

Dermatofibromas eruptivos múltiples asociados con lupus eritematoso sistémico

Multiple eruptive dermatofibromas associated with systemic lupus erythematosus.

Mauricio Martínez-Cervantes,¹ Martín Alejandro Velázquez-Verdugo,² Edgardo Gómez-Torres³

Resumen

ANTECEDENTES: El dermatofibroma es una lesión cutánea benigna, caracterizada por una proliferación fibroblástica reactiva de la piel, aunque su causa exacta se desconoce. En términos clínicos, consiste en un nódulo o pápula firme y asintomática, de 3 a 20 mm de tamaño, de colores variables. Es el segundo tumor cutáneo fibrohistiocítico después del acrocordón. Los dermatofibromas eruptivos múltiples son poco frecuentes y su causa no se ha aclarado completamente. Son pocos los casos referidos en la bibliografía; la mayoría en estados de inmunodeficiencia, sobre todo enfermedades autoinmunitarias tratadas con fármacos inmunosupresores.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 31 años de edad con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico desde los 16 años de edad en tratamiento con prednisona a dosis de 25 mg/día, ácido micofenólico 2.5 g/día y cloroquina 150 mg/día. Tenía una dermatosis de 20 años de evolución diseminada al tronco, las extremidades superiores e inferiores, caracterizada por múltiples neoformaciones de aspecto nodular color marrón, por lo que se pensó en dermatofibromas eruptivos múltiples. Con la biopsia de piel se hizo la correlación clínico-patológica de dermatofibroma.

CONCLUSIONES: En la bibliografía médica el dermatofibroma es una manifestación poco frecuente y es de suma importancia descartar otras enfermedades cutáneas en pacientes con padecimientos autoinmunitarios e inmunodepresión.

PALABRAS CLAVE: Dermatofibromas; lupus eritematoso sistémico; inmunosupresores.

Abstract

BACKGROUND: Dermatofibroma is a benign skin lesion, characterized by a reactive fibroblastic proliferation of the skin, although its exact etiology is unknown. Clinically, it consists of a firm and asymptomatic nodule or papule, 3 to 20 mm in size, of variable colors. It is the second fibrohistiocytic skin tumor after acrochordon. Multiple eruptive dermatofibromas are rare, and their etiology has not been fully clarified. There are few cases referred in the literature, mostly in immunodeficiency states, especially autoimmune diseases treated with immunosuppressive drugs.

CLINICAL CASE: A 31-year-old female patient with a diagnosis of systemic lupus erythematosus from 16 years of age on treatment with prednisone 25 mg/day, mycophenolic acid 2.5 g/day, and chloroquine 150 mg/day. With a 20-year dermatosis of disseminated evolution to the trunk, upper and lower extremities characterized by multiple brown nodular-looking neoformations, so it was considered multiple erupt dermatofibromas. Skin biopsy was performed making the clinical-pathological correlation of dermatofibroma.

CONCLUSIONS: In the medical literature dermatofibroma is a rare presentation and it is very important to rule out other skin diseases in patients with autoimmune diseases and immunocompromise.

KEYWORDS: Dermatofibromas; Systemic lupus erythematosus; Immunosuppressants.

¹ Servicio de Dermatología, Hospital General Regional núm. 1, IMSS, Querétaro, México.

² Servicio de Reumatología, Hospital General de Zona núm. 5, IMSS, Nogales, Sonora, México.

³ Patólogo-dermatopatólogo, Hospital Santa Cruz, Querétaro, México.

