

Caso clínico

Angioosteoma cutis acral

Verónica Álvarez Gallegos,¹ Maribet González González,² Sandra Casas Romero,³ Margarita Ortiz Ávalos⁴

RESUMEN

El angioosteoma cutis acral es un tumor benigno formado por vasos capilares y elementos óseos; clínicamente tiene la apariencia de un granuloma piógeno. Hasta la fecha se han difundido pocos casos. Se comunica el caso de un paciente con una lesión clínica similar a un granuloma piógeno y diagnóstico histopatológico de angioosteoma cutis acral.

Palabras clave: angioosteoma cutis acral.

ABSTRACT

The acral angioosteoma cutis is a benign tumor composed of capillaries and bone elements; clinically, it resembles a pyogenic granuloma. To date, few cases have been published. We communicate the case of a male patient with a clinical lesion resembling pyogenic granuloma that was histopathologically diagnosed as acral angioosteoma cutis.

Key words: acral angioosteoma cutis.

Paciente masculino de 27 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que acudió a consulta con una dermatosis localizada en la extremidad torácica derecha, que afectaba la mano, sobre todo la falange distal del dedo índice, en el borde ungueal lateral externo, constituida por una neoformación exofítica, ovalada, de 3 x 5 mm, de superficie eritematosa y anfractuosa, rodeada por un collarite queratósico y algunas costras melicéricas; de consistencia firme (Figuras 1 y 2). El paciente refirió que su padecimiento inició ocho meses antes con una bolita que fue creciendo lentamente; experimentaba mínimo dolor a la palpación y ocasionalmente sangraba con traumatismos leves.

La imagen radiográfica del dedo índice mostró, en la proyección lateral, una imagen lineal radioopaca en partes blandas; en la proyección anteroposterior, se corroboró la imagen radioopaca que no afectaba la cortical de la falange distal del dedo (Figuras 3 y 4).

La lesión se extirpó quirúrgicamente. En el estudio histopatológico se observó, en todo el espesor de la dermis, una neoformación constituida por vasos capilares dilatados y algunos congestionados, trabéculas óseas y osteoclastos inmersos en un estroma pálido (Figuras 5, 6 y 7).

Con los datos clínicos, radiológicos e histopatológicos se diagnosticó angioosteoma cutis acral. El tumor no ha recurrido en 30 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

El término de angioosteoma cutis acral fue acuñado por Googe y colaboradores en 2006, al presentar una serie de 11 casos de tumores localizados en zonas acrales, con apariencia de granuloma piógeno e histológicamente formados por vasos capilares y espículas de hueso.¹ Al revisar la bibliografía sólo se encontraron dos casos más, comunicados por Lee y Song cada uno.^{2,3}

Este tumor se ha observado en sujetos de 17 a 72 años de edad,¹ sobre todo en mujeres, ya que de los 13 casos publicados, ocho corresponden al género femenino.¹⁻³ Afecta los dedos de los pies y las manos, así como las palmas y las plantas. Con respecto a la morfología, está constituida

¹ Dermatóloga y dermatopatóloga. Práctica privada.

² Dermatóloga y dermatopatóloga adscrita al servicio de Dermatopatología, Centro Dermatológico Pascua.

³ Radióloga adscrita al servicio de Ultrasonido, Hospital Ángeles del Pedregal.

⁴ Dermatóloga y Dermatopatóloga egresada del Centro Dermatológico Pascua.

Correspondencia: Dra. Verónica Álvarez Gallegos. Acoxa 593, colonia Prado Coapa, CP 14350, México, DF.

Recibido: agosto, 2012. Aceptado: septiembre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Álvarez-Gallegos V, González-González M, Casas-Romero S, Ortiz-Ávalos M. Angioosteoma cutis acral. Dermatol Rev Mex 2013;57:140-143.

www.nietoeditores.com.mx



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.



Figura 3. Aspecto radiológico de la lesión. Proyección lateral.



Figura 2. Lesión similar a un granuloma piógeno.

por una neoformación de aspecto cupuliforme de menos de 1 cm, de superficie eritematosa que puede mostrar ulceración y estar rodeada por un collarite queratósico.¹⁻³ Desde el punto de vista histopatológico, este tumor se encuentra en la dermis y está constituido por vasos capilares bien formados y trabéculas de tejido óseo, inmersos en un estroma pálido; también pueden observarse osteoblastos y



Figura 4. Aspecto radiológico de la proyección anteroposterior.

