

## *Pilomatrixoma*

(*Epitelioma calcificante de Malherbe*) (5) *Reporte de un caso*

Por los Dres.:

ALFREDO ROMEU RODRÍGUEZ Y JOSÉ JOAQUÍN PEDRERA

El hallazgo hace un año aproximadamente de este interesante caso, nos ha impulsado a presentarlo en este Congreso, en la seguridad que con los valiosos aportes que muchos distinguidos dermatólogos y anatomopatólogos aquí presentes harán, quedará completo nuestro modesto intento.

### *Sinonimia:*

Quizás encontremos pocas lesiones de la piel con una variedad tan extraordinaria de denominaciones. Y esto es fácilmente comprensible, si tenemos en cuenta los diferentes criterios etiológicos e histogénicos con que los distintos investigadores se han situado frente a este epitelioma. Así vemos que ha sido llamado: osteoma subcutáneo, epitelioma osificado, adenoma de las glándulas sebáceas, epitelioma sebáceo calcificado, psamocarcinoma de la piel, epitelioma cornificante osificado, quiste dermoide con degeneración papilomatosa, epitelioma momificado, y así sucesivamente, otras muchas denominaciones.

Fueron Malherbe y Chenantais, los que lo llamaron en 1880, epiteliomas calcificados de las glándulas sebáceas, nombre con que fue universalmente conocido.

Más recientemente, Turhan y Krainer, han expresado la opinión de que el epitelioma calcificante proviene de las células de la matriz del pelo, por lo que han preferido la denominación de pilomatrixoma, pues el mismo se ajusta más a la liistogénesis del tumor, así como al no emplear el término epitelioma, disminuye mentalmente el concepto de malignidad.

### *Concepto:*

Se trata de una lesión tumoral solitaria generalmente, aunque se han visto casos de dos o tres lesiones. Se encuentra localizada en la dermis profunda e hipodermis o tejido celular subcutáneo adherido a la epidermis que lo recubre. Es usualmente movable junto con la piel que se encuentra por encima del mismo, aunque en algunos casos se ha encontrado adherido al tejido subyacente. Su tamaño varía de medio a cinco centímetros.

Este epitelioma presenta una serie de caracteres clínicos y anatómicos que permiten identificarlo y diferenciarlo de otros tumores epiteliales que pueden sufrir infiltración calcárea, como algunos epiteliomas baso y espinocelulares, papilomas y quistes.

---

5 Trabajo presentado al X Congreso Médico Nacional celebrado en la Habana del 17 al 24 de Febrero de 1963.

### *Historia:*

En 1820, Cooper describe lesiones pétreas en el dermis, sin poder precisar más detalles.

En 1835, Bayer, prevee la posibilidad de que esas lesiones de consistencia dura que se presentan en el dermis, pudieran tener su punto de partida en las glándulas anexas de la piel.

Gluge, en 1840, hace referencia a lesiones calcificadas de la piel. En 1858, Wilkens, ofrece una descripción exacta de este tipo de lesión en una señora de 43 años de edad. La lesión le apareció en la frente y en el momento de su examen tenía trece años de evolución. Microscópicamente encontró colonias de células epiteliales, neoplásicas, alternando con áreas de osificación.

En 1860, *Forster*, nos relata el caso de una lesión que uniformemente sufre la calcificación de los elementos que la constituyen. En 1863, Lucke, reporta tres casos cuyas características los asemejan a las anteriormente descritas por los autores precedentes. En 1864, Virchow, describió ciertos osteomas subcutáneos que confundió con el que estudiamos.

En 1865 Sokolowsky publicó un trabajo, describiendo un tumor duro como hueso y de 8 años de evolución, en una mujer de 20 años de edad. Trelat, en 1872 presenta un caso similar en una mujer de 27 años de edad que para este autor se trataba de un quiste osificado; pero más tarde Malherbe lo estudió nuevamente clasificándolo como un epiteloma calcificado. (Recientemente, tuvimos oportunidad de conocer un caso similar a éste).

Es en 1880, trae Malherbe y Chenantais, después de minuciosos y ejemplares estudios denominan a este tipo de lesión "Epiteloma calcificado de la\* glándulas sebáceas," El primer trabajo publicado por Malherbe y

Chenantais se denominó: "Nota sobre el epiteloma calcificado de las glándulas sebáceas".

Posteriormente Malherbe publicó en años siguientes a su primer trabajo, otros aportes que completaron su estudio inicial.

Es realmente maravilloso, que la descripción de este tumor hecha por estos autores, en aquella época, se haya mantenido a través de los años.

