

en función del proceso de extracción del aceite. Si se obtienen productos con alta concentración de azadiractina, actúa como un potente pesticida, pero es irritante. De ahí, la importancia de realizar estudios completos con diluciones y controles, para descartar dermatitis de contacto irritativas.⁷ El caso presentado permite resaltar la importancia de una correcta anamnesis en los pacientes que presentan sospecha de dermatitis de contacto alérgica. Debemos extraer información de forma exhaustiva, sobre los productos que usan nuestros pacientes en los diferentes ámbitos de sus vidas, incluyendo *hobbies* y tratamientos alternativos, usados incluso para otras enfermedades.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. de Groot AC, Schmidt E. Essential oils, part I: Introduction. *Dermatitis*. 2016;27:39–42.
2. Sabroe RA, Holden CR, Gawkrödger DJ. Contact allergy to essential oils cannot always be predicted from allergy to fragrance markers in the baseline series. *Contact Dermatitis*. 2016;74:236–41.
3. Arribas MP, Soro P, Silvestre JF. Allergic contact dermatitis to fragrances: Part 2. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:29–37.

4. Kumar VS, Navaratman V. *Neem (Azadirachta indica): Prehistory to contemporary medicinal uses to humankind*. *Asian Pac J Trop Biomed*. 2013;3:505–51.
5. Franco P, Potenza I, Moretto F, Segantin M, Grosso M, Lombardo A, et al. *Hypericum perforatum and neem oil for the management of acute skin toxicity in head and neck cancer patients undergoing radiation or chemo-radiation: A single-arm prospective observational study*. *Radiat Oncol*. 2014;9:297.
6. Reutemann P, Ehrlich A. *Neem oil: An herbal therapy for alopecia causes dermatitis*. *Dermatitis*. 2008;19:E12–5.
7. Greenblatt DT, Banerjee P, White JM. *Allergic contact dermatitis caused by neem oil*. *Contact Dermatitis*. 2012;67:242–3.
8. Lauriola MM, Corazza M. *Allergic contact dermatitis caused by argan oil, neem oil, and Mimosa tenuiflora*. *Contact Dermatitis*. 2016;75:338–90.

A. Sánchez-Gilo*, A. Nuño González, M. Gutiérrez Pascual y F.J. Vicente Martín

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aracelisanchezg@hotmail.com
(A. Sánchez-Gilo).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.05.020>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

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

Lipoblastoma en la extremidad inferior de un lactante. Un caso representativo



A Typical Case of Lipoblastoma on the Lower Limb of an Infant

Sra. Directora:

El lipoblastoma es un tumor de la infancia que usualmente se presenta en los primeros 3 años de vida y ocasionalmente

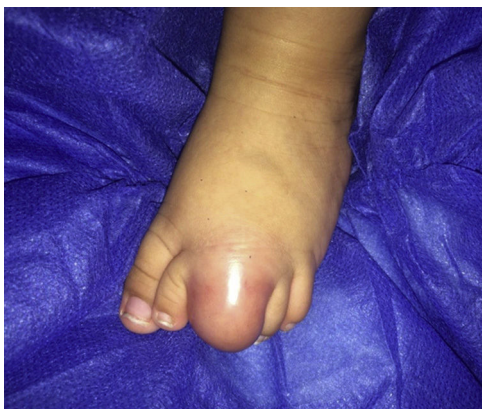


Figura 1 Masa de consistencia blanda de color eritematoso localizada en el tercer dedo del pie derecho.

al nacimiento. Son lesiones circunscritas bien definidas usualmente localizadas en el tejido celular subcutáneo superficial¹.

Este tumor, representa entre el 5-30% de las masas de tejidos blandos en niños. Los sitios más frecuentes de aparición son: las extremidades superiores e inferiores, y con menos frecuencia la cabeza, el cuello, el tronco y de forma más rara se han reportado casos en el retroperitoneo,



Figura 2 Extirpación quirúrgica completa de la lesión.

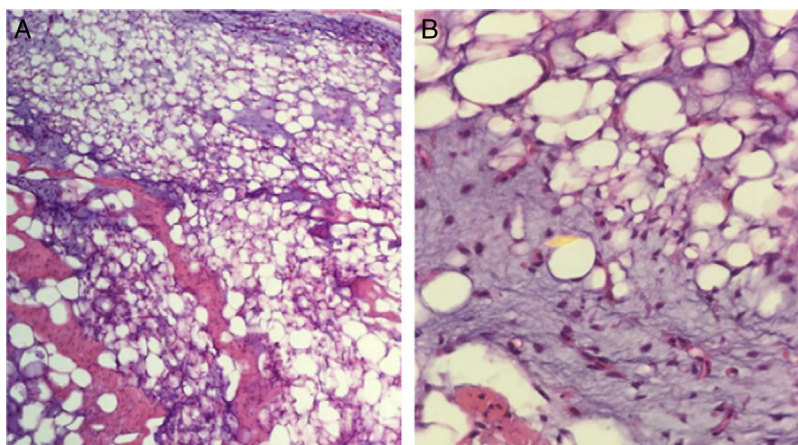


Figura 3 A y B) Lesión mesenquimal compuesta por adipocitos inmaduros (hematoxilina-eosina 10x) y células fusiformes (hematoxilina-eosina 40x).

