

Caso clínico

Utilidad de la dermatoscopia en el reconocimiento del tumor de colisión

Ricardo Quiñones Venegas,* Roger González,** Blanca Carlos Ortega,**** Guillermo Solís Ledesma**

RESUMEN

La coincidencia temporo-espacial de varios tipos de tumores se denomina "tumor de colisión". El reconocimiento de este tipo de tumores por examen clínico generalmente es difícil, principalmente cuando son lesiones pigmentadas. Se exponen cuatro casos clínicos de tumores compuestos o de colisión, valorados clínica y dermatoscópicamente. La dermatoscopia puede ser de gran utilidad en el diagnóstico de estas lesiones tan confusas. Se hace una revisión de la bibliografía médica.

Palabras clave: tumor de colisión, tumor compuesto, dermatoscopia.

ABSTRACT

Collision tumor is defined as the coincidence in time and space, involving two or more kinds of tumors. Recognizing these tumors by only physical examination is often difficult and could lead to pitfalls in diagnosis, usually when these are pigmented lesions. Four cases of compound tumors with clinical, and dermoscopic assessment are presented. Dermoscopy could be very useful to diagnose these so confusing lesions. A review of literature is presented.

Key words: collision tumor, compound tumor, dermoscopy.

La coincidencia temporo-espacial de varios tipos de tumores se conoce como tumores de colisión o tumores compuestos.¹ Pese a que la mayor parte de ellos resultan de la combinación de lesiones benignas, en ocasiones pueden resultar de una lesión benigna y una maligna o de dos lesiones malignas, de ahí que se haya informado la combinación

de carcinoma basocelular y melanoma en al menos dos publicaciones.^{2,3} El reconocimiento y diagnóstico de una lesión compuesta o de colisión por examen clínico tiende a resultar difícil, particularmente cuando una o ambas lesiones son pigmentadas.

La dermatoscopia es un método de diagnóstico no invasivo que permite evaluar estructuras morfológicas no visibles al ojo humano, con lo cual nos ayuda a esclarecer el diagnóstico de este tipo de tumores.⁴

Exponemos cuatro casos de tumores compuestos o de colisión, en los que la dermatoscopia facilitó la orientación y precisión del diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS**Caso 1**

Paciente masculino de 67 años y sin antecedentes de importancia. Padecía dermatosis que afectaba la cresta iliaca izquierda y que estaba constituida por neoformación de 18 meses de evolución, oval de 7 x 6 mm de diámetro, de superficie regular y con dos tonalidades de coloración (negra en una de sus mitades e hipopigmentada en la porción restante). La dermatoscopia reveló pseudorred de pigmento en la periferia de la lesión y parche blanquecino central; unido a esta última estructura, se apreciaba un

* Vicepresidente de la Sociedad Nacional de Dermatoscopia. Médico adscrito al Instituto.

** Dermatólogo y dermatopatólogo. Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Zapopan, Jalisco, México.

*** Secretario de la Sociedad Nacional de Dermatoscopia. Profesor del Departamento de Introducción a la Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

**** Presidenta de la Sociedad Nacional de Dermatoscopia. Vicepresidenta de la Academia Mexicana de Dermatología.

Correspondencia: Dr. Ricardo Quiñones Venegas. Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio. Av. Federalismo Norte 3102, colonia Atemajac del Valle, CP 45190, Zapopan, Jalisco, México. Correo electrónico: ricarve@prodigy.net.mx
Recibido: septiembre, 2011. Aceptado: noviembre, 2011.

Este artículo debe citarse como: Quiñones-Venegas R, González R, Carlos-Ortega B, Solís-Ledesma G. Utilidad de la dermatoscopia en el reconocimiento del tumor de colisión. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(3):217-220.

www.nietoeditores.com.mx

entramado pigmentado homogéneo, en el cual destacaban tapones córneos y escasos quistes de milium. El estudio histopatológico reportó epidermis con acantosis irregular, alargamiento y anastomosis extensa de procesos interpapilares, con numerosos queratinocitos basales monomorfos, que contenían melanina citoplásmica abundante; también se distinguió la formación de quistes córneos. La dermis reticular mostró fibroblastos e histiocitos dispuestos en haces cortos y en diferentes direcciones (Figura 1).