Con posterioridad a los estudios de Malherbe, otros autores han trabajado intensamente en este sentido.

Así encontramos que en 1890 Pilliet, presentó en la Sociedad de Anatomía de París, dos observaciones: Una en el sexo femenino y otra en el sexo masculino.

Deneke, en 1893, publicó tres casos.

Perthes, en 1894, presentó un nuevo caso.

Como nos luce que el continuar citando autores resulta algo monótono, así como dilata la extensión de este trabajo, nos limitaremos a citar que en nuestro medio se han señalado algunos casos.

En el momento actual, ya no causa extrañeza que de vez en cuando se diagnostique un epiteloma calcificaste.

### *Incidencia y consideraciones de interés.*

Este tumor es relativamente raro, aunque según lo manifestado por algunos patólogos de nuestro medio, cada día se van encontrando con más frecuencia.

Casi siempre se observa en personas jóvenes, hasta en niños, aunque puede encontrarse también en personas de más de 50 años, como sucedió en el caso que motiva nuestro trabajo.

En cuanto al sexo las estadísticas nos demuestran, que se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino, si bien algunos autores en su casuística refieren

más casos en sexo masculino; pero, esto sabemos que a veces ocurre debido al tipo de Institución en que se trabaje, haciendo variar el tipo de paciente que nos llega.

En cuanto a factores raciales, debemos decir que hasta hace algún tiempo no se había encontrado en la raza negra; pero, en 1961 Forbis y Helwig, describen tres casos en la raza negra, así como en mestizos y asiáticos. Su mayor frecuencia la encontramos entre individuos de la raza blanca y preferentemente personas de piel blanco-rosada, como el caso tratado por nosotros.

El punto de aparición más frecuente es en la cabeza, cuello, extremidades superiores y en la piel de la espalda.

Nuestro paciente niega haber recibido ningún traumatismo con anterioridad en la zona afectada, aunque revisando la literatura, hemos encontrado algunos casos que refieren historias de traumatismos o acciones irritantes previas a la aparición del tumor.

No se ha encontrado nada hasta el momento que haga pensar que este epiteloma tenga un carácter familiar.

La lesión es generalmente única y su evolución es lenta y silenciosa. En el caso que nos ocupa una infección secundaria fue lo que inquietó al paciente, haciéndolo acudir al médico.

La lesión, en sí, es prácticamente indolora, aunque a veces presenta sensibilidad a la presión.

#### *Anatomía patológica de este tipo de tumor.*

Histológicamente, dentro de una zona tumoral netamente demarcada, se encuentran dos tipos de masas tumorales. Una, a "células basofílicas" y otras a "shadow cells" o células en sombra. Las primeras muestran gran analogía con las células del epiteloma basal, a

núcleo redondo, ovalado profundamente basofílico y muy poco citoplasma.

Las segundas aparecen como células decoloradas a un rosado muy pálido y una huella sombreada en lugar del núcleo, que no toma el colorante (hema-toxilina y eosina).

Es dable observar transiciones de las células basofílicas a las células en sombra.

Se observan igualmente áreas de cornificación, tanto en forma de bandas como en centros.

En algunos puntos pueden observarse depósitos de calcio, dando masa irregulares y esto ocurre principalmente en las zonas de "shadow-cells". En el estroma del tumor, puede haber un variable número de células gigantes, tipo cuerpo extraño.

En ocasiones el tumor puede presentar pigmentación melánica en las distintas zonas, basofílicas, "shadow cells", o estroma.

#### *Histogénesis.*

Las células basofílicas pueden seguir distintas evoluciones:

- a) A shadow cells
- b) A shadow cells hialinizadas
- c) A células escamoides
- d) A células degeneradas

Algunas células escamoides presentan puentes intercelulares y un material hialino que, recuerda o se parece a la trico-hialina de la vaina interna de la raíz del pelo.

Puede encontrarse queratina en algunas áreas junto con restos amorfos y hematíes.

En el estroma se observa reacción a tipo de cuerpo extraño, como antes dijimos con numerosas células gigantes, linfocitos, histiocitos y polimorfonucleares.

Se observan también espacios ingurgitados con hematíes.

En algunos casos hay comunicación entre las células tumorales y el estroma. Estos espacios lacunares con hematíes, explican los depósitos de hemosiderina en los tumores.

Definidas similitudes se han encontrado entre el pilomatrixoma y el pelo. Generalmente se acepta que el tumor proviene de las células germinales, primitivas, epidérmicas, que están diferenciándose hacia células de la matriz del pelo.

