

Tumor de colisión: dermatofibroma y nevo melanocítico intradérmico

Collision tumor: dermatofibroma and intradermal melanocytic nevus.

Indira Isamara Contla-Martínez,¹ Leticia Boeta-Ángeles,² María Elisa Vega-Memije³

Resumen

ANTECEDENTES: El dermatofibroma en asociación con un nevo melanocítico es poco frecuente; en términos histológicos, la lesión debe diferenciarse de un melanoma para su diagnóstico y tratamiento, ya que hay que incluir el diagnóstico diferencial de melanoma desmoplásico.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino en la octava década de la vida con una lesión de piel en la región escapulovertebral izquierda con diagnóstico clínico de carcinoma basocelular y el resultado histopatológico fue de tumor de colisión: nevo melanocítico intradérmico y dermatofibroma.

CONCLUSIONES: Las características clínicas no son típicas en los tumores de colisión; por tanto, el diagnóstico se establecerá por medio del estudio histopatológico.

PALABRAS CLAVE: Dermatofibroma; nevo melanocítico intradérmico; melanoma.

Abstract

BACKGROUND: Dermatofibroma in association with a melanocytic nevus is rare; histologically the lesion must be distinguished from a melanoma for diagnosis and treatment, differential diagnosis must be made with desmoplastic melanoma.

CLINICAL CASE: A male patient of the eighth decade of life with a skin lesion in the left scapulovertebral region with histopathological diagnosis of collision tumor: intradermal melanocytic nevus and dermatofibroma.

CONCLUSIONS: Clinical characteristics are not typical in collision tumors; thus, diagnosis should be established by histopathological study.

KEYWORDS: Benign fibrous histiocytoma; Intradermal nevus; Melanoma.

¹ Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango, Ciudad de México.

² Servicio de Dermatología, Unidad Médico Quirúrgica Juárez Centro, SS, Ciudad de México.

³ División de Dermatología, Servicio de Dermatopatología, Hospital Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Recibido: enero 2020

Aceptado: marzo 2020

Correspondencia

Leticia Boeta Ángeles
leboan114@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Contla-Martínez II, Boeta-Ángeles L, Vega-Memije ME. Tumor de colisión: dermatofibroma y nevo melanocítico intradérmico. Dermatol Rev Mex. 2021; 65 (1): 58-62.
<https://doi.org/10.24245/dermatol-revmex.v65i1.5050>

ANTECEDENTES

El tumor de colisión corresponde al hallazgo microscópico de dos o más neoplasias en una misma lesión cutánea y que generalmente son de diferente estirpe histológica. De acuerdo con Boyd y Rapini, los tumores no deben estar separados por más de 1 mm entre sí.¹

En una revisión realizada en 1994 por estos autores en la Universidad de Texas de 40,000 biopsias cutáneas, sólo 69 resultaron tumores de colisión, con el siguiente orden decreciente: carcinoma basocelular y nevo (14 casos), queratosis seborreica y nevo (n = 14), queratosis seborreica y cáncer basocelular (n = 8), queratosis actínica y nevo (n = 7), cáncer basocelular y neurofibroma (n = 4), tumores anexiales y nevo azul con otras neoplasias en el resto.¹

Se han propuesto diferentes teorías para tratar de explicar la asociación de estos tumores, entre ellas:

- A. Algunos nevos pueden interactuar con elementos del estroma capaces de inducir crecimiento epitelial y en algunas ocasiones los traumatismos pueden actuar como factores precipitantes.²
- B. Los cambios epiteliales estromales pueden inducir la formación de una segunda neoplasia.³
- C. Algunas neoplasias son capaces de activar a los linfocitos que producen linfocinas, favoreciendo la aparición de carcinoma basocelular. Los linfocitos son estimulados por los mastocitos que se encuentran en mayor porcentaje en los sitios donde se ha desarrollado un carcinoma basocelular.^{1,3}
- D. La asociación de algunos tumores puede deberse a que proceden de una misma línea celular o célula pluripotencial.⁴
- E. En algunos casos aislados se ha comunicado una probable asociación de tipo hereditaria (autosómica dominante).⁴

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 73 años con fototipo de piel III de Fitzpatrick que tenía una dermatosis localizada en la región escapulovertebral izquierda constituida por una neoformación cupuliforme de 4 x 4 mm discretamente eritematosa, de superficie lisa y bordes discretamente irregulares (**Figura 1**). A la dermatoscopia se encontró el centro de la lesión con aspecto de cicatriz de color amarillo rodeado por telangiectasias periféricas (**Figura 2**). Tenía el antecedente de tres carcinomas basocelulares en la cabeza y tres carcinomas epidermoides en la cabeza y el tronco. Se realizó extirpación quirúrgica con el diagnóstico clínico de carcinoma basocelular.