Caso 2

Paciente masculino de 55 años, casado y sin antecedentes personales de importancia. Acudió a consulta por un “lunar” en la mejilla, el cual había observado desde hacía aproximadamente 25 años; en los últimos cuatro años observó crecimiento y cambios en la pigmentación. La dermatosis afectaba la mejilla izquierda (por debajo del párpado inferior) y estaba constituida por neoformación oval de 10 × 8 mm de diámetro, discretamente elevada, de superficie irregular y de dos tonalidades: 65% de color marrón (ocupando su porción superior) y el resto era de color negro; sus bordes eran poco precisos. La dermatoscopia reveló imagen compuesta por dos tonalidades: la de mayor tamaño era de color azul, tendía a formar estructuras como de hojas de maple en su periferia y alternaba con estructuras blanco-brillantes en toda su superficie; anexos a la anterior, se apreciaban quistes de milium y signo de jalea. Con base en esto se estableció el diagnóstico clínico

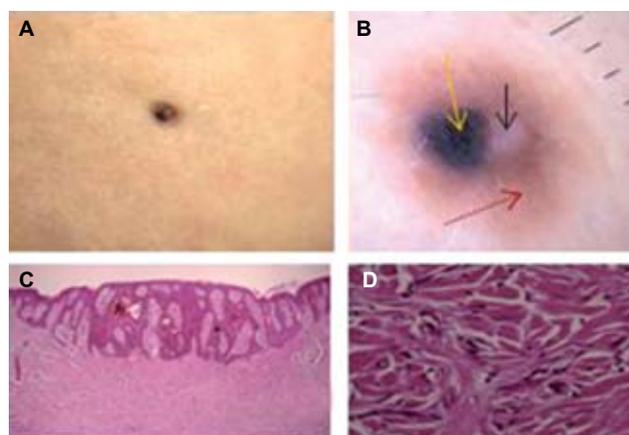


Figura 1. A. Imagen clínica. B. Dermatoscopia, con parche blanquecino central (flecha negra), pseudorred de pigmento en la periferia (flecha roja), y en la porción central oscura se observan quistes córneos (flecha amarilla). C y D. Histopatología descrita en el texto.

y dermatoscópico de carcinoma basocelular pigmentado en colisión con queratosis seborreica. La histopatología de la porción de pigmento oscuro (negro) reveló nidos de células basaloides y palizada de células en su periferia; dentro de los nidos se observó pigmento y melanófagos, así como retracción del estroma, lo cual conformó el diagnóstico de carcinoma basocelular sólido (Figura 2).

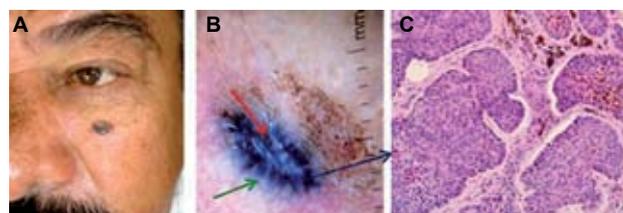


Figura 2. A. Imagen clínica. B. Dermatoscopia, con estructuras en forma de hojas de maple en la periferia (flecha verde) y estructuras blanco-brillantes (flecha roja) en la porción pigmentada; la porción superior derecha de color marrón, con quistes córneos y signo de jalea. C) Nidos de células basaloides con palizada de células en la periferia, retracción del estroma y carcinoma basocelular sólido.

Caso 3

Paciente femenina de 83 años de edad, viuda, dedicada al hogar y sin antecedentes personales de importancia. Acudió a consulta por observar, desde hacía ocho años, múltiples “manchas oscuras” asintomáticas en la piel de la cara. La dermatosis de la paciente afectaba la cara (particularmente las regiones cigomáticas, incluida la zona pilosa de la región preauricular, ambas mejillas y la frente) y estaba constituida por múltiples neoformaciones de forma irregular o cartográfica. La lesión motivo de este informe medía 13 × 10 mm de diámetro, era de superficie plana y regular y estaba dividida en dos colores: una mitad en color negro y el resto en color marrón; sus bordes eran precisos y su evolución era crónica. La dermatoscopia reveló en la periferia de la porción oscura estructuras en forma de hojas de maple, pigmentación difusa y zonas de ulceración. Su porción color marrón reveló tapones córneos, quistes de milium y signo de jalea. Con base en esto se estableció el diagnóstico clínico y dermatoscópico de carcinoma basocelular pigmentado y queratosis seborreica (Figura 3).

