

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulo lumbar en una mujer joven



Lower Back Nodule in a Young Woman

Una mujer de 24 años, sin antecedentes de interés, consultó por una lesión lumbar derecha de dos años de evolución que había aumentado de tamaño durante los últimos seis meses y se había hecho dolorosa con el roce.

En la exploración física se observó un nódulo azulado de 1,5 x 1,5 cm rodeado de un halo marrón, sin frémito, pulso, ni aumento de la temperatura local (fig. 1A).

La dermatoscopia reveló un fondo azul violáceo homogéneo, sin estructuras vasculares en su interior, rodeado por un retículo pigmentado fino monomorfo (fig. 1B). En el estudio ecográfico se observó un tumor subcutáneo, constituido por áreas hipocogénicas (fig. 2) y que no presentaba flujo en modo Doppler color. Se extirpó la lesión con los posibles diagnósticos de sospecha de dermatofibroma aneurismático,

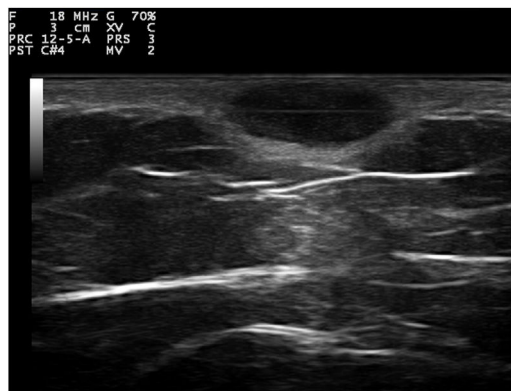


Figura 2 Hallazgos ecográficos.

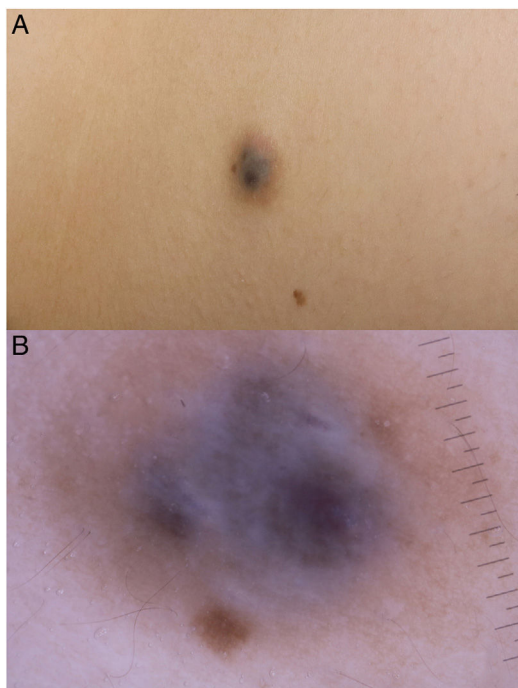


Figura 1 A) Imagen clínica de la lesión lumbar. B) Imagen dermatoscópica.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.01.025>

0001-7310/© 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

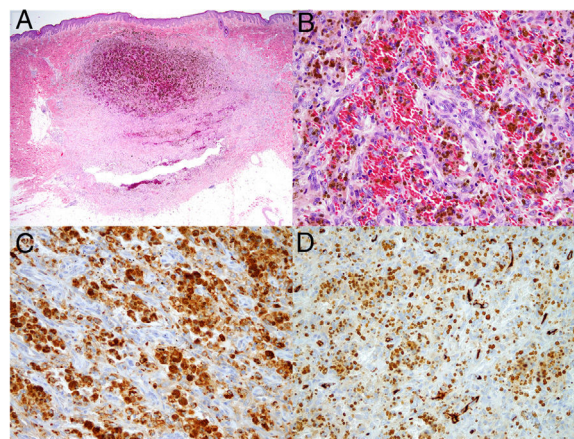


Figura 3 A) Hematoxilina-eosina, 2 x; 3. B) Hematoxilina-eosina, 40x 3. C) CD68, 40x; 3. D) CD34, 40x.

hemangioma microvenular, nevus combinado y melanoma. En el estudio histológico se observó un nódulo dérmico constituido por una proliferación de células histiocíticas con la presencia de múltiples capilares y hemosiderófagos, así como de bandas de colágeno en la periferia (fig. 3A). Además, destacaban ectasias y canales sin revestimiento endotelial con hematíes extravasados y hemosiderina (fig. 3B). La inmunohistoquímica fue positiva para CD 68 (fig. 3C) y factor XIII, y negativa para CD 31, CD 34 (fig. 3D) y S100.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Dermatofibroma aneurismático.