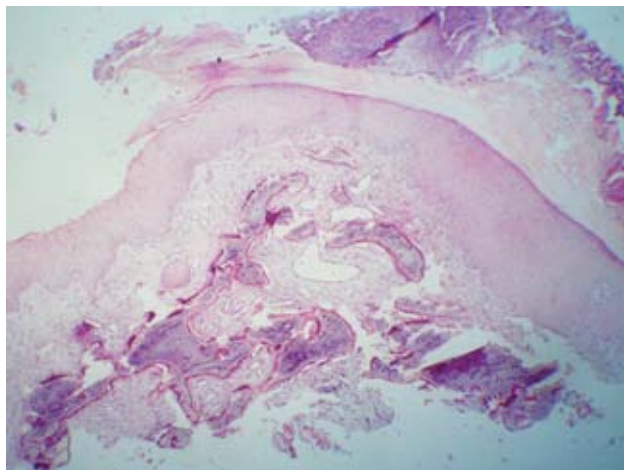


Figura 5. Tumor en todo el espesor de la dermis.

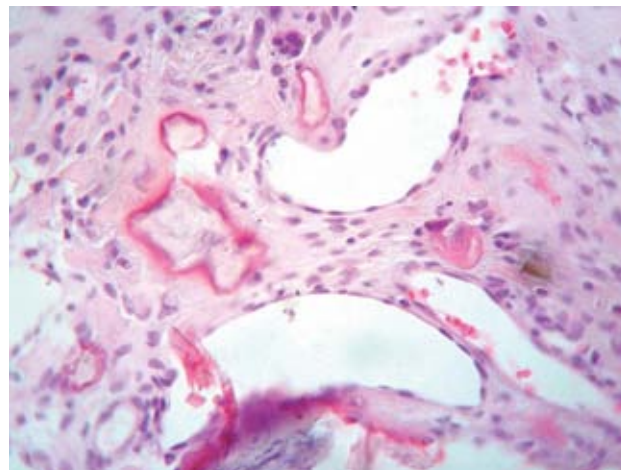


Figura 7. A mayor aumento se observan osteoclastos en el estroma.

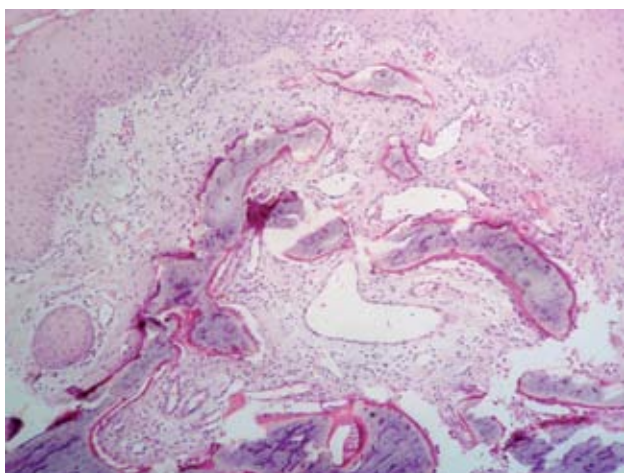


Figura 6. Neoformación de vasos capilares y trabéculas óseas inmersos en un estroma ligeramente pálido.

osteoclastos.^{2,3} El tratamiento es la extirpación quirúrgica y no hay recurrencia.

Se han publicado casos de osificación de lesiones vasculares en los músculos, el seno frontal, el canal auditivo interno y el riñón.² En la piel se ha comprobado osificación metaplásica en casos de granuloma piógeno.^{4,5} El mecanismo por el que se produce hueso en la piel se desconoce; se cree que los fibroblastos pueden diferenciarse en osteoclastos;⁶ también se ha propuesto que una lesión tisular podría alterar el pH, la tensión de oxígeno, la actividad enzimática y las concentraciones de calcio y fosfato del medio, dando lugar a la calcificación y formación de hueso;⁷ sin embargo, el origen del angioosteoma

cutis acral se desconoce, son pocos los casos publicados y no en todos puede corroborarse un traumatismo previo, como en el aquí descrito.

