

## CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

### Lo común a veces puede ser atípico: dermatofibromas múltiples agrupados

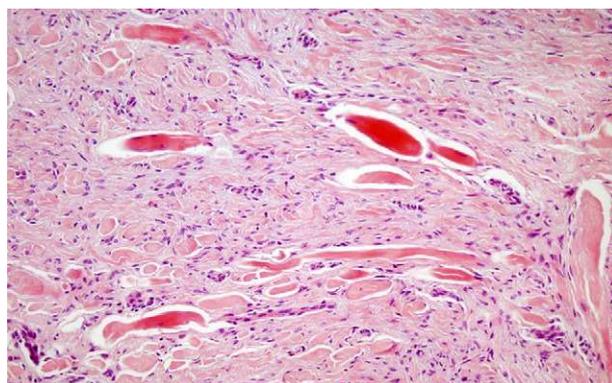
#### Multiple Clustered Dermatofibromas: An Atypical Presentation of a Common Disease

Sr. Director:

El dermatofibroma (DF) es el tumor fibrohistiocitario más frecuente de la piel y una de las neoplasias benignas que origina mayor número de consultas en la práctica clínica dermatológica. Suele presentarse como una lesión aislada, siendo más infrecuente la presentación en forma de lesiones múltiples. El término «DF múltiples» define la aparición de al menos 15 dermatofibromas en pocos meses<sup>1</sup> o de 5-8 dermatofibromas en 4 meses<sup>2</sup>. Existe además una forma de presentación como lesiones múltiples agrupadas mucho más infrecuente: «DT múltiples agrupados», descrita por primera vez en el año 1984 por Dupré et al<sup>3</sup>. Presentamos un nuevo caso de esta rara entidad. Se trata de una mujer de 25 años de edad que acudió a consulta por lesiones papulosas de pequeño tamaño, eritematosas, con centro más oscuro y periferia más clara y máculas hiperpigmentadas residuales en menor número, asintomáticas, en la cara anterior del muslo derecho, que aparecieron cuando tenía 1 año de edad, aumentaron en número y tamaño en 2-3 meses y, desde entonces, se han mantenido estables, con remisión parcial de alguna lesión de forma aislada (fig. 1). La paciente no refería antecedentes generales ni locales de interés.



**Figura 1** Pápulas eritematosas de superficie brillante en la cara anterior del muslo derecho.



**Figura 2** Proliferación de células fusiformes entre fascículos queloides de colágeno. (H-E;  $\times 150$ ).

Aportaba una resonancia magnética nuclear de muslo, que se había realizado previamente con el fin de descartar linfangioma, en la que no se observaba atrofia grasa o muscular ni otra alteración relevante.

La biopsia de una de las lesiones mostraba hiperplasia epidérmica, bajo la que se identificaba una dermis reticular ocupada por una proliferación de células fusiformes organizadas en fascículos o remolinos celulares, entremezclados con haces de colágeno engrosado (fig. 2). Con las técnicas de inmunohistoquímica se observó una intensa expresión difusa para vimentina y factor XIIIa. La actina de músculo liso, actina muscular específica y el CD34 fueron rigurosamente negativos. Tras el diagnóstico histopatológico de dermatofibroma decidimos abstención terapéutica y seguimiento.

Hemos encontrado 13 casos descritos en la literatura de DF múltiples agrupados, la mayoría recogidos en la revisión de Gershtenson<sup>4</sup>. Las lesiones individuales no se diferencian clínica, histológica ni fenotípicamente del DF aislado. No describen desencadenantes locales y, a diferencia de los DF múltiples, no se ha encontrado relación con estado de inmunosupresión u otras comorbilidades. Sólo en una ocasión las lesiones se presentaron sobre una trombosis venosa superficial en un paciente que había sido trasplantado de riñón hacía un mes. En la mayoría de los artículos publicados las lesiones, como en nuestra paciente, han aparecido en miembros inferiores. A diferencia de nuestro caso y de otro congénito<sup>5</sup>, el resto se ha iniciado entre la primera y tercera décadas de la vida. En todos los pacientes se ha objetivado una evolución benigna, no habiendo sido descrito por el momento ningún caso de malignización ni de metástas-

sis secundaria. Así, Berbis refiere un caso seguido durante 20 años sin complicaciones<sup>6</sup>, lo que consideramos importante a tener en cuenta de cara al manejo y seguimiento de dicha patología.

En el caso de nuestra paciente la clínica, la distribución de las lesiones y el estudio histopatológico se superponen a los descritos previamente, aunque resalta la edad temprana en la que comenzó el cuadro.

Destacamos, por tanto, una forma de presentación atípica, en forma de lesiones múltiples agrupadas, de una patología muy común como es el DF, así como su evolución benigna en todos los casos descritos hasta el momento.