mesenterio, mediastino y parótida^{1,2}. La presentación clásica es el de una masa no dolorosa de consistencia suave y crecimiento lento que algunas veces por el tamaño tumoral puede desplazar estructuras vecinas o deformar las regiones anatómicas en las que se ubica³.

Un lactante de 5 meses de edad con una masa blanda y renitente en el 3.^{er} dedo del pie izquierdo la cual apareció en el primer mes de vida y presentó crecimiento rápido y progresivo (fig. 1). Se realizó ecografía de tejidos blandos, la cual mostró una lesión sólida, circunscrita, de aspecto vascular. Adicionalmente se practicó una resonancia magnética nuclear (RMN) con medio de contraste que evidenció una masa sólida bien definida de aspecto vascular la cual era sugestiva de hemangioma o una lesión vascular de bajo flujo.

Por el rápido crecimiento de la lesión y la deformidad que estaba produciendo se realizó extirpación quirúrgica completa con preservación de la piel, realizando un cierre

primario con colgajos en z (fig. 2). El resultado de la histopatología reportó una lesión mesenquimal bien definida de carácter expansivo con múltiples lóbulos de adipocitos, algunos de ellos inmaduros, acompañados de abundante material de matriz mixoide y entre ellos una proliferación de células fusiformes de aspecto blando no atípicas (figs. 3A y B).

El paciente ha presentado una adecuada evolución sin signos de recurrencia durante 6 meses después del procedimiento.

Los lipoblastomas son tumores benignos de presentación rara que pertenecen a las neoplasias mesenquimales. Estas lesiones se pueden presentar de 2 formas: superficial (lesiones circunscritas de crecimiento lento), y difusa (lesión multicéntrica, que emerge en musculo esquelético, retroperitoneo o mesenterio)³.

El diagnóstico se debe realizar con la correlación entre las manifestaciones clínicas y las imágenes diagnósticas como la

Tabla 1 Resumen de los casos de lipoblastoma reportados en la literatura hasta el momento

Autor (año)	N.º de casos	Edad (años)	Sexo (F/M)	Localización	Tiempo de evolución (años)	Manejo	Evolución tras la cirugía
Pirela-Cruz NA (1992)	1	7	M	Pie derecho	4 años	Resección quirúrgica	Buena, no recurrencia
Gilbert TJ (1996)	1	14	M	Pie izquierdo	6 meses	Resección quirúrgica	Buena, no recurrencia
Miller G (1998)	7	1-9,6	M/F	Pies, tórax, axilas, glúteos, pared abdominal	1-3 años	Resección quirúrgica	Buena, no recurrencia
Young RJ (2000)	1	5	F	Talón	NA	Resección quirúrgica	Buena, no recurrencia
Puri A (2005)	1	6	F	Pie izquierdo	5 años	Resección quirúrgica	Buena, no recurrencia
Chien AL (2006)	2	Un año, 5 años	F	Talón derecho, ingle derecha	4 meses, 1,5 años	Resección quirúrgica	Buena, no recurrencia
Syed A (2007)	1	2,5	M	Pie izquierdo	1,5 años	Resección quirúrgica	Buena, no recurrencia

ecografía, la tomografía axial computarizada (TAC) y la RMN. Sin embargo el diagnóstico definitivo se realiza con la histopatología, la cual es indispensable para excluir malignidad.