Se han señalado como diagnósticos diferenciales: exostosis subungueal, granuloma piógeno, osteoma cutis, pseudotumor fibro-óseo de los dedos y osteocondroma. En la exostosis subungueal hay formación ectópica de hueso, y radiológicamente se observa cómo la neoformación tiene su origen en la falange afectada.⁸ El granuloma piógeno está formado, en términos histológicos, por vasos capilares parecidos al tejido de granulación que se disponen en lóbulos, pero carece de tejido óseo.^{9,10} El pseudotumor fibro-óseo de los dedos se aprecia, radiológicamente, como una lesión de partes blandas mal definida; en términos histológicos, está formada por una proliferación de fibroblastos, depósitos osteoides inmaduros y trabéculas de hueso, rodeados por un estroma mixoide o edematoso.¹¹ En el osteocondroma se nota la formación de hueso cortical y medular, rodeado de cartílago hialino; su origen en un hueso subyacente se corrobora radiológicamente.⁸

La importancia de este caso estriba en la poca frecuencia del osteoma cutis acral, enfermedad que se ha descrito sólo recientemente y de la que se conocen pocos casos; es fundamental considerar su diagnóstico ante tumores que contienen hueso.

REFERENCIAS

1. Googe P, Page R, King R, Griffin WC. Acral angioosteoma cutis. *Am J Dermatopathol* 2006;28:228.

2. Song HJ, Hong WK, Han SH, Lee HS, et al. Acral angioosteoma cutis. *Am J Dermatopathol* 2010;32:477-478.
3. Lee EJ, Lee JH, Shin MK, Lee SW, Haw CR. Acral angioosteoma cutis. *Ann Dermatol* 2011;23(suppl 1):S105-S107.
4. Kim ES, Kim KJ, Chang SE, Lee MW, et al. Metaplastic ossification in a cutaneous pyogenic granuloma: A case report. *J Dermatol* 2004;31:326-329.
5. Fulton RA, Smith GD, Thompson J. Bone formation in a cutaneous pyogenic granuloma. *J Dermatol* 1980;102:351-352.
6. Fazeli P, Harvell J, Jacobs M. Osteoma cutis (cutaneous ossification). *West J Med* 1999;171:243-245.
7. Urbina F, Pérez L, Sudy E, Misad C. Calcificación y osificación cutánea. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:255-269.
8. Murphey M, Choi J, Kransdorf M, Dransdorf MJ, et al. Imaging of osteochondroma variants and complications with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2000;20:1407-1434.
9. McKee P, Calonje E, Granter S. Lobular capillary hemangioma. *Pathology of the skin with clinical correlation*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2005;1815-1817.
10. Weedon D, Strutton G. Vascular tumors. In: *Weedon's skin pathology*. 3rd ed. China: Churchill Livingstone Elsevier, 2010;906-907.
11. Villegas I, Beloqui-Pérez R, De Llano-Varela P, et al. Pseudotumor fibro-óseo de los dedos. Presentación de un caso. *Rev Esp Patol* 2005;38:51-53.

Curso Universitario de Especialización en Dermatopatología

Servicio de Dermatopatología, Hospital General de México

Requisitos para presentar la solicitud como candidato al curso universitario de especialización y residencia en Dermatopatología:

1. Ser dermatólogo con reconocimiento universitario o estar cursando el último año de la especialidad de Dermatología.
2. Presentar solicitud por escrito dirigida a la Dra. Patricia Mercadillo Pérez, profesora titular del Curso Universitario de la Especialidad en Dermatopatología, Jefa del Servicio de Dermatopatología, Hospital General de México OD. Tel.-fax: 5004-3845 y 5543-3794.
3. Anexar a la solicitud *Curriculum Vitae*.
4. Entrevista con el profesor titular del curso. La documentación debe entregarse en el periodo del 1 de septiembre al 30 de octubre de 2013.
5. Se seleccionarán dos candidatos.
6. El curso tendrá una duración de dos años, iniciando el primero de marzo y concluyendo el último día de febrero. El curso es de tiempo completo con una duración diaria de ocho horas.
7. Se extenderá diploma Universitario de la Especialización en Dermatopatología por la Universidad Nacional Autónoma de México.