## Bibliografía

1. Baraf CS, Shapiro L. Multiple histiocytomas, report of a case. *Arch Dermatol.* 1970;101:588–90.
2. Ammirati CT, Mann C, Hornstra IK. Multiple eruptive dermatofibromas in three men with HIV infection. *Dermatology.* 1997;195:344–8.
3. Dupré A, Christol B, Martínez D. Histiocitofibromes multiples groupés. *Ann Dermatol Venerol.* 1984;111:163–4.
4. Gershtenson PC, Kronic AL, Chen HM. Multiple clustered dermatofibroma: case report and review of the literature. *J Cutan Pathol.* 2010;37:e42–45.
5. De Unamuno P, Carames Y, Fernández-López E, Hernández-Martín A, Peña C. Congenital multiple clustered dermatofibroma. *Br J Dermatol.* 2000;142:1040–3.
6. Berbis P, Benderitter T, Perier C, Frey J, Privat Y. Multiple clustered dermatofibromas evolution over 20 years. *Dermatologica.* 1988;177:185–8.

M. Castellanos-González<sup>a,\*</sup>, J.L. Rodríguez-Peralta<sup>b</sup>, C. Zarco<sup>a</sup> y P. Ortiz-Romero<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maria.castellanos.gonzalez@gmail.com](mailto:maria.castellanos.gonzalez@gmail.com) (M. Castellanos-González).

doi:10.1016/j.ad.2010.12.003

## Dermatitis de contacto profesional por Threebond®. Cuatro casos en la misma empresa

### Professional contact dermatitis to Threebond®. Four cases in the same factory

Sr. Director:

Las resinas acrílicas son polímeros termoplásticos o copolímeros del ácido acrílico o de sus ésteres. La polimerización de los monómeros acrílicos se obtiene por dos métodos: exposición a temperatura ambiental o a luz UV, luz visible o haz de electrones o por calentamiento, todo ello mediante la adición de iniciadores, aceleradores y catalizadores.

Las resinas acrílicas pueden dar lugar a diversos problemas cutáneos que incluyen dermatitis alérgicas de contacto (DAC), dermatitis irritativas de contacto (DIC) y urticarias de contacto.

Una clasificación bien aceptada de las resinas acrílicas —con la que coincidimos— es la publicada por Björkner en 1998<sup>1</sup> que incluye monoacrilatos (MA), monometacrilatos (MMA), acrilatos multifuncionales, prepolímeros, acrilonitrilos, acrilamidas y derivados y cianoacrilatos.

Dentro de esta clasificación los acrilatos multifuncionales se utilizan en prótesis dentales y ortopédicas, pegamentos, adhesivos, barnices, uñas artificiales, tintas y planchas de impresión, parquetes y suelos de madera, sellantes en la industria siderometalúrgica y del automóvil (Loctite®, Threebond®, sta-lok®).

Los acrilatos multifuncionales más importantes y más frecuentes en cuanto a sensibilización se refiere son: hidroxietilmetacrilato (HEMA), hidroxipropilmetacrilato (HPMA), etilenglicoldimetacrilato (EGDMA), dietilenglicoldimetacri-

lato (DEGDMA), trietilpropiltrimetacrilato (TEPTMA), trietilenglicoldimetacrilato (TEGDMA) y butanedioldimetacrilato (BUEDMA).

Presentamos 4 casos de dermatitis alérgica de contacto eczematosa localizada en ambas manos ocurrida en una misma empresa, con sensibilización a algunas resinas acrílicas contenidas en un agente sellante denominado Threebond®.

En octubre del 2009 se solicitó a nuestra Unidad de Alergia cutánea el estudio de 4 pacientes que trabajaban en una misma empresa en una cadena de montaje de motocicletas, y que presentan un cuadro clínico idéntico que afectaba a las palmas y a las regiones interdigitales de los dedos de ambas manos. Estas lesiones, muy pruriginosas, consistían en la aparición, en la topografía ya indicada, de vesículas y ampollas que evolucionaban de forma crónica y que tras cursar baja laboral y con tratamiento adecuado (corticoides tópicos y antihistamínicos y corticoides por vía oral en uno de los pacientes) iban desapareciendo dando lugar a lesiones escamosas y fisuradas, que posteriormente también remitían. En tres de los pacientes, cuando volvieron a su trabajo habitual, las lesiones recidivaron de inmediato (el cuarto paciente cambió de puesto de trabajo). En su trabajo los 4 pacientes contactaban con grasas y aceites y con una resina sellante denominada Threebond®, a la que los pacientes consideraron como responsable de sus problemas. Los pacientes están obligados a utilizar unos guantes protectores especiales de un material de tela gruesa, aunque todos confesaban que en determinados momentos puntuales prescindían de ellos.

Los tres pacientes estudiados son: el primero, de 35 años, que inicia las lesiones al mes y medio de trabajo, el segundo, de 40 años que inicia las lesiones al cabo de un año y el tercero, de 32 años, que inicia sus lesiones a los 10 meses. El cuarto paciente no se estudió ya que cambió de trabajo.