A la histopatología, el lipoblastoma se presenta como una neoplasia celular compuesta por adipocitos inmaduros (lipoblastos), con septos relativamente bien definidos y una red fina vascular. No existe pleomorfismo ni atipia³. La forma más frecuente es la mixoide en donde se encuentra un contenido intersticial abundante de mucina en más del 50% de la muestra. En algunos casos cuando la microscopía no es útil para establecer un diagnóstico definitivo se puede realizar un estudio genético y patológico³. Los análisis citogenéticos y algunas pruebas moleculares están siendo útiles para apoyar el diagnóstico. Hay evidencia actualmente que en el lipoblastoma hay anomalías genéticas, una de ellas es el reordenamiento cromosomal que implica regiones del cromosoma (8q11.13) y el reordenamiento del gen PLAG1 en el cromosoma 8^{3,4}. Estas anomalías no se han visto relacionadas con tumores malignos como el liposarcoma. El diagnóstico diferencial se debe hacer con tumores malignos de tejidos blandos como liposarcoma, liposarcoma mixoide, rabdomiosarcoma y tumor desmoide; con otros tumores benignos como el lipoma, el lipoma de células fusiformes y el hibernoma, sin embargo, algunas de estas entidades, aunque clínicamente similares se presentan en pacientes adultos, con adipocitos positivos para la proteína S100 en el caso del hibernoma al igual que en el lipoma de células fusiformes^{5,6}. Puede incluso asimilarse a tumores vasculares como los hemangiomas y los angioliomas⁷. Existe utilidad de algunos marcadores de inmunohistoquímica como el MDM2 y el CDK4 para confirmar el diagnóstico de liposarcoma, en donde se encuentra una sobreexpresión de estos marcadores, confirmando malignidad y excluyendo otros diagnósticos diferenciales benignos como los anteriormente mencionados⁸.

Existen pocos casos reportados en la literatura de lipoblastomas en extremidades inferiores en pacientes pediátricos, algunos de ellos se resumen en la tabla 1⁹⁻¹⁵.

El tratamiento de elección del lipoblastoma es la extirpación quirúrgica. La recurrencia luego de la resección del tumor puede presentarse entre un 9 y un 33% y suele ocurrir dentro de los 2 primeros años después del tratamiento³⁻⁷.

El lipoblastoma constituye un tumor de tejidos blandos de etiología mesenquimatosa, de presentación poco frecuente y casi exclusiva en la infancia. Es importante tener en cuenta este diagnóstico cuando nos enfrentemos a lesiones de crecimiento rápido que puedan simular una lesión vascular en los estudios de imágenes diagnósticas como en el caso de nuestro paciente en el que el estudio histopatológico fue clave en el diagnóstico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Vaiude P, Husein B, Hurrell D, McArthur P. An isolated digital lipoblastoma. *J Plast Surg Hand Surg.* 2014;48:94-5.
- Kerkeni Y, Sahnoun L, Ksia A, Hidouri S, Chahed J, Krichen I, et al. Lipoblastoma in childhood: About 10 cases. *Afr J Paediatr Surg.* 2014;11:32-4.
- Garaycochea Cannon VA. Lipoblastoma: un raro tumor pediátrico. *Rev Peru Pediatr.* 2008;61, 7.
- Navarro OM. Soft tissue masses in children. *Radiol Clin North Am.* 2011;49:1235-59.
- Ferri Níguez B. 2005 Lipoma de células fusiformes intradérmico. A propósito de un caso. Murcia: 7.º Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España, Hospital Comarcal «Vega Baja» Orihuela, Alicante, España; 2005.
- Westacott L, Collins A, Dickenson I. Intraosseous Hibernoma in the Sacrum of an Adult. *Int J Surg Pathol.* 2016;24: 749-52.
- Kamal AF, Wiratnaya IG, Hutagalung EU, Prasetyo M, Kodrat E, Widodo W, et al. Lipoblastoma and lipoblastomatosis of the lower leg. *Case Rep Orthop.* 2014;2014:582876.
- Segura Sánchez J, Pareja Megía MJ, García Escudero A, Vargas de los Monteros MT, González-Cámpora R. Liposarcomas. Aspectos clínico-patológicos y moleculares. *Rev Esp Patol.* 2006;39:135-48.
- Pirela-Cruz MA, Herman D, Worrell R, Miller RA. Lipoblastoma circumscribed of the toe: A case report and review of the literature. *Foot Ankle.* 1992;13:478-81.
- Gilbert TJ, Goswitz JJ, Teynor JT, Griffiths HJ. Lipoblastoma of the foot. *Skeletal Radiol.* 1996;25:283-6.
- Miller GG, Yanchar NL, Magee JF, Blair GK. Lipoblastoma and liposarcoma in children: An analysis of 9 cases and a review of the literature. *Can J Surg.* 1998;41:455-8.
- Young RJ 3rd, Warschaw KE, Elston DM, Perry VE. Acral lipoblastoma. *Cutis.* 2000;65:243-5.
- Gupta R, Puri A. Massive lipoblastoma foot. *Indian Pediatr.* 2005;42:725-6.
- Chien AL, Song DH, Stein SL. Two young girls with lipoblastoma and a review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:152-6.
- Syed A, Iraqi AA, Azam Q, Ahmad S. Lipoblastoma-a rare paediatric foot tumour. *Acta Orthop Belg.* 2007;73:400-2.

L. Giraldo Mordecay*, M.P. Novoa Candia,
C.E. Torres Fuentes y A.M. Sastre Zuluaga

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José, Bogotá, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luciagir@gmail.com
(L. Giraldo Mordecay).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.08.012>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

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