

# Dermatofibroma «aneurismático»

[Réplica]

Luis Requena

Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid (España)

Recientemente he leído en *Actas Dermosifiliográficas* el artículo de Álvarez Fernández y cols. titulado «Histiocitoma fibroso aneurismático (angiomatoide)»<sup>1</sup>. De acuerdo con el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, aneurisma significa «dilatación anormal de un sector del sistema vascular». En todos los casos de esta variante de dermatofibroma descritos en la literatura hasta la fecha<sup>1-10</sup>, los autores reconocen que las áreas denominadas «aneurismáticas» no corresponden a auténticos aneurismas, ya que no son estructuras vasculares dilatadas, sino que simplemente consisten en una abundante extravasación de hematíes entre las células del dermatofibroma, circunstancia, por otra parte, relativamente frecuente en muchas de las variantes histopatológicas de dermatofibroma descritas hasta el momento actual y que son ya más de 40. Entonces, ¿por qué perpetuar este término incorrecto en vez de denominar sencillamente a estas lesiones *dermatofibromas hemorrágicos* o, si se prefiere, *dermatofibromas hemosideróticos* cuando la lesión se extirpa en un estadio más avanzado de evolución y la sangre extravasada se ha transformado ya en hemosiderina? Las lesiones similares de partes blandas denominadas *quistes primarios aneurismáticos de partes blandas*<sup>11</sup> y las lesiones óseas denominadas *quistes óseos aneurismáticos*<sup>12</sup> constituyen muestras adicionales de este mismo error. Tampoco parece un argumento válido en defensa del calificativo *aneurismático* para estos dermatofibromas el hecho de que los aneurismas disecantes de aorta no muestren un revestimiento endotelial, ya que la colección hemática se sitúa fuera de la capa endotelial, pero en el espesor de la

pared vascular dilatada, entre la adventicia y la capa elástica de la aorta. En estos casos, sin existir revestimiento endotelial, la colección hemática está delimitada por componentes de una pared vascular dilatada y, por tanto, su denominación como aneurisma es absolutamente correcta. Este no es el caso del *dermatofibroma aneurismático*, ya que la lesión en cuestión consiste simplemente en un dermatofibroma con abundantes hematíes extravasados entre las células del dermatofibroma y sin estructura de pared vascular alguna que delimite esta hemorragia.

En dermatopatología existen ya numerosos nombres describiendo entidades que, estando ampliamente aceptados y siendo profusamente utilizados, resultan del todo incorrectos a la hora de describir las características histopatológicas de la lesión. Pero lo más paradójico es que para denominar estas lesiones se han propuesto otros términos mucho más correctos y adecuados que por motivos desconocidos no tienen éxito. Buenos ejemplos de esta eventualidad los constituyen denominaciones tales como las de *melanoma benigno juvenil* (para el nevo de Spitz), *acrospiroma* (para el hidroadenoma apocrino) y *siringoma condroide* (para el tumor mixto cutáneo). Afortunadamente algunas de estas denominaciones inapropiadas como sucede en el caso del *melanoma benigno juvenil* para el nevo de Spitz han ido cayendo en desuso con el paso de los años y actualmente el término nevo de Spitz es la denominación más ampliamente utilizada y existe el acuerdo prácticamente unánime de que es la más adecuada para nombrar esta variante de nevo melanocítico. Por tanto, el argumento de «acuñado por el uso» no debería utilizarse para defender términos incorrectos, ya que no reporta ningún beneficio y simplemente favorece el inmovilismo, dificultando que la terminología médica sea más lógica y correcta. Existen casos como sucede con los términos de *acrospiroma* y *siringoma condroide* que por motivos desconocidos están firmemente arraigados y los libros de texto en sus sucesivas ediciones, así como los artículos en revistas de nuestra especialidad, continúan manteniendo estas denominaciones ilógicas e incorrectas, con el agravante de que se han propuesto otras mucho más acordes con la naturale-