Recibido: febrero 2020

Aceptado: abril 2020

Correspondencia

Mauricio Martínez Cervantes
drmauricioderma@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Martínez-Cervantes M, Velázquez-Verdugo MA, Gómez-Torres E. Dermatofibromas eruptivos múltiples asociados con lupus eritematoso sistémico. Dermatol Rev Mex. 2021; 65 (1): 69-72.
<https://doi.org/10.24245/dermatol-revmex.v65i1.5052>

ANTECEDENTES

El dermatofibroma es una lesión cutánea benigna, caracterizada por una proliferación fibroblástica reactiva de la piel. Aunque su causa exacta se desconoce, generalmente es secundaria a traumatismos leves o picaduras de insectos.^{1,2}

En términos clínicos, consiste en un nódulo o pápula firme y asintomático, de 3 a 20 mm de tamaño, con colores variables.³ Es el segundo más común entre los tumores cutáneos fibrohistiocíticos, después de los acrocordones.⁴ Los dermatofibromas eruptivos múltiples son poco frecuentes y su causa no se ha aclarado completamente.

Según Niemi, sólo 8% de los pacientes con dermatofibromas tienen más de dos lesiones.⁵ Son pocos los casos referidos en la bibliografía, la mayoría en estados de inmunodeficiencia, sobre todo enfermedades autoinmunitarias tratadas con fármacos inmunosupresores (principalmente lupus eritematoso sistémico, del que corresponde, incluso, 46% de los casos), como es el caso de nuestra paciente.⁶

Se trata de una paciente de 31 años de edad con lupus eritematoso sistémico en tratamiento inmunosupresor, con un cuadro clínico de dermatofibromas eruptivos múltiples, en donde se tomó biopsia de piel para corroborar el diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 31 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico desde los 16 años de edad en tratamiento con prednisona 25 mg/día, ácido micofenólico 2.5 g/día y cloroquina 150 mg/día. Padece, además, hipertensión arterial sistémica de diagnóstico reciente en tratamiento con metoprolol 100 mg/día y losartán

25 mg/día e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 100 µg los días lunes, miércoles y viernes. Negó alergias u otros antecedentes de importancia.

Su dermatosis inició hacía 20 años con lesiones en el tronco y las extremidades inferiores, a decir de la paciente, de aspecto nodular y de color marrón, que aumentaron en número en un lapso menor a cuatro meses; al inicio cursó con prurito leve a moderado, actualmente son asintomáticas, sólo persiste una lesión pruriginosa en el abdomen. No aplicó o tomó ningún tratamiento.

A la exploración física se observó una dermatosis diseminada al tronco y a las extremidades superiores e inferiores; afectaba principalmente el abdomen, el tronco posterior, el muslo izquierdo y el tercio distal de las piernas, así como el dorso y la cara lateral de los pies, caracterizada en total por 20 neoformaciones de aspecto papular y nodular, induradas, de superficie eritematopigmentadas y otras color marrón (**Figura 1**), con signo de botón positivo. **Figura 2**

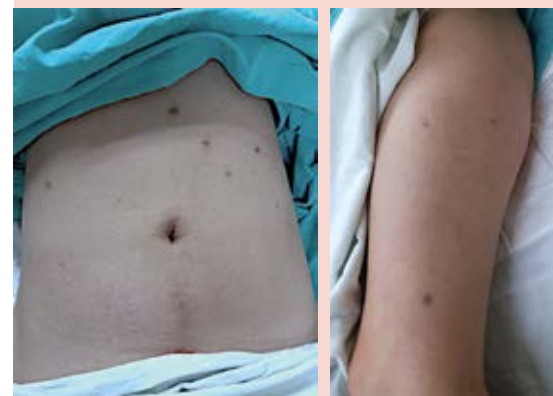


Figura 1. Dermatofibromas eruptivos múltiples; 20 neoformaciones de aspecto papular y nodular, induradas, de superficie eritematopigmentada y otras color marrón.



Figura 2. Dermatofibromas múltiples eruptivos. Signo de botón positivo.

