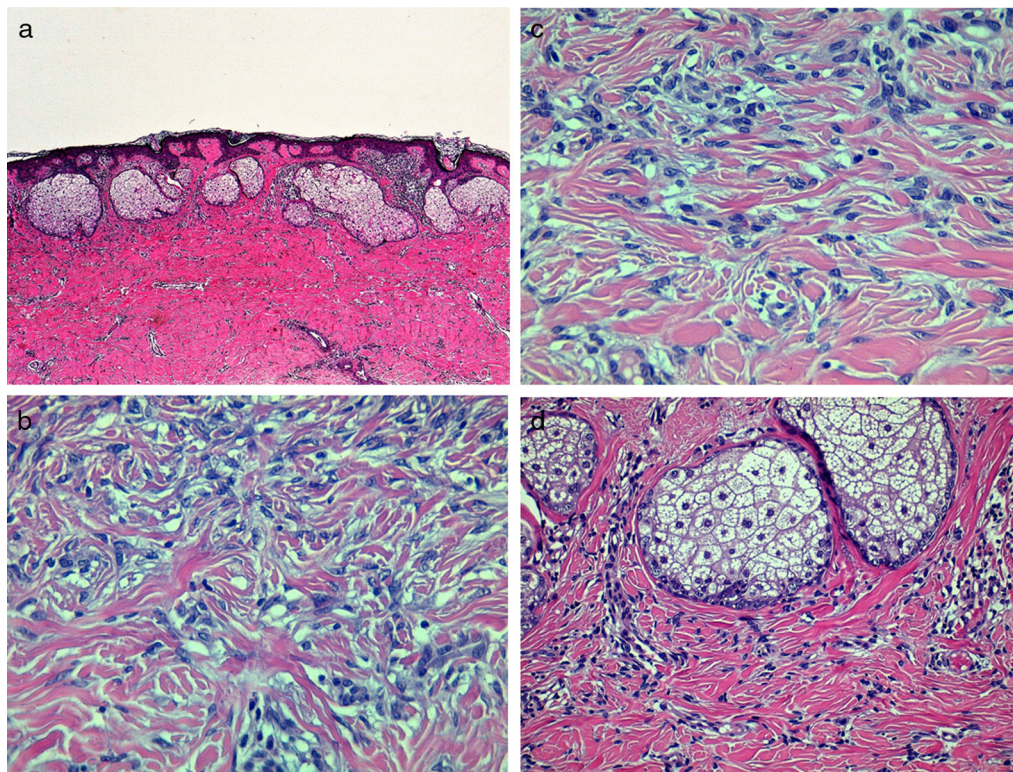


**Figura 1** Tumor de color rosado de 1 cm de diámetro localizado en el brazo izquierdo.

En la exploración física observamos un tumor de superficie lisa y color rosado, firme, de 1 cm de diámetro y con signo del hoyuelo localizado en cara externa de tercio proximal de brazo izquierdo (fig. 1). A la dermatoscopia apreciamos



**Figura 2** En la dermatoscopia, glóbulos amarillentos combinados con áreas eritematosas vascularizadas. Zona focal izquierda con retículo pigmentado e inferior-derecha con parche blanco.



**Figura 3** a) En la dermis, proliferación mal delimitada de células fusiformes con nidos de células sebáceas en su zona superior (hematoxilina-eosina  $\times 40$ ). b) A mayor detalle, proliferación dérmica constituida por células fusiformes con un patrón arremolinado (hematoxilina-eosina  $\times 200$ ). c) Periferia de lesión, atrapamiento de fibras de colágeno entre células fibroblásticas (hematoxilina-eosina  $\times 200$ ). d) A mayor detalle, nidos de células sebáceas (hematoxilina-eosina  $\times 100$ ).

glóbulos amarillentos en combinación con áreas eritematosas vascularizadas. En alguna zona focal de la periferia presentaba un retículo pigmentado delicado y un parche blanco (fig. 2).

Se extirpó la lesión, cuyo estudio histopatológico mostró una epidermis hiperplásica con ligera hiperpigmentación de la capa basal. En la dermis se evidenciaba una proliferación nodular mal delimitada constituida de células fusiformes sin atipia citológica. En la zona superior la densidad celular era mayor, mientras en la media predominaba la esclerosis. Destacaba en la dermis superior la presencia de nidos de células sebáceas (fig. 3). La tinción con factor XIIIa mostró marcada positividad nuclear de las células fibroblásticas.

El DF es un tumor fibrohistiocitario benigno muy común que suele presentarse como una lesión cupuliforme rosa-pardusca, firme, de menos de 1 cm de diámetro, localizada en las extremidades inferiores de mujeres adultas. Aunque el estudio histopatológico permite el diagnóstico definitivo, la dermatoscopia es útil para diferenciar el DF de otras lesiones cutáneas pigmentadas, como melanoma maligno, nevo de Spitz, nevo melanocítico atípico o queratosis seborreica<sup>2</sup>.

Zaballos et al. describieron 10 patrones dermatoscópicos globales para el DF. El más frecuente es el formado por un retículo pigmentado delicado en la periferia y un parche blanco central presente en el 34,7% de los casos. Los otros patrones son retículo pigmentado, retículo pigmentado y retículo blanco central, retículo blanco, homogéneo, parche blanco total, múltiples parches blancos, homogéneo

con parche blanco central, homogéneo con retículo blanco y atípico (multicomponente). En aproximadamente la mitad de las lesiones se observan estructuras vasculares<sup>3</sup>.