Los cortes histológicos mostraron una lesión de piel con capa córnea con hiperqueratosis y la epidermis hiperplásica e irregular. En la dermis reticular superficial se observó una proliferación melanocítica bien delimitada dispuesta en nidos cohesivos, con melanocitos uniformes.



Figura 1. Neoforación cupuliforme de 4 x 4 mm discretamente eritematosa, de superficie lisa, con bordes discretamente irregulares.

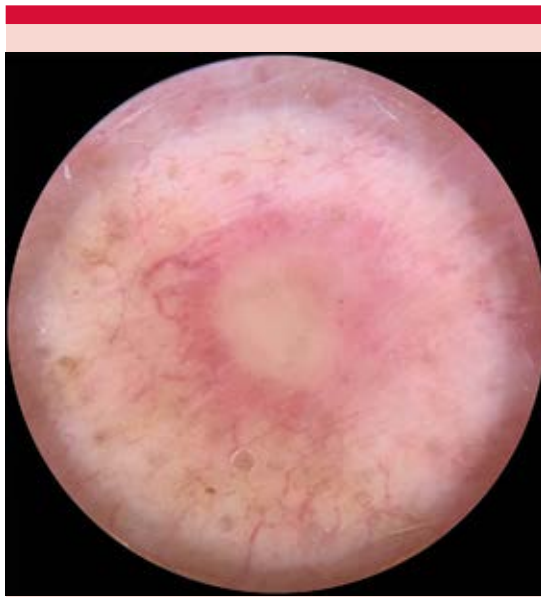


Figura 2. A la dermatoscopia se observa el centro con aspecto de cicatriz de color amarillo rodeado por telangiectasias.

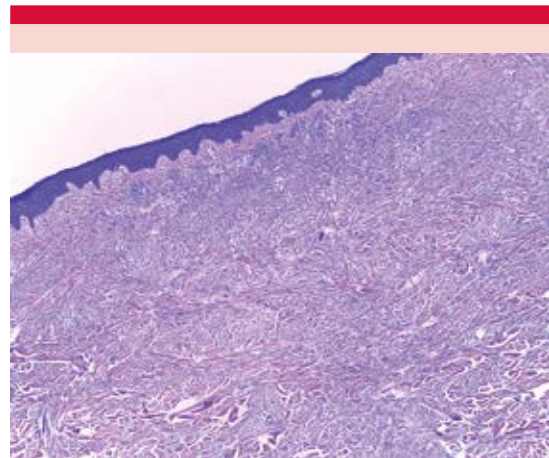


Figura 3. Desde la dermis superficial hasta la media, se observa una proliferación bien delimitada, no encapsulada, compuesta por fibroblastos dendríticos e histiocitos, entremezclados con fibras gruesas de colágena hipocelular. En la periferia de la lesión, se observan fibras de colágena queloidal. En la dermis superficial se observan nidos de células melanocíticas. H-E 10x.

La dermis superficial y media estaban ocupadas por una proliferación bien delimitada, no encapsulada, compuesta por fibroblastos dendríticos e histiocitos, entremezclados con fibras gruesas de colágena hipocelular. En la periferia de la lesión se observaban fibras de colágena queloidal. Desde la dermis reticular superficial hasta el tejido celular subcutáneo, había un infiltrado inflamatorio denso perivascular por linfocitos. En el resto del corte se observaron unidades pilosebáceas y glándulas sudoríparas sin alteraciones (**Figuras 3 y 4**), la inmunotinción con HBM-45 y Melan A fueron positivas en células melanocíticas y negativas en células fusiformes; la inmunotinción con el anticuerpo factor XII fue débilmente positiva en las células fusiformes. *Diagnóstico histológico:* nevo melanocítico intradérmico y dermatofibroma.