Las lesiones clínicamente correspondían a dermatofibromas eruptivos múltiples, en el contexto de paciente con enfermedad autoinmunitaria y en tratamiento inmunosupresor se decidió toma de biopsia que reportó en tinción de H-E hiperplasia epidérmica suprayacente al dermatofibroma, donde destacó hiperpigmentación de la capa basal, proliferación fibrohistiocítica arremolinada (patrón estoriforme), constituida por fascículos de fibroblastos e histiocitos aleatorios entre fibras de colágeno delgadas y gruesas, además de morfología fusiforme de las células donde los núcleos varían de redondos a elongados con bordes espiculados (**Figura 3**), con lo que se estableció la correlación clínico-patológica de dermatofibromas eruptivos múltiples en una paciente con lupus eritematoso sistémico.

Después de la biopsia se le explicó a la paciente que se trataba de tumores benignos que no re-

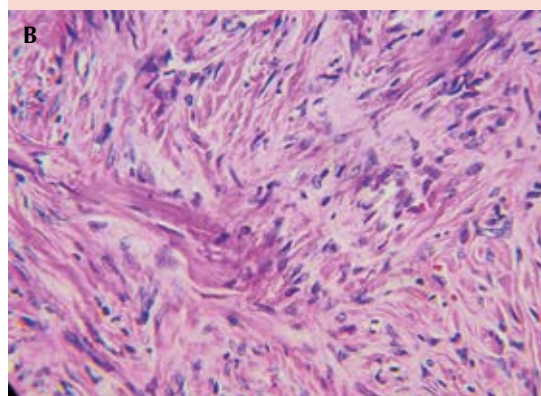
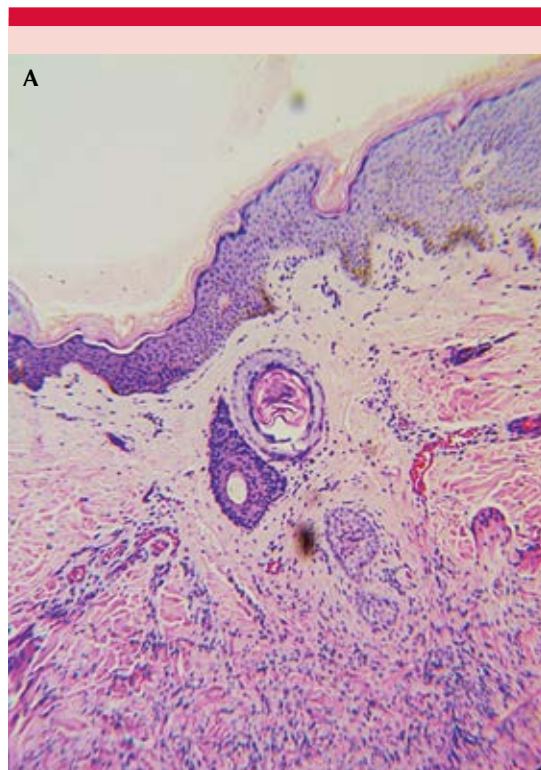


Figura 3. Tinción de H-E. **A.** Fotomicrografía en aumento 20x donde se aprecia hiperplasia epidérmica suprayacente al dermatofibroma, donde destaca hiperpigmentación de la capa basal. **B.** Fotomicrografía en aumento 40x que muestra proliferación fibrohistiocítica arremolinada (patrón estoriforme), constituida por fascículos de fibroblastos e histiocitos aleatorios entre fibras de colágeno delgadas y gruesas. Nótese la morfología fusiforme de las células en la que los núcleos varían de redondos a elongados con bordes espiculados.

quieren tratamiento, a menos que causen dolor, pudiéndose aplicar nitrógeno líquido o recurrir a la extirpación.

DISCUSIÓN

Los dermatofibromas eruptivos múltiples son poco frecuentes y su causa no se ha aclarado completamente.³

Ciertas hipótesis sugieren que la aparición de los dermatofibromas eruptivos múltiples puede ser desencadenada por la inhibición de las células T reguladoras en los estados de inmunodeficiencia, lo que se ha visto al incrementarse el número de casos en pacientes con afecciones autoinmunitarias y tratamiento inmunosupresor, lo que sugiere un importante papel en la patogénesis,⁶ como es el caso de nuestra paciente; sin embargo, las lesiones iniciaron previo al inicio de tratamiento inmunosupresor. Son pocos los casos referidos, la mayoría asociados con estados de inmunodeficiencia, sobre todo enfermedades autoinmunitarias tratadas con fármacos inmunosupresores (sobre todo lupus eritematoso sistémico, del que corresponde, incluso, 46% de casos), como es el caso de nuestra paciente.

