

# PILOMATRIXOMA: ¿QUIÉN? ¿QUÉ?

**López Torres, Irene Isabel<sup>1</sup>; León Román, Víctor Estuardo<sup>2</sup>; Andrade Albarracín, Ricardo Leandro<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

<sup>2</sup>Hospital General de Villalba, Collado Villalba, Madrid.

## INTRODUCCIÓN

El pilomatrixoma o epiteloma calcificante de Malherbe, es una lesión cutánea superficial, benigna con diferenciación hacia células de la matriz pilosa. Su incidencia no supera el 0.003%. Aparece típicamente en mujeres en la primera y segunda década de la vida siendo su localización más frecuente la cabeza y el cuello (64%), encontrándose menos del 5% del total en extremidades. Comentadas las características epidemiológicas se presenta un atípico caso de pilomatrixoma, cuyas características clínicas obligaron al estudio completo de la lesión como un tumor de partes blandas de naturaleza desconocida.

**OBJETIVO:** Ilustrar el manejo de una lesión de partes blandas (TPB) de naturaleza desconocida y criterios clínicos de gravedad.

## MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso de un varón de 50 años que refiere aparición de una tumoración en hueso poplíteo izquierdo, indolora pero de crecimiento progresivo en el último año.

A la exploración se identificó una tumoración de partes blandas (TPB) de unos 2cm de diámetro, consistencia pétrea, superficie irregular y no adherida a planos profundos. No adhesión a piel, no se identificaron lesiones cutáneas ni signos flogóticos. Ante la presencia de TPB de naturaleza desconocida pero con criterios clínicos de agresividad se decidió realizar radiografías AP y lateral de rodilla, RMN y biopsia de la lesión.

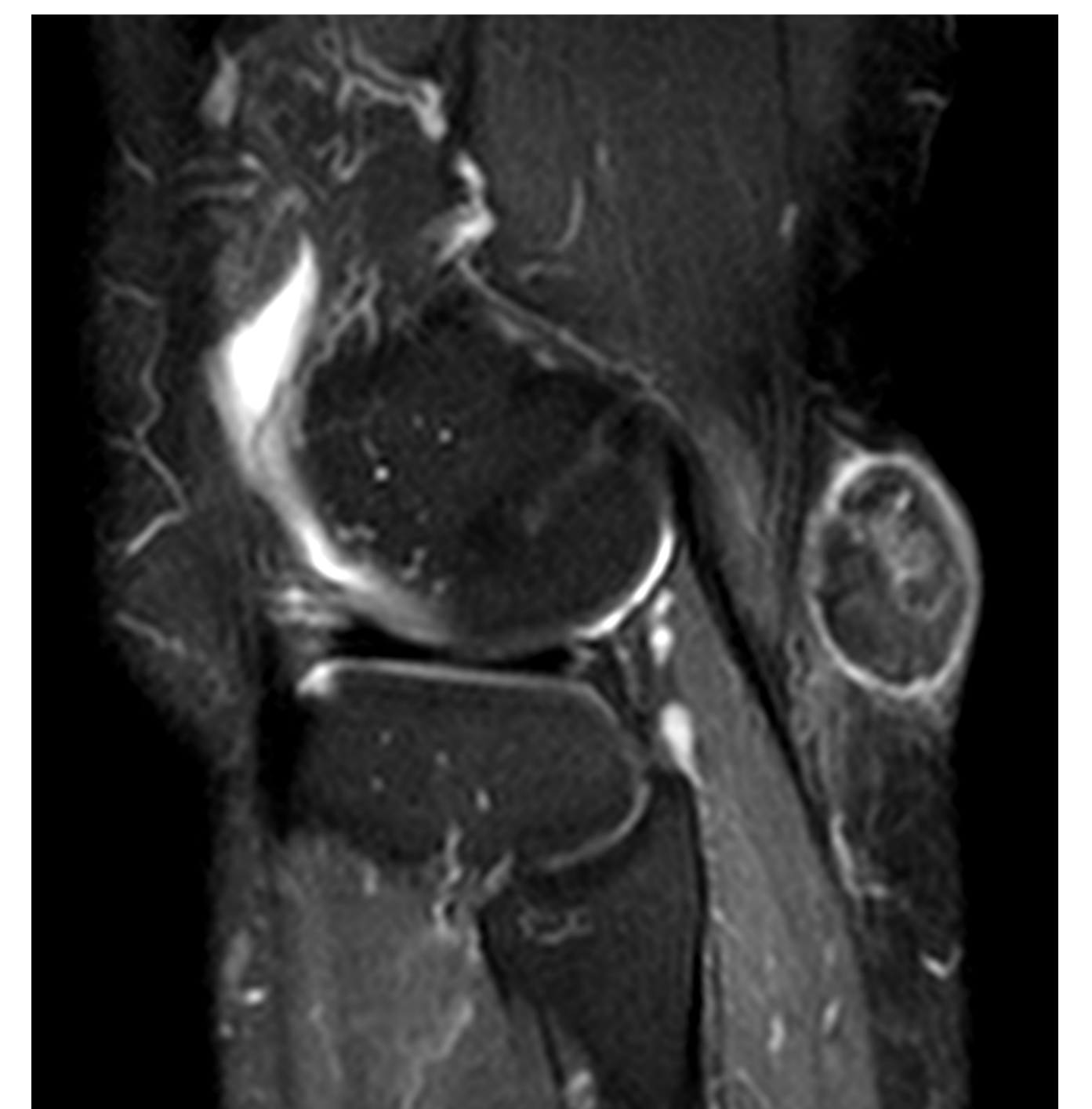
## RESULTADOS

En las radiografías se identificó una masa de partes blandas en la cara lateral con mínimas calcificaciones intranodulares pero sin reacción periódica en el hueso subyacente.

La RMN identificó una lesión nodular de 28 mm con captación de señal intermedia en todas las secuencias, en íntimo contacto con la fascia muscular subyacente y con pequeño edema periférico.

Por último, la BAG con trucut obtuvo cilindros blancoparduzcos compuestos por células epiteliales planas denominadas "Células fantasma" con intensa hiperqueratosis y calcificación distrófica compatibles con pilomatrixoma.

Tras realizar el estudio preparatorio se realizó la resección marginal de la lesión confirmándose el diagnóstico de sospecha con el estudio anatomopatológico de la pieza.



## CONCLUSIÓN

Ante un TPB en las extremidades el valor de las pruebas complementarias es indudable, pero ante cualquier duda sobre la naturaleza del tumor es imprescindible realizar una biopsia de la lesión, siendo de elección la biopsia con trucut o trocart.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Jones CD, Ho W, et al. *Pilomatrixoma: A Comprehensive Review of the Literature*. Am J Dermatopathol. 2018;40(9):631-41.
2. Khammash MR, Todd DJ, et al. *Concurrent pilomatrix carcinoma and giant pilomatrixoma*. Australas J Dermatol. 2001;42(2):120-3.
3. Marino MA, Ascenti G, et al. *Pilomatrixoma of the right thigh: Sonographic-pathologic correlation in a young man*. Radiol Case Rep. 2020;15(3):230-3.

