

## Matricoma melanocítico

B. Monteagudo<sup>a</sup>, L. Requena<sup>b</sup>, M.M. Used-Aznar<sup>c</sup> y M. Cabanillas<sup>a</sup>

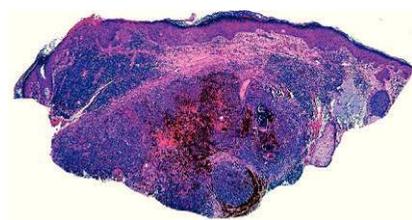
<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. La Coruña. España.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid. España.

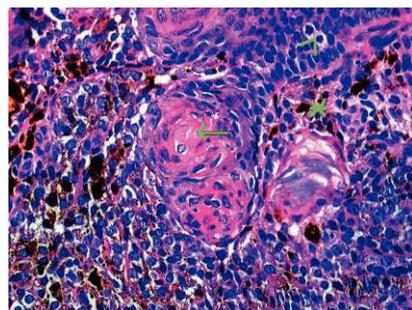
<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. La Coruña. España.

Señor Director:

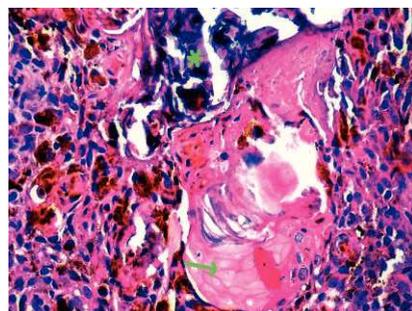
En 1999 Carlson y sus colaboradores describieron 2 casos de una neoplasia matricial pigmentada, distinta del



**Figura 1.** Tumor pigmentado bien delimitado en dermis media y profunda. (Hematoxilina-eosina, 40).



**Figura 2.** A mayor aumento, el tumor está compuesto por una población celular bifásica formado por melanocitos (\*), con alguna figura de mitosis (^), y células epiteliales que de forma abrupta se convierten en células sombra (flecha). (Hematoxilina-eosina, 200).



**Figura 3.** Células sombra (flecha) y focos de calcificación (\*). (Hematoxilina-eosina, 400).

pilomatricoma, compuesta de células matriciales y melanocitos dendríticos, que denominaron matricoma melanocítico. Este tumor reproduce una fase anatómica normal que se puede observar en el bulbo del folículo piloso sano en anagen precoz<sup>1</sup>.

Presentamos un nuevo caso de matricoma melanocítico visto recientemente en nuestro servicio, ya que sólo hay 10 casos similares descritos hasta la fecha<sup>1-7</sup>.

Varón de 66 años de edad con el antecedente personal de hipertensión, remitido a nuestro servicio para la valoración de una lesión asintomática de un año de evolución situada en el dorso nasal. El paciente mencionaba que le había aparecido sobre piel normal y había experimentado un lento crecimiento. No refería antecedentes familiares de lesiones similares. Hace años se le realizó criocirugía por queratosis actínicas faciales.

En la exploración se apreció un tumor negruzco de 2 mm de diámetro y bordes netos, localizado en el dorso nasal. No presentaba otras lesiones en el resto de la superficie cutánea.

El estudio histopatológico evidenció, en la dermis media y profunda, un tumor pigmentado bien delimitado (fig. 1). Estaba compuesto por una población celular bifásica formada por melanocitos, algunos muy pigmenta-

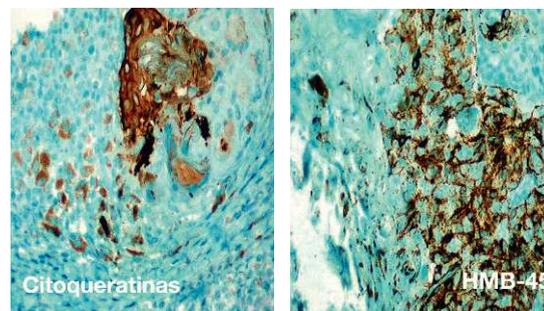
dos, con alguna figura de mitosis, y por otro lado células epiteliales de tamaño variable y citoplasma eosinófilo que de forma abrupta se convertían en células sombra, sin núcleo (fig. 2). Se apreciaban pequeños focos de calcificación (fig. 3).

El estudio inmunohistoquímico mostró positividad de los elementos epiteliales para la citoqueratina AE1/AE3 y el componente melanocítico para el HMB-45 (fig. 4).

Todos los casos de matricoma melanocítico publicados hasta la fecha son similares a éste (tabla 1). Se caracterizan clínicamente por ser lesiones negruzcas de menos de 1 cm de diámetro, sobre piel con daño solar de personas mayores (60-80 años), con predominio de varones<sup>1-6</sup>. Hay un caso que ha aparecido en el rabo de un perro<sup>7</sup>.

Su histopatología muestra una proliferación nodular pigmentada en la dermis compuesta por células matriciales, supramatriciales y células sombra mezcladas con abundantes melanocitos dendríticos muy pigmentados. No es frecuente la calcificación ni la reacción granulomatosa<sup>1-7</sup>.