Hay muchas variantes histopatológicas de DF, tales como fibrocolagenosa, histiocítica, esclerótica o atrófica, estoriforme, celular, profundo, hemosiderótica, en empalizada, mixoide, de células claras, epitelioides, queloides, lipidizada o con presencia de células granulares, metaplasia ósea, cristales de colesterol o células atípicas (seudosarcomatosa), entre otras<sup>1,4</sup>. Así mismo en la epidermis suprayacente existen a menudo acantosis, hiperqueratosis e hiperpigmentación, asemejándose en ocasiones a una queratosis seborreica. También se ha descrito inducción anexial en su forma sebácea y folicular<sup>4,5</sup>. Esta gran variabilidad histopatológica genera distintos hallazgos dermatoscópicos; de hecho, algunas variantes tienen unas características dermatoscópicas que facilitan su diagnóstico. Ejemplos de ello serían el DF hemosiderótico/aneurismático que presenta un área central de pigmentación homogénea azulada o eritemato-violácea y el DF lipidizado con un área homogénea amarillenta<sup>3,6</sup>.

Aunque inicialmente se consideró infrecuente, se identifican estructuras sebáceas en más del 15% de los DF<sup>4,5,7</sup>, incluso en formas múltiples<sup>8</sup>. Este hallazgo es habitual, aparece en más del 40%, en las lesiones localizadas en el área anatómica del hombro (hombro, zona proximal de brazo, zona alta de espalda y región deltoidea) sobre todo en DF con hiperplasia epidérmica tipo queratosis seborreica

y con patrón esclerótico<sup>4</sup>. En la imagen dermatoscópica se visualizan estructuras globulares amarillentas debido al componente sebáceo<sup>6</sup>. Aunque se han implicado factores de crecimiento y citocinas<sup>9</sup>, no se conoce la etiología de la inducción sebácea y el motivo de su predilección por los DF del hombro<sup>4</sup>.

En este caso el diagnóstico diferencial debe realizarse con tumores sebáceos o con diferenciación sebácea que pueden mostrar estructuras amarillentas en la dermatoscopia como hiperplasia sebácea, nevo sebáceo, adenoma sebáceo, carcinoma sebáceo y acantoma reticulado o poroma con diferenciación sebácea<sup>10</sup>. También se han identificado glóbulos amarillentos en nevos melanocíticos o melanomas de células balonizadas.

En conclusión, el DF es un tumor con una gran variabilidad clínica, histopatológica y dermatoscópica. Debemos considerar el diagnóstico de DF con inducción sebácea ante una lesión a nivel del área del hombro con el hallazgo dermatoscópico de glóbulos amarillentos.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Abarzúa-Araya A, Ortiz-Lazo E, González-Bombardiere S. Tumor eritemato-descamativo en la pierna de largo tiempo de evolución. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:153-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.029>.
2. Şenel E, Karabulut YY, Şenel SD. Clinical, histopathological, dermatoscopic and digital microscopic features of dermatofibroma: A retrospective analysis of 200 lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1958-66.
3. Zaballos P, Puig S, Llambrich A, Malveyh J. Dermoscopy of dermatofibromas. A prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol*. 2008;144:75-83.

4. Zeidi M, North JP. Sebaceous induction in dermatofibroma: A common feature of dermatofibromas on the shoulder. *J Cutan Pathol*. 2015;42:400-5.
5. Shuweiter M, Böer A. Spectrum of follicular and sebaceous differentiation induced by dermatofibroma. *Am J Dermatopathol*. 2009;31:778-85.
6. Espasandín-Arias M, Moscarella E, Mota-Buçard A, Moreno-Moreno C, Lallas A, Longo C, et al. The dermoscopic variability of dermatofibromas. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:522-4.
7. Requena L, Roó E, Sánchez Yus E. Plate-like sebaceous hyperplasia overlying dermatofibroma. *J Cutan Pathol*. 1992;19:253-5.
8. Rognstad ØB, Haas N, Sterry W, Astner S. Multiple clustered dermatofibroma with overlying sebaceous hyperplasia. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2009;7:962-4.
9. Yoneda K, Demitsu T, Matsuda Y, Kubota Y. Possible molecular pathogenesis for plate-like sebaceous hyperplasia overlying dermatofibroma. *Br J Dermatol*. 2008;158:840-2.
10. Ito T, Yoshida Y, Furue M, Yamamoto O. Poroma with sebaceous differentiation: dermoscopy for the diagnosis of skin tumor with sebaceous differentiation. *Indian J Dermatol*. 2015;60:85-7.

B. Monteagudo<sup>a,\*</sup>, O. Figueroa-Silva<sup>a</sup>, O. Suárez-Amor<sup>a</sup> y J.C. Álvarez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.02.018>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## No es bueno todo lo que lo parece



### Not as Good as it Looks

Sra. Directora:

Un varón de 50 años de edad, fototipo III, sin antecedentes personales de interés y sin antecedentes personales ni familiares de melanoma, acudió a la consulta de dermatología por una lesión de un año de evolución localizada en la región de pabellón auricular derecho. Esta había sido tratada con ácido salicílico como si fuera una verruga, con desaparición de la lesión pero reaparición posterior. En la exploración dermatológica presentaba una lesión nodular eritematosa de 0,5 cm en el tercio inferior de pabellón auricular derecho (fig. 1). En la dermatoscopia no se observaban datos de lesión melanocítica. No se palpaban adenopatías cervicales adyacentes. Se realizó extirpación de la lesión y en el estudio histopatológico nos encontramos con una



Figura 1 Nódulo eritematoso en pabellón auricular.