

DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

Aquí hay «baso» encerrado

Collision Tumors

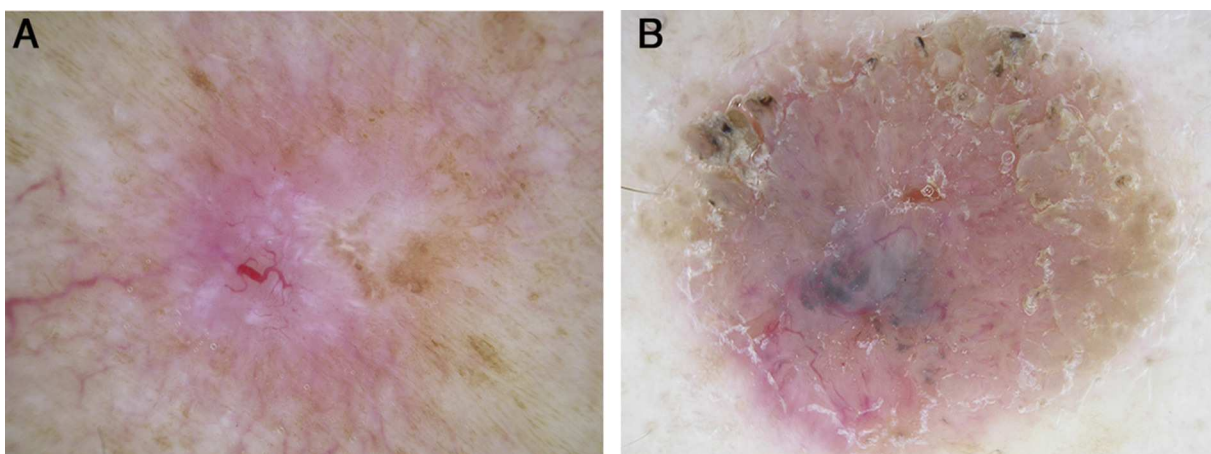


Figura 1

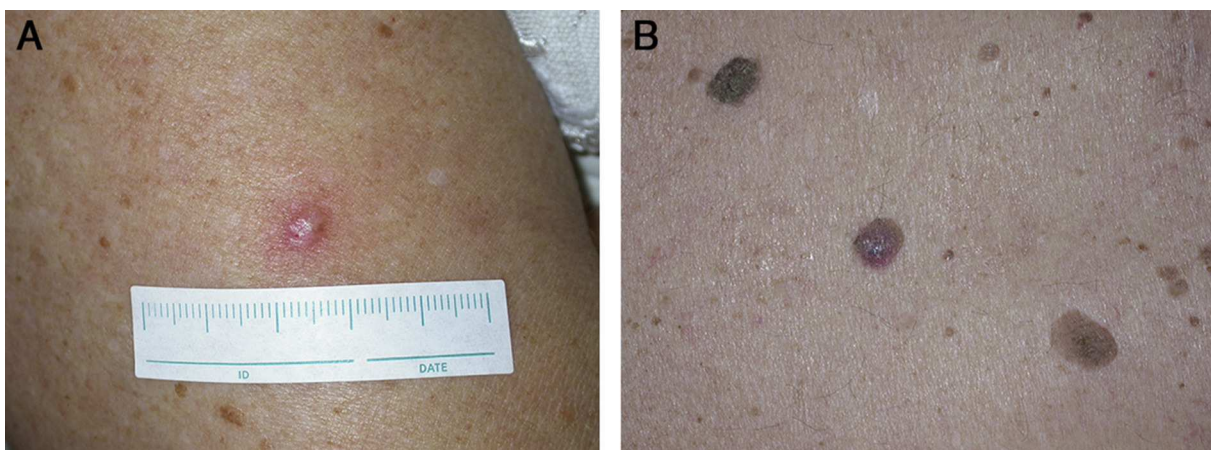


Figura 2 A. Mujer de 67 años que presenta, desde hace años, un nódulo indurado rosado de 7 × 4 mm localizado en el brazo izquierdo. Signo del ojal positivo. Diagnóstico clínico: dermatofibroma. B. Varón de 75 años con múltiples queratosis seboreicas en la espalda que presenta una pápula queratósica de 1 cm diferente al resto (centro de la imagen). Diagnóstico clínico: queratosis seboreica inflamada

Comentario

En la imagen dermatoscópica del primer caso vemos una lesión que podría dividirse en 2 partes (fig. 1A). En la parte derecha podemos apreciar el patrón constituido por un parche blanco central rodeado de un retículo pigmentado delicado. Este patrón se ha descrito en el 35-80% de los dermatofibromas, considerándose el patrón dermatoscópico característico de esta lesión¹. Sin embargo, en la parte izquierda de la imagen vemos que el patrón cambia completamente. Apreciamos pequeñas telangiectasias cortas y retorcidas (*kinking vessels*) sobre un fondo eritematoso y una gran telangiectasia arborescente o ramificada, estructura característica del carcinoma basocelular². El diagnóstico dermatoscópico sería una colisión de tumores (dermatofibroma-carcinoma basocelular), que se confirmó al extirpar la lesión.

En la imagen dermatoscópica del segundo caso (fig. 1B) vemos fisuras y crestas, con algunas criptas en la periferia de la lesión, estructuras características de las queratosis seborreicas³. Sin embargo, en la parte central e inferior podemos apreciar telangiectasias, alguna con morfología arborescente, áreas ovoides azul-grises y múltiples glóbulos azul-grises, estructuras características del carcinoma basocelular². El diagnóstico dermatoscópico fue de colisión de tumores (queratosis seborreica-carcinoma basocelular) que se confirmó al extirpar la lesión.

La colisión de tumores cutáneos es un fenómeno relativamente poco frecuente (Boyd y Rapini encontraron tan solo 69 casos en las 40.000 biopsias que revisaron⁴) y difícil de sospechar en la clínica. El error diagnóstico tiene especial relevancia cuando la colisión de tumores está formada por la combinación de neoplasias malignas y benignas, y es

la porción benigna la más evidente desde el punto de vista clínico, como ocurre en ambos casos presentados. La dermatoscopia, al mostrarnos estructuras epidérmicas y dérmicas invisibles a simple vista, ha demostrado ser muy útil en el diagnóstico de estas lesiones, permitiendo diagnosticar clínicamente colisiones de tumores que suelen pasar desapercibidas sin la técnica (figs. 2A y B)^{5,6}.

Bibliografía

1. Zaballos P, Puig S, Llambrich A, Malveyh J. Dermoscopy of dermatofibromas: A prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol*. 2008;144:75-83.
2. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Kopf AW, McCarthy WH, Katz B. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol*. 2000;136:1012-6.
3. Braun RP, Rabinovitz HS, Krischer J, Kreusch J, Oliviero M, Naldi L, et al. Dermoscopy of pigmented seborrheic keratosis: A morphological study. *Arch Dermatol*. 2002;138:1556-60.
4. Boyd AS, Rapini RP. Cutaneous collision tumors. An analysis of 69 cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol*. 1994;16:253-7.
5. Zaballos P, Llambrich A, Puig S, Malveyh J. Dermoscopy improves the recognition of benign-malignant compound tumors. *Br J Dermatol*. 2005;153:653-6.
6. Zaballos P, Bañuls J, Cabo H, Llambrich A, Salsench E, Puig S, et al. The usefulness of dermoscopy for the recognition of basal cell carcinoma-seborrheic keratosis compound tumours. *Australas J Dermatol*. 2013;54:12-20.

P. Zaballos-Diego

*Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona,
Tarragona, España*

Correo electrónico: pzaballos@aedv.es