Los bordes bien definidos, el pequeño tamaño y la ausencia de recidivas sugieren que se trata de una neoplasia benigna, y no de un carcinoma matricial, pese a mostrar una atipia citológica variable y frecuentes figuras mitóticas



**Figura 4.** Características inmunohistoquímicas. (A) Los elementos epiteliales muestran positividad para la citoqueratina. (Citoqueratina AE1/AE3, x100). (B) El componente melanocítico expresa el HMB-45. (HMB-45, 100).

**Tabla 1.** Casos de matricoma melanocítico

Caso	Edad	Sexo	AP dermatológicos	Diámetro (cm)	Color	Localización
1 <sup>1</sup>	66	V	Ca. basocelular	0,8	Negro	Región pectoral izquierda
2 <sup>1</sup>	80	V	Daño solar	0,5	Morado	Antebrazo
3 <sup>2</sup>	62	M	Daño solar	0,6	Hiperpigmentado	Dorso nasal
4 <sup>3</sup>	78	V	Ca. basocelular	0,4	Negro-morado	Área preauricular izquierda
5 <sup>4</sup>	69	V	Daño solar	0,5	Negro-marrónáceo	Mejilla derecha
6 <sup>5</sup>	66	M			Hiperpigmentado	Hombro derecho
7 <sup>6</sup>	70	V	Ca. basocelular	1,5	Negro	Dorso mano derecha
8 <sup>6</sup>	82	V	QA, Ca. espinocelular y basocelular	0,5	Negro-morado	Área preauricular derecha
9 <sup>6</sup>	76	V			Marrón-morado	Zona alta de la espalda
10 <sup>7</sup> (perro)	2	MA		2	Negro	Rabo
11*	66	V	QA	0,2	Negro	Dorso nasal

AP: antecedentes personales; Ca: carcinoma; M: mujer; MA: macho; QA: queratosis actínicas; V: varón.

\*Caso actual.

cas (esperables en un tumor de células matriciales)<sup>3,8</sup>.

Es conocido que el bulbo del folículo piloso en anagen o fase de crecimiento contiene células matriciales y supramatriciales, y melanocitos pigmentados dendríticos que le dan color al pelo. También es frecuente observar figuras de mitosis. Los melanocitos son más prominentes en la fase anagen precoz, por tanto el matricoma melanocítico indica una fase precoz de la diferenciación folicular en anagen frente al pilomatricoma, que representa una fase tardía<sup>3-6</sup>.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial clínico con el carcinoma basocelular pigmentado, el melanoma maligno y el hemangioma; y el histopatológico con el carcinoma matricial con importante hiperplasia melanocítica, el melanoma maligno, el matricoma, el tricoblastoma, el carcinoma basocelular con diferenciación matricial y el pilomatricoma pigmentado<sup>4,6</sup>.

Desde que Carlson et al describieran la entidad denominada matricoma melanocítico se ha discutido la existencia de criterios clinicopatológicos suficientes para considerarla una entidad independiente del matricoma<sup>9-13</sup>.

Se plantea la posibilidad de que el carcinoma matricial con importante hiperplasia melanocítica represente el matricoma melanocítico maligno. Se trata de un tumor mal definido, multinodular, que infiltra en profundidad, en el que se observan células activas mitóticamente y áreas de necrosis<sup>8</sup>.

El pilomatricoma se presenta en jóvenes como una neoplasia quística, firme a la palpación, localizada en la dermis profunda o en el tejido celular subcutáneo, con frecuente calcificación y reacción granulomatosa<sup>14-16</sup>. El pilomatricoma pigmentado no muestra una hiperplasia melanocítica prominente frente a la marcada proliferación de melanocitos dendríticos pigmentados del matricoma melanocítico<sup>16-19</sup>. La diferencia entre estas dos entidades se ha comparado con la existente entre la queratosis seborreica pigmentada y el melanoacantona<sup>3,6</sup>.

## Bibliografía

- Carlson JA, Healy K, Slominski A, Mihm MC Jr. Melanocytic matricoma: a report of two cases of a new entity. *Am J Dermatopathol.* 1999;21:344-9.
- Rizzardi C, Brolo A, Colonna A, Brutto RL, Melato M. A tumor with composite pilo-folliculosebaceous differentiation harboring a recently described new entity-melanocytic matricoma. *Am J Dermatopathol.* 2002;24:493-7.
- Williams CM, Bozner P, Oliveri CV, Horenstein MG. Melanocytic matricoma: case confirmation of a recently described entity. *J Cutan Pathol.* 2003;30:275-8.
- Horenstein MG, Kahn AG. Pathologic quiz case: a 69-year-old man with a brown-black facial papule. Melanocytic matricoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128:e163-4.
- Peralta Soler A, Burchette JL, Bellet JS, Olson JA Jr. Cell adhesion protein expression in melanocytic matricoma. *J Cutan Pathol.* 2007;34:456-60.
- Islam MN, Bhattacharyya I, Proper SA, Glanz SM, Vega JM, Hassanein AM. Melanocytic matricoma: a distinctive clinicopathologic entity. *Dermatol Surg.* 2007;33:857-63.
- Saito S, Suzuki K, Shibuya H, Yamaguchi T, Sato T. Melanocytic matricoma in a dog. *Vet Pathol.* 2005;42:499-502.
- Monteagudo C, Fernández-Figueras MT, San Juan J, López D, Carda C. Matricial carcinoma with prominent melanocytic hyperplasia (malignant melanocytic matricoma?). A report of two cases. *Am J Dermatopathol.* 2003;25:485-9.