Caso 4

Paciente femenina de 37 años, casada; acudió a consulta por una lesión subcutánea dolorosa en la espalda. En la

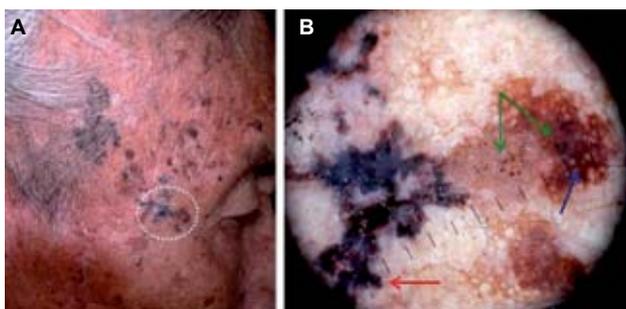


Figura 3. **A.** Múltiples neoformaciones pigmentadas en forma cartográfica, entre las que destaca la imagen marcada con un óvalo. **B.** Dermatoscopia, la mitad lateral izquierda manifiesta en la periferia estructuras en forma de hojas de maple (flecha roja); la mitad restante revela tapones córneos (flecha verde) y quistes de milium (flecha azul).

exploración física se observó tumoración subcutánea en la región interescapular (con punto central), altamente sugestiva de quiste epidérmico (Figura 4); como hallazgo del examen físico, se encontró una lesión pigmentada (localizada 3 cm arriba de la lesión origen de la consulta), de 4 mm de diámetro y asintomática; la paciente desconoció el tiempo de evolución de tal lesión. La dermatoscopia mostró una lesión pigmentada, que se distinguía por un retículo pigmentado típico, de color marrón claro y con leve hiperpigmentación central (nevo melanocítico benigno), que ocupaba la parte del centro y el cuadrante superior izquierdo de la misma; se observó otra lesión agregada, que se distinguía en la dermatoscopia por pseudocomedones y pseudoquistes de milia (queratosis seborreica).

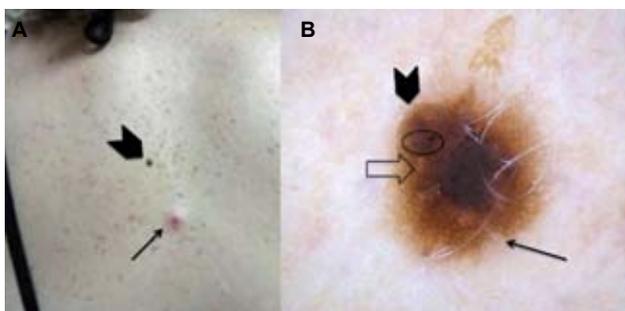


Figura 4. **A.** Se observa una lesión eritematosa sugestiva de quiste epidérmico (flecha delgada); sin embargo, por encima de tal lesión hay otra lesión pigmentada, papular (punta de flecha). **B.** Imagen dermatoscópica, con luz polarizada, de la lesión pigmentada (A); se observa en la periferia retículo pigmentado típico y en la parte superior de la lesión unos pseudocomedones (encerrados) y unos pseudoquistes de milia (flecha transparente); además, se observa un borde bien delimitado (punta de flecha) en el cuadrante superior izquierdo, característico de las queratosis seborreicas.

Debido a que los hallazgos dermatoscópicos son típicos de lesión melanocítica benigna + queratosis seborreica, y por decisión de la paciente, la lesión no fue extirpada para su estudio histopatológico.

DISCUSIÓN

La infrecuente asociación de dos o más neoplasias benignas o malignas representa un verdadero escollo para establecer un diagnóstico clínico correcto.⁴ La dermatoscopia ha demostrado ser de utilidad en el diagnóstico de tumores compuestos,¹⁻⁴ aunque algunos casos pueden ser complicados incluso con el uso del dermatoscopio.⁵ Respecto al origen de los tumores de colisión, hay publicaciones que recalcan la teoría relacionada con la combinación de tumores en una sola lesión; a partir de su estirpe y origen celular (ya sea a partir de queratinocitos o melanocitos)⁵ denominan a esa asociación “tumor baso-melanocítico maligno”;⁶ otros autores estiman que dicha combinación suele ser arbitraria, y como está implícito en su definición, su origen es meramente casual. Aunque la mayor parte de los tumores de colisión representa (en la mayoría de los casos) sólo curiosidades, algunos de ellos pueden implicar un significado mayor, particularmente cuando una de las lesiones es maligna. De esta forma, y sin duda, una de las asociaciones mencionadas con más frecuencia es la combinación de melanoma y carcinoma de células basales.^{3,7}

La combinación de dermatofibroma y queratosis seborreica resulta poco común, y pese a que la imagen clínica puede resultar desconcertante, sin duda que en este caso informado la dermatoscopia resultó muy útil en la orientación del diagnóstico, mismo que finalmente se confirmó con un estudio histopatológico. La asociación entre carcinoma basocelular y queratosis seborreica (como corresponde a los casos 2 y 3 aquí informados) nos habla de la combinación de dos entidades que parten del mismo linaje celular, en este caso los queratinocitos en su manifestación maligna y benigna. En este tipo de combinación de lesión maligna y benigna es muy importante establecer un diagnóstico preciso con el propósito de tratar correctamente las lesiones.