za y características histopatológicas de las lesiones. Este es el caso también del *dermatofibroma aneurismático*. No es que yo sea partidario de aumentar aún más la terminología dermatológica y dermatopatológica, ya que nuestra especialidad es ya una de las más ricas y difíciles en este sentido, y frecuentemente nuestros colegas de otras especialidades protestan por lo que ellos denominan algo despectivamente nuestra «jerga dermatológica» cuando tratan de entender nuestros informes o artículos científicos. Pero en mi opinión nada bueno se consigue perpetuando nombres como el de *dermatofibroma aneurismático* cuando está claro que esta denominación es inadecuada e incorrecta para describir el mecanismo de producción y las características histopatológicas de la lesión. Además, ¿cuál es el problema para denominar a estas lesiones como dermatofibromas hemorrágicos, denominación a mi juicio mucho más sencilla y correcta? Tampoco el calificativo «angiomatoide», que algunos autores añaden como subtítulo o calificativo adicional a la hora de describir dermatofibromas hemorrágicos, resulta adecuado, ya que «angiomatoide» significa parecido a angio- ma, es decir, con un abundante componente vascular, y la abundancia de capilares y vénulas es una de las características histopatológicas más constantes y distintivas de todas las variantes histopatológicas del dermatofibroma. En este sentido todos los dermatofibromas serían, pues, angiomatoides.

Otro punto que me gustaría comentar es que Álvarez Fernández y cols.<sup>1</sup> parecen considerar también como un dermatofibroma aneurismático la lesión que nosotros describimos como «dermatofibroma hemosiderótico multinodular»<sup>13</sup>, ya que incluyen nuestro trabajo en su revisión bibliográfica. De entrada puedo asegurar que el término «aneurismático» no aparece en la descripción de nuestro caso y la lesión en todo momento es descrita como dermatofibroma hemosiderótico. Pero además lo más llamativo y peculiar de nuestro caso no consistía en el abundante depósito de hemosiderina dentro de la lesión, circunstancia relativamente frecuente en el dermatofibroma, sino que lo que le confería un carácter distintivo era su naturaleza multinodular, hallazgo que hasta donde nosotros conocemos no ha sido descrito en otras lesiones de dermato-

fibroma. Una cosa son los dermatofibromas múltiples agrupados, entidad bien conocida y descrita en la literatura, y otra distinta es el dermatofibroma multinodular: múltiples nódulos de dermatofibroma visibles como nódulos independientes desde el punto de vista histopatológico y que constituyen una única lesión desde el punto de vista clínico. Por ello, además de incorrecto resulta inadecuado incluir nuestro dermatofibroma hemosiderótico multinodular entre los dermatofibromas aneurismáticos.

## Bibliografía

1. Álvarez Fernández JG, Pérez Campos A, Romero Maté A, Gómez de la Fuente E, Rodríguez Peralto JL, Iglesias Díez L. Histiocitoma fibroso aneurismático (angiomatoide). *Actas Dermosifiliogr* 1999; 90: 128-31.
2. Santa Cruz DJ, Kyriakos M. Aneurysmal («angiomatoid») fibrous histiocytoma of the skin. *Cancer* 1981; 47: 2053-61.
3. Sood U, Mehregan AH. Aneurysmal («angiomatoid») fibrous histiocytoma. *J Cutan Pathol* 1985; 12: 157-62.
4. Guirao AL, Conde JM, Fernández Valencia R. Histiocitoma fibroso aneurismático («angiomatoide»). *Patología* 1985; 18: 524.
5. Kim CJ, Cho JH, Chi JG. Aneurysmal («angiomatoid») fibrous histiocytoma in a child. *J Korean Med Sci* 1989; 4: 159-62.
6. Cerio R, McGibbon D, Wilson Jones E. Angiomatoid fibrous histiocytoma [resumen]. *J Cutan Pathol* 1989; 16: 298.
7. Tressera F, Tarroch X, Domingo A, Forcada P, González Pont G, Salas A. Histiocitoma fibroso aneurismático («angiomatoide»). *Patología* 1993; 26: 147-50.
8. Yang P, Hirose T, Hasegawa T, Seki K, Hizawa K. Aneurysmal fibrous histiocytoma of the skin. A histological, immunohistochemical and ultrastructural study. *Am J Dermatopathol* 1995; 17: 179-84.
9. Calonje E, Fletcher CDM. Aneurysmal benign fibrous histiocytoma: clinicopathological analysis of 40 cases of a tumour frequently misdiagnosed as a vascular neoplasm. *Histopathology* 1995; 26: 323-31.
10. Zelger BW, Zelger BG, Steiner H, Öfner D. Aneurysmal and hemangiopericytoma-like fibrous histiocytoma. *J Clin Pathol* 1996; 49: 313-8.
11. Rodríguez Peralto JL, López Barea F, Sánchez Herrera S, Atienza M. Primary aneurysmal cyst of soft tissue. *Am J Surg Pathol* 1994; 18: 632-6.
12. Dabska M, Buzacrewski J. Aneurysmal bone cyst. *Pathology, clinical course and radiologic appearances*. *Cancer* 1969; 23: 371-89.
13. Requena L, Aguilar A, López-Redondo MJ, Schoendorff C, Sánchez Yus E. Multinodular hemosiderotic dermatofibroma. *Dermatologica* 1990; 181: 320-3.