9. Rizzardi C, Melato M. Simply, the point is that pathologists should bear in mind melanocytic matricoma. *Am J Dermatopathol.* 2003;25:447.
10. Resnik KS. Isn't melanocytic matricoma simply one expected histopathologic expression of matricoma? *Am J Dermatopathol.* 2003;25:446.
11. Resnik KS. Is melanocytic matricoma a bona fide entity or is it just one type of matricoma? *Am J Dermatopathol.* 2003;25:166.
12. Rizzardi C, Melato M. Is melanocytic matricoma a bona fide entity or is it just one type of matricoma?: splitting hairs...in hair matrix tumors! Author's reply. *Am J Dermatopathol.* 2003;25:166-7.
13. Carlson JA, Slominski A, Mihm MC Jr. What are the clinicopathologic features of matricoma? *Am J Dermatopathol.* 2003;25:446-7.
14. Monteagudo Sánchez B, Pereiro Ferreirós M. Paciente con varios tumores en los antebrazos. *Piel.* 2004;19:51-2.
15. Monteagudo Sánchez B, León Muiños E, Durana C, Cacharrón Carreira JM, de las Heras Sotos C. Pilomatricoma anetodérmico. *An Pediatr (Barc).* 2006;64:181-2.
16. Izquierdo MJ, Requena C, Requena L. Pilomatricoma. En: *Neoplasias anexiales cutáneas.* Madrid: Grupo Aula Médica; 2004. p. 309-17.
17. Spitz D, Fisher D, Friedman RJ, Kopf AW. Pigmented pilomatricoma. A clinical simulator of malignant melanoma. *J Dermatol Surg Oncol.* 1981;7:903-6.
18. Zaim MT. Pilomatricoma with melanocytic hiperplasia: an uncommon occurrence and a diagnostic pitfall. *Arch Dermatol.* 1971;104:117-23.
19. Cazars JS, Okun MR, Pearson H. Pigmented calcifying epithelioma. Review and presentation of a case with unusual features. *Arch Dermatol.* 1974;110:773-4.

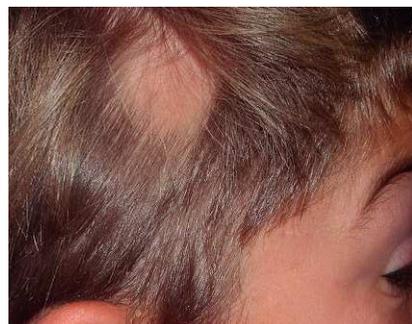
## Alopecia triangular congénita bilateral asociada a cardiopatía congénita y anomalías renales y genitales

E. León-Muiños<sup>a</sup>, B. Monteagudo<sup>b</sup>, J. Labandeira<sup>c</sup> y M. Cabanillas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. La Coruña. España. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Señor Director:

La alopecia triangular congénita (ATC), también denominada alopecia triangular temporal o nevus de Brauer, es una alopecia circunscrita no cicatricial, permanente y asintomática, descrita por primera vez por Sabouraud en 1905. Suele localizarse en el área frontotemporal de manera unilateral. El estudio histopatológico de la zona afectada muestra una disminución del tamaño de los folículos pilosos, pero con



**Figura 1.** Placa alopécica de morfología oval localizada en la región temporal derecha.

una densidad normal, sin otras alteraciones significativas<sup>1</sup>. Habitualmente el diagnóstico es clínico. Deben descartarse otras causas de alopecia circunscrita no cicatricial, principalmente la alopecia areata (AA), con la que a menudo se confunde<sup>2</sup>. En la literatura se han descrito distintas patologías que coexisten



**Figura 2.** Alopecia triangular congénita en la región frontotemporal izquierda, alcanzando el borde de implantación del pelo.

en pacientes con ATC, nosotros presentamos la asociación de ATC bilateral con un síndrome polimalformativo.

Varón de 7 años de edad, con los antecedentes personales de cardiopatía congénita tipo comunicación interventricular perimembranosa y comunicación interauricular sin repercusión hemodinámica, dilatación pielocalicial renal izquierda, hipospadia subcoronal, huesos wormianos y bronquiolitis de repetición, remitido por la presencia de dos zonas de cuero cabelludo con pelo más fino y claro, que sus padres recordaban desde el nacimiento. En ningún momento esa zona presentó una pérdida total de pelo, y no se había obtenido respuesta alguna con el tratamiento con corticoides tópicos. Negaban antecedentes traumáticos y antecedentes familiares de procesos similares.

En la exploración física se observaron en las regiones temporales dos áreas de morfología más o menos oval, bien delimitadas de unos 2-4 cm de diámetro, cubiertas por un pelo de tipo velloso, sin pelos peládicos (figs. 1 y 2).