El primer reporte fue en 1970 por Baraf y Shapiro, quienes definieron múltiple a la existencia de al menos 15 lesiones.⁷ Sin embargo, esta definición no fue totalmente validada debido a considerar únicamente el número de lesiones para la enfermedad. Debido a lo anterior, Ammirati propuso considerar dermatofibromas eruptivos múltiples cuando existen cinco a ocho lesiones que aparecen en un periodo de cuatro meses.⁸ Hace poco se aceptó que la aparición de 5 a 8 dermatofibromas en menos de cuatro meses es más adecuada, porque incluiría los casos incipientes.⁹

Se observó que los dermatofibromas múltiples eruptivos muestran un ligero predominio femenino (23 de 42, 55%). Las lesiones se localizaron

principalmente en las extremidades (41 de 42, 97%), y el tronco se vio afectado en 19 de 42 casos, al igual que el caso comunicado, aunque pueden aparecer en otras localizaciones menos habituales, como las extremidades superiores y la región interescapular.^{6,10}

Es muy importante hacer la correlación clínico-patológica con el fin de corroborar la causa de los tumores y con ello explicar a los pacientes si se requiere o no tratamiento y con ello tranquilizar su pesar.

REFERENCIAS

1. Han TY, Chang HS, Lee JH, Lee WM, et al. A clinical and histopathological study of 122 cases of dermatofibroma (benign fibrous histiocytoma). *Ann Dermatol* 2011; 23: 185-92. doi. 10.5021/ad.2011.23.2.185
2. Kamino H, Reddy VB, Pui J. Fibrous and fibrohistiocytic proliferations of the skin and tendons. In: Bologna J, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors. *Dermatology*. 3rd ed. Elsevier; 2012: 1962-1963.
3. Zaballos P, Puig S, Llambrich A, Malvehy J. Dermoscopy of dermatofibromas: A prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol* 2008; 144: 75-83. doi. 10.1001/archdermatol.2007.8.
4. Nestle FO, Nickoloff BJ, Burg G. Dermatofibroma: an abortive immunoreactive process mediated by dermal dendritic cells? *Dermatology* 1995; 190 (4): 265-268. doi. 10.1159/000246714.
5. Niemi KM. The benign fibrohistiocytic tumours of the skin. *Acta Derm Venereol Suppl.* 1970; 50 (63): 1-66.
6. Massone C, Parodi A, Virno G, Rebora A. Multiple eruptive dermatofibromas in patients with systemic lupus erythematosus treated with prednisone. *Int J Dermatol* 2002; 41: 279-81. doi. 10.1046/j.1365-4362.2002.01493.x.
7. Baraf CS, Shapiro L. Multiple histiocytomas: report of asymptomatics of MEDF show any changes along with case. *Arch Dermatol* 1970; 101: 588-590.
8. Ammirati CT, Mann C, Hornstra IK. Multiple eruptive dermatofibromas in three men with HIV infection. *Dermatology* 1997; 195: 344-348.
9. García-Millán C, Aldanondo I, Fernández-Lorente M, Carrillo R, et al. Dermatofibromas eruptivos múltiples asociados al virus de la inmunodeficiencia humana. Presentación de dos casos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2007; 98 (10): 702-706. doi. 10.1016/s0001-7310(07)70163-1.
10. Moreno de Vega MJ, Córdoba S, Sánchez J, Fraga J, et al. Dermatofibromas múltiples agrupados en región interescapular. *Actas Dermatosifilogr* 1999;90:318-322.