DISCUSIÓN

Los tumores de colisión se definen como la coexistencia de dos o más lesiones tumorales adyacentes y de estirpe histológica diferente.⁵

Los dermatofibromas puede manifestarse de diferente forma clínica e histológica, también muestran diversos patrones dermatoscópicos.⁵ Los patrones dermatoscópicos de lesiones atípicas incluyen patrón de pigmento atípico, eritema, estructuras vasculares. El prototipo de un dermatofibroma en la dermatoscopia es una placa blanquecina de aspecto cicatricial en el centro y una fina red de pigmento en la periferia de la lesión, como en nuestro caso. La pigmentación homogénea y una trama blanquecina son otros rasgos dermatoscópicos frecuentes en el dermatofibroma.⁶

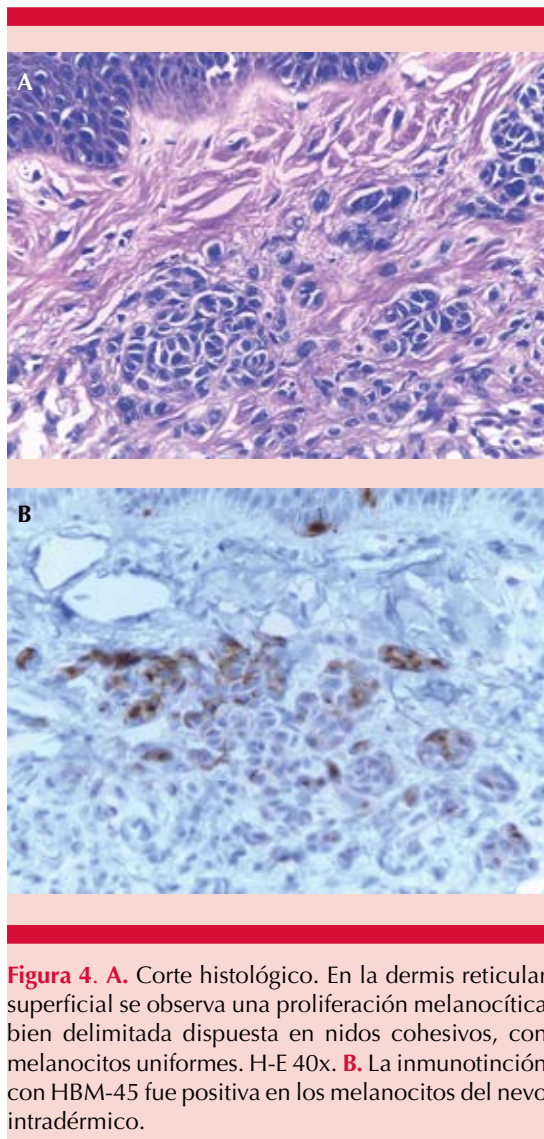


Figura 4. A. Corte histológico. En la dermis reticular superficial se observa una proliferación melanocítica bien delimitada dispuesta en nidos cohesivos, con melanocitos uniformes. H-E 40x. **B.** La inmunotinción con HMB-45 fue positiva en los melanocitos del nevo intradérmico.

La asociación de dermatofibroma y nevos es poco frecuente, en la bibliografía sólo hay una serie de 14 casos en la que los dermatofibromas estuvieron relacionados con una variedad de neoplasias melanocíticas, desde nevo melanocítico hasta melanoma *in situ*.⁷

Las lesiones melanocíticas en la inmunohistoquímica han demostrado una formación positiva de proteína S-100, HMB-45 y MART-1, Melan A y

negatividad para el factor XIII; en nuestro caso fue positivo para HMB-45 y Melan A. Los dermatofibromas demuestran un patrón de tinción inversa con la tinción de factor XIIIa positiva; HMB-45 y S-100 y MART-1 negativa.⁷ En el caso que comunicamos el factor XIIIa fue débilmente positivo en las células fusiformes y negativo en las células melanocíticas.

Existen patrones histológicos similares entre el nevo displásico (escleroso) y el dermatofibroma entre los que se encuentran hiperplasia epidérmica, existencia de colágena queloidal, hiper celularidad. Sin embargo, en contraposición a los dermatofibromas, el melanoma desmoplásico no muestra inducción anexial y algunos casos muestran nidos de melanocitos en la unión y dérmicos, y todos son inmunopositivos S-100.⁸