Acaso el origen pueda estar en la migración de una célula primitiva de la epidermis hacia ahajo. Esto es sugerido por la presencia de algunos tumores que conectan con la epidermis por medio de una abertura a modo de un poro folicular.

Por su naturaleza, pues, este tumor, casi invariablemente benigno, debe considerarse dentro de los hamartomas (tumores nevoides), sub-organoides, a diferenciación pilosa.

#### *Reporte del caso:*

El caso por nosotros estudiado, se trata de un individuo (J.F.M.), de 52 años de edad, raza blanca, natural de Sagua la Grande y de ocupación marino mercante, aunque en el momento de la consulta se encuentra retirado desde hace dos años de esa actividad. Su piel es blanco-rosada y sus ojos de color claro.

Dicho individuo, nos fue remitido por el médico de guardia de una institución, el que suponiendo que la lesión que presentaba el enfermo en la mejilla izquierda, se trataba de un forúnculo, practicó una incisión en la misma. Al practicar la incisión le llamó la atención, que de la misma no brotó el pus esperado, así como, notó gran dificultad al incidir, pues, la dureza de la lesión, oponía resistencia al bisturí. Después de limpiar la sangre que del mismo brotaba nos encontramos con una lesión situada en la

mejilla izquierda, próxima a la nariz, esférica, como del tamaño de una avellana, situada algo profundamente. Su superficie era lisa y regular, aunque en su centro parecía infectada secundariamente, lo que motivó que el médico de guardia supusiera que se trataba de un forúnculo. Al interrogar al individuo, éste nos manifestó que la lesión le había comenzado unos meses antes, sin poder precisar exactamente cuantos; pero, que calculamos en cuatro

o seis meses. Que dicha lesión comenzó algo más pequeña y que durante ese tiempo aumentó algo de tamaño. Ya por estos detalles hubiera podido descartarse que se tratara de un forúnculo.

En ese momento tomamos un fragmento para estudio anatómico-patológico y abrimos una interrogación en el caso.

Se le indicó: Fomentos de una solución débil de permanganato de potasio y tetraciclina a razón de un gramo diario.

Llevamos la muestra así obtenida al Laboratorio de Anatomía Patológica de la Cátedra de Dermatología del Hospital Calixto García, donde fue estudiada y diagnosticada como un pilomatrixoma o epiteloma calcificante.

Con este diagnóstico anatómico-patológico, citamos nuevamente el caso y le practicamos electrocoagulación amplia de la lesión.

Pocos días después tuvimos necesidad de electrocoagular nuevamente, pues, la anterior electrocoagulación no fue suficiente, y quedaron algunos puntos de actividad.

Aplicamos después una pomada antibiótica, y la cubrimos con gasa. Pocos días después la lesión cicatrizaba perfectamente, quedando el enfermo completamente bien.

Actualmente lleva más de un año de tratado, sin presentar recidiva ni nada que haga pensar en la lesión.

#### CONCLUSIONES

Presentamos un nuevo caso de *pilomatrixoma o epiteloma calcificante de Malherbe*, que se aprovecha para recordar sus caracteres histológicos, así como repasar algunas de las teorías sobre su histogénesis.

#### CONCLUSIONS

We present a new case of Pilomatrixome or Malherbe's calcifying epitheoma, to recall its

histological characteristics, as well as to review some of the theories on its histogenesis.

#### CONCLUSIONS

Nous présentons un nouveau cas de Piloinatrixome ou épithélioma calcifiant de Malherbe, dont on tire profit pour rappeler ses caracteres histologiques, ainsi que pour revoir quelques theories sur son histogénése.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —*Oliver S. Ormsey, M. D., Hamilton Montgomery M. D.-M. S.*—Disease of the skin, Philadelphia, 1954.
2. —*JFalter F. Lever, M. D.*: Histopathology of the skin.
3. —*Pediatric Clinics of North America*. Vol 8, Número 3. Pediatric Dermatology.
4. —*Robert Forbis Jr. M. D. and Elson B. Helwig M. D.*: Pilomatrixoma (Calcifying Epithelioma). Archives of Dermatology. American Medical Association. Vol. 83, No. 4, Abril de 1961.
5. —*N. Puente Duany*. Epiteliomas calcificados de la piel, tumor de Malherbe (Epiteliomas cornificantes calcificados). Boletín de la Soc. Cubana de Dermatología y Sifilografía. Vol. VIII, No. 2, Junio de 1950. Habana, Cuba.