En un estudio realizado por Gulia y colaboradores,⁸ en el cual analizaron estructuras dermatoscópicas presentes en el carcinoma basocelular, se encontró que 3.4% (14 casos) de los carcinomas basocelulares estudiados

tenían retículo pigmentado o estructuras semejantes a retículo, lo cual puede sugerir un diagnóstico de lesión melanocítica; sin embargo, es de recalcar que de ese pequeño porcentaje con retículo presente, en seis casos existió asociación con lentigo solar y en dos casos hubo asociación con nevo melanocítico compuesto. Por tanto, las estructuras dermatoscópicas propias del carcinoma basocelular con retículo pigmentado nos deben sugerir un tumor compuesto.⁸

En relación con la asociación de nevo melanocítico y queratosis seborreica (representada en el caso 4), ésta se ha reportado con anterioridad.⁹ Los hallazgos dermatoscópicos clásicos de cada una de las lesiones (retículo pigmentado y patrón globular –entre otros– en lesiones melanocíticas, así como pseudoquistes de milia, pseudo-comedones, fisuras, estructuras en huella digital y patrón cerebriforme en queratosis seborreicas) son decisivos para llegar al diagnóstico y definir una conducta terapéutica (alta, observación o escisión). Ocasionalmente pueden coexistir hasta cuatro tumores en el mismo sitio, como lo reportaron Betti y col.¹⁰

Como conclusión, podemos mencionar que la coexistencia de dos o más tumores cutáneos, pigmentados o no pigmentados, siempre será un reto para el dermatólogo; sin embargo, herramientas como la dermatoscopia (fácilmente asequible en la actualidad) son de gran utilidad para confirmar o descartar diagnósticos, sin olvidar que el patrón de referencia es –y seguirá siendo– el estudio histopatológico.

REFERENCIAS

1. Fernández-Canedo I, Blázquez N, De Troya M, Pérez-Salguero T. Un tumor de colisión. Una asociación tumoral desenmascarada por la dermatoscopia. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100(7):617-619.
2. Salemi G, Lovatto L, Carrera C, Palou J, et al. Correlation among dermoscopy, confocal reflectance microscopy, and histologic features of melanoma and basal cell carcinoma collision tumor. *Dermatol Surg* 2011;37:275-279.
3. Martorell A, Botella-Estrada R, Nagore E, Guillen-Barona C. Dermoscopic features of a collision tumour composed of a pigmented basal cell carcinoma and a melanoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24(8):982-984.
4. Zaballos P, Llambrich A, Puig S, Malvehy JM. Dermoscopy is useful for the recognition of benign-malignant compound tumors. *Br J Dermatol* 2005;153:653-656.
5. De Giorgi V, Massi D, Sestini S, Alfaioli B, et al. Cutaneous collision tumour (melanocytic naevus, basal cell carcinoma, seborrheic keratosis): a clinical, dermoscopic and pathological case report. *Br J Dermatol* 2005;152(4):787-790.
6. Rodriguez J, Nonaka D, Kuhn E, Reichel M, Rosai J. Combined high-grade basal cell carcinoma and malignant melanoma of the skin ("malignant basomelanocytic tumor"): report of two cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 2005;27(4):314-318.
7. King R, Lyons J, Meyers AL, Googe PB, et al. Primary invasive melanoma and basal cell carcinoma (collision tumor) with blue nevus-like cutaneous metastases. *J Cutan Pathol* 2007;34:629-633.
8. Gulia A, Altamura D, De Trane S, Micantonio T, et al. Pigmented reticular structures in basal cell carcinoma and collision tumours. *Br J Dermatol* 2010;162(2):442-444.
9. Boyd AS, Rapini RP. Cutaneous collision tumors: an analysis of 69 cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 1994;16:253-257.
10. Betti R, Menni S, Cerri A, Vergani R, Crosti C. Seborrheic keratosis with compound nevus, junctional nevus and basal cell carcinoma in the same lesion. *Dermatology* 2001;203(3):265-267.