De mayor importancia histológica es la distinción del componente fibrohistiocítico del melanoma desmoplásico. Los melanomas desmoplásicos constituyen un espectro heterogéneo de lesiones que pueden imitar una amplia variedad de lesiones, incluidos los dermatofibromas. Ambas lesiones pueden mostrar una arquitectura fortuita que contiene núcleos hiper cromáticos y, a veces, extraños; sin embargo, el neutropismo y los pequeños focos de agregados linfoides se asocian típicamente con melanomas desmoplásicos. Una proliferación melanocítica de unión atípica a menudo acompaña a los melanomas desmoplásicos y es una característica útil que indica la naturaleza melanocítica de estas lesiones.⁹⁻¹² En nuestro caso, se descartó esta posibilidad, pues en la dermis reticular superficial se observó una proliferación melanocítica bien delimitada dispuesta en nidos cohesivos, con melanocitos uniformes, desde la dermis superficial hasta media, se observó una proliferación bien delimitada, no encapsulada, compuesta por fibroblastos dendríticos e histiocitos, entremezclados con fibras gruesas de

colágena hipocelular, en la periferia de la lesión, con fibras de colágena queloidal.

CONCLUSIONES

Las características clínicas no son típicas en los tumores de colisión; por tanto, el diagnóstico se establecerá por medio del estudio histopatológico.

La asociación de dermatofibroma y nevo melanocítico intradérmico como tumor de colisión es poco común, debido a que en términos histológicos, hay células fusiformes; debe hacerse el diagnóstico diferencial con nevo desmoplásico escleroso, melanoma desmoplásico y dermatofibroma, ya que el abordaje pronóstico y terapéutico es diferente cuando se trata de una lesión maligna.

Los estudios inmunohistoquímicos proporcionarán el diagnóstico correcto de estos casos.

Es importante conocer y reportar las lesiones melanocíticas asociadas con dermatofibromas.

REFERENCIAS

1. Boyd AS, Rapini RP. Cutaneous collision tumors. An analysis of 69 cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol* 1994; 16: 253-257.
2. Bhawan J, Malhora R. Simultaneous occurrence of intra-dermal nevus and syringoma. *Cutis* 1983; 31: 669-672.
3. Schellander F, Marks R, Wilson J. Basal cell hamartoma and cellular nevus: an unusual combined malformation. *Br J Dermatol* 1974; 90: 413-419. doi. 10.1111/j.1365-2133.1974.tb06426.x.
4. Wright S, Ryan J. Multiple familial eccrine spiradenoma with cilindroma. *Acta Derm Venereol* 1990; 70: 79-82.
5. Moreno-López LM, Mercadillo-Pérez P. Dermatofibroma. Análisis clínico-patológico de 10 años en el servicio de dermatopatología del Hospital General de México. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003; 31 (6): 367-372.
6. Marcucci C, Cohen SE, Friedman P, Peralta R, et al. Dermoscopic findings in a collision tumor composed of a dermatofibroma and a melanocytic nevus mimicking melanoma. *Dermatol Pract Concept* 2015; 5 (4): 47-49. doi. 10.5826/dpc.0504a12.
7. King R, Googe PB, Page RN, Mihm MC Jr. Melanocytic lesions associated with dermatofibromas: a spectrum of lesions ranging from junctional nevus to malignant melanoma in situ. *Mod Pathol* 2005; 18: 1043-1047. doi. 10.1038/modpathol.3800384.
8. Harris GR, Shea CR, Horenstein MG, Reed JA, et al. Desmoplastic (sclerotic) nevus: an underrecognized entity that resembles dermatofibroma and desmoplastic melanoma. *Am J Surg Pathol* 1999; 23: 786-794. doi. 10.1097/00000478-199907000-00006.
9. Mourmouras V, Moscovita FA, Malagnino V, Miracco C. Compound melanocytic nevus associated with dermatofibroma: an additional case. *J Cutan Pathol* 2007; 34: 736-737. doi. 10.1111/j.1600-0560.2006.00669.x.
10. Barnhill RL, Mihm Jr MC. The histopathology of cutaneous malignant melanoma. *Semin Diagn Pathol* 1993; 10: 47-75.
11. Carlson JA, Dickersin GR, Sober AJ, Barnhill RL. Desmoplastic neurotropic melanoma: a clinicopathologic analysis of 28 cases. *Cancer* 1995; 75: 478-494. doi. 10.1002/1097-0142(19950115)75:2<478::aid-cncr2820750211>3.0.co;2-o.
12. Yus ES, del Cerro M, Simón RS, Herrera M, et al. Unna's and Miescher's nevi: two different types of intradermal nevus: hypothesis concerning their histogenesis. *Am J Dermatopathol* 2007; 29 (2): 141-51. doi. 10.1097/DAD.0b013e31803325b2.