Comentario

El dermatofibroma aneurismático (DFA), es una variante poco frecuente de dermatofibroma, constituyendo menos del 2% de estos tumores. En general, se trata de lesiones únicas con una coloración violácea, marrón o negruzca, de un tamaño mayor al habitual, que se localizan en el tronco o las extremidades de personas jóvenes. La tasa de recurrencia tras la exéresis es de un 2%. El diagnóstico diferencial se plantea con otros tumores benignos como hemangiomas, o malignos como el sarcoma de Kaposi, melanoma, histiocitoma fibroso maligno angiomatoide o metástasis cutáneas¹. En la dermatoscopia se ha descrito un fondo homogéneo de color azulado, sin estructuras vasculares, rodeado por un retículo pigmentado fino monomorfo².

Ecográficamente los dermatofibromas suelen verse como áreas hipoeoicas y mal definidas que distorsionan y amplían los folículos pilosos y que no contienen depósitos cálcicos. En el doppler color suelen ser hipovasculares, aunque pueden mostrar vasos arteriales y venosos delgados de flujo lento. En la ecografía del DFA se han descrito zonas anecoicas sin flujo en el Doppler, que se corresponderían histológicamente con áreas de hemorragia. Además, se pueden encontrar áreas con flujo que estarían en relación con zonas vasculares y celulares del tumor³⁻⁵.

La microscopia confocal (MC) es una técnica diagnóstica no invasiva que permite estudiar lesiones localizadas hasta la dermis papilar. En la MC del DFA se observan espacios circunscritos con áreas de reflectancia variable, lo que describen como imagen en cardumen.⁶

A nivel histológico, en el DFA se observa una proliferación de células fibrohistiocitarias distribuidas en un patrón estoriforme y con áreas de ectasia llenas de hematíes o hemosiderina, pero que no corresponden a verdaderas estructuras vasculares, siendo negativos los marcadores endoteliales CD 31 y CD 34. Los marcadores CD 68 y FVIII son positivos y el S100 es negativo, lo que permite diferenciarlos de otros tumores como el sarcoma de Kaposi, dermatofibrosarcoma protuberans, melanoma y algunos tumores de estirpe neural. Según los casos descritos en la literatura se trata de un tumor con una alta tasa de recidiva, cercana al 20% tras una exéresis incompleta, por lo que también se

ha intentado el tratamiento con cirugía de Mohs.⁵ Nuestra paciente permanece asintomática y libre de recidivas tras un año de seguimiento.

En conclusión, tanto la dermatoscopia como la ecografía son pruebas inocuas que nos ayudan en el diagnóstico diferencial de los nódulos subcutáneos. Es necesario aportar más estudios en esta rara variante de dermatofibroma que permitan definir sus criterios diagnósticos desde el punto de vista clínico-dermatoscópico y radiológico. Mientras tanto es necesario extirpar los casos sospechosos de DFA, ya que sólo la histología permite realizar su diagnóstico con seguridad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lopez V, Giner F. Nodular lesion on a woman's earlobe. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:437-8.
2. Zaballos P, Llambrich A, Ara M, Olazaran Z, Malveyh J, Puig S. Dermoscopic findings of haemosiderotic and aneurysmal dermatofibroma: report of six patients. *Br J Dermatol.* 2006;154:244-50.
3. Echeverria-Garcia B, Garcia-Donoso C, Tardio JC, Borbujo J. Doppler Ultrasound of Aneurysmal Dermatofibroma. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:159-61.
4. Wortsman X. Ultrasound of Common Non-vascular Benign Cutaneous Lesions. En: Wortsman X, Jemec GBE, editores. *Atlas of Dermatologic Ultrasound.* New York: Springer; 2018. p. 67.
5. Won KY, Park SY, Jin W, Lew BL. Dermatofibroma: sonographic findings and pathologic correlation. *Acta Radiol.* 2018;59:454-9.
6. Gungor S, Erdemir AT, Ozturk Sari S, Buyukbabani N, Kocaturk E, Gurel MS. Aneurysmatic dermatofibroma with dermoscopic and reflectance confocal microscopic features. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30:880-3.

A. Giacaman^{a,*}, M.A. Martínez^b y L.J. del Pozo Hernando^a

^a *Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España*

^b *Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anizagiacaman@gmail.com
(A. Giacaman).