## [Contrarréplica]

José G. Álvarez Fernández<sup>1</sup> y  
José L. Rodríguez Peralto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología y <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid (España)

Ante todo nos gustaría agradecer al doctor Requena el extraordinario interés demostrado al leer minuciosamente el artículo publicado por nuestro grupo<sup>1</sup>. Según el diccionario de términos médicos de Ruiz Torres, aneurisma se define como «bolsa formada por dilatación o rotura de las paredes de una arteria o vena llena de sangre circulante». En ningún caso se colige de esta definición que la sangre extravasada tenga que estar delimitada por endotelio o incluida en el espesor de una pared vascular entre adventicia y capa elástica como sugiere el doctor Requena. Los quistes aneurismáticos de hueso y los escasos descritos por nuestro grupo en partes blandas son formaciones saculares o «quísticas» sin revestimiento endotelial ocupadas por abundante material hemático no coagulado<sup>2</sup>. Estas estructuras «quísticas» se forman como resultado de procesos reparativos secundarios a un traumatismo imperceptible que causa anomalías vasculares, resultando en un ensanchamiento rápido vascular, rotura y salida de sangre libre y fluida, que ocupa el tejido conjuntivo adyacente. El mesénquima prolifera de forma importante en respuesta a la alteración vascular. Con el tiempo la lesión se estabiliza y los fibroblastos y elementos óseos, si los hubiere, maduran, constituyendo estas estructuras saculares, «quísticas» o aneurismáticas. Que las lesiones aneurismáticas son fruto del daño vascular previo lo confirma el hecho de que son muchas las hemorragias o hematomas de hueso o partes blandas tras traumatismos o fracturas y raros o excepcionales los quistes aneurismáticos de hueso, piel o partes blandas.

[Reproducido con autorización de *Actas Dermosifiliográficas* 2000; 91: 112-114]

Centrándonos en los dermatofibromas es cierto, como refiere el doctor Requena, que estos tumores presentan frecuentemente hemorragias o depósitos de hemosiderina; sin embargo, es raro encontrar estructuras quísticas saculares o aneurismáticas que ocupen masivamente la lesión o que incluso hagan difícil el diagnóstico del dermatofibroma de base.

El problema principal, como en tantas ocasiones de la dermatología o dermatopatología, estriba en el hecho de que con el afán de realizar diagnósticos brillantes se incluyen bajo el término de dermatofibroma aneurismático dermatofibromas convencionales con más o menos material hemático o hemosiderina extravasada, pero sin hechos aneurismáticos verdaderos. Por ello nosotros creemos que debe ser estricto el diagnóstico de esta variedad de dermatofibroma, que conviene conocer para no confundirla clínicamente con lesiones vasculares o incluso melanocíticas e histológicamente con hemangiomas.

En cuanto al término angiomatoide, indica simplemente que son lesiones que se parecen a angiomias, de ahí el sufijo «oide», y nunca que sean verdaderos angiomias o proliferaciones vasculares; por tanto, el término angiomatoide podría, en sentido lato, considerarse correcto.

En suma, consideramos que el término dermatofibroma aneurismático es adecuado para describir estas lesiones, pero que se debe ser estricto en su diagnóstico. Además creemos que términos nuevos que se tratan de consolidar como «hemorrágico» o «hemosiderótico» deberían ser eliminados por su imprecisión y porque la hemorragia y la hemosiderina son uno más de los componentes habituales del dermatofibroma.

### Bibliografía

1. Álvarez Fernández JG, Pérez Campos A, Romero Maté A, Gómez de la Fuente L, Rodríguez Peralto JL, Iglesias Díez L. Histiocitoma fibroso aneurismático (angiomatoide). *Actas Dermosifiliogr* 1999; 90: 128-31.
2. Rodríguez Peralto JL, López Brea F, Sánchez Herrera S, Atienza M. Primary aneurysmal cyst of the soft tissue. *Am J Surg Pathol* 1994; 18: 632-6.