

Fibroepitelioma de Pinkus: reporte de un caso

Fibroepithelioma of Pinkus: a case report

**Cindy Rodríguez-Arbi,¹ Antonio Paredes-Arcos,²
Gadwyn Sánchez-Félix,³ Tomás Carbajal-Chávez⁴**

RESUMEN

El fibroepitelioma de Pinkus (FEP) es considerado un tipo de carcinoma de células basales, afecta frecuentemente a individuos entre la cuarta y sexta década de vida, aunque también se han reportado casos pediátricos. Es infrecuente, pero se cuestiona que esta baja frecuencia se deba a un infradiagnóstico. Clínicamente se observa como una lesión papular, una placa sésil, un tumor cupuliforme o polipode; de coloración que varía entre rosa, rojo, piel o marrón, por lo que se debe considerar en el diagnóstico diferencial de algunas lesiones benignas y también neoplasias. La descripción de las características histológicas y dermatoscópicas del FEP ha permitido mejorar el diagnóstico, aunque aún es controversial si es una variante inusual del carcinoma basocelular, una forma benigna del mismo o una variedad de tricoblastoma. Se presenta un caso de FEP en un adulto mayor varón y se señalan los hallazgos histopatológicos y dermatoscópicos.

PALABRAS CLAVE. *Fibroepitelioma de Pinkus. Histopatología. Carcinoma basocelular. Dermatoscopia.*

ABSTRACT

Fibroepithelioma of Pinkus is considered a type of basal cell carcinoma, it frequently affects individuals between the fourth and sixth decade of life, although pediatric cases have also been reported. Although it is believed that it is uncommon, it is questioned that this low rate is due to underdiagnosis. Clinically is seen as a papular lesion, a sessile plate, a hue or polypoid tumor; color ranging from pink, red, skin, or Brown, so it should be considered in the differential diagnosis of some benign lesions and also neoplasms. Description of histological features and images of this tumor has allowed improving diagnosis, although the controversy to be considered an unusual variant of carcinoma basal cell, a benign form of the same, or a variety of trichoblastoma persists. We present a case of Pinkus fibroepithelioma in one older adult male, pointing out the dermatoscópicas and histopathological findings.

KEY WORDS. *Pinkus. Histopathology, Dermoscopy. Basal cell carcinoma fibroepithelioma.*

INTRODUCCIÓN

El fibroepitelioma de Pinkus (FEP) es un raro tumor cutáneo, inicialmente descrito en 1953, por Pinkus, como un tumor fibroepitelial premaligno.¹ Actualmente, existe controversia sobre su clasificación. Es considerado por algunos autores como una variante infrecuente del carcinoma basocelular y por otros como una variedad de tricoblastoma.²⁻⁶ Clínicamente, puede simular una variedad de tumores benignos de la piel como nevo melanocítico intradérmico, acrocordón, fibroma pedunculado, granuloma piógeno y queratosis seborreica.^{7,8} Típicamente se localiza en el tronco, con predilección por la región lumbosacra.³

La dermatoscopia y la microscopia confocal reflectante son herramientas complementarias que han permitido mejorar el diagnóstico temprano de neoplasias cutáneas. Algunas características específicas descritas en la dermatoscopia orientan al diagnóstico de FEP.⁸ La histopatología del FEP consiste de finos cordones alargados y anastomosados de células basaloides, dispuestas en empalizada, en la periferia que rodea a un estroma fibrovascular.

A continuación, se reporta un caso de FEP en continuidad con un carcinoma basocelular.

1. Médico residente de dermatología. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).
2. Médico asistente, servicio de Dermatología, HNERM.
3. Médico jefe de servicio de Dermatología, HNERM.
4. Médico asistente, servicio de Anatomía patológica, HNERM.

CASO CLÍNICO

Varón de 81 años, natural de Huánuco y procedente de Lima, con antecedentes personales de hipertensión arterial controlada, quistes simples hepático, esteatosis leve, quiste cortical renal derecho y mixoma digital derecho; fue remitido al servicio de Dermatología del hospital para la evaluación de una lesión asintomática localizada en la región dorsal de un año de evolución.

Al examen físico pudo objetivarse a nivel de columna dorsal una lesión nodular de 1 x 1,2 cm de diámetros, de bordes definidos y regulares, de color rosa pálido con un área levemente hiperpigmentada en un lado de la lesión.

(figura 1A), a un mayor acercamiento se observa la superficie levemente irregular (figura 1B). Por los hallazgos descritos se sospechó inicialmente de un carcinoma basocelular, un fibroma o una queratosis seborreica.

La dermatoscopia inicial reflejaba una lesión de fondo eritematoso, donde se insinuaba sutilmente una estructura blanquecina amorfa ubicada irregularmente en la región central. En la periferia se observa claramente vasos punteados (figura 2A).

Se procedió a realizar una biopsia en sacabocados, para confirmar el diagnóstico. La imagen dermatoscópica de la lesión luego de la biopsia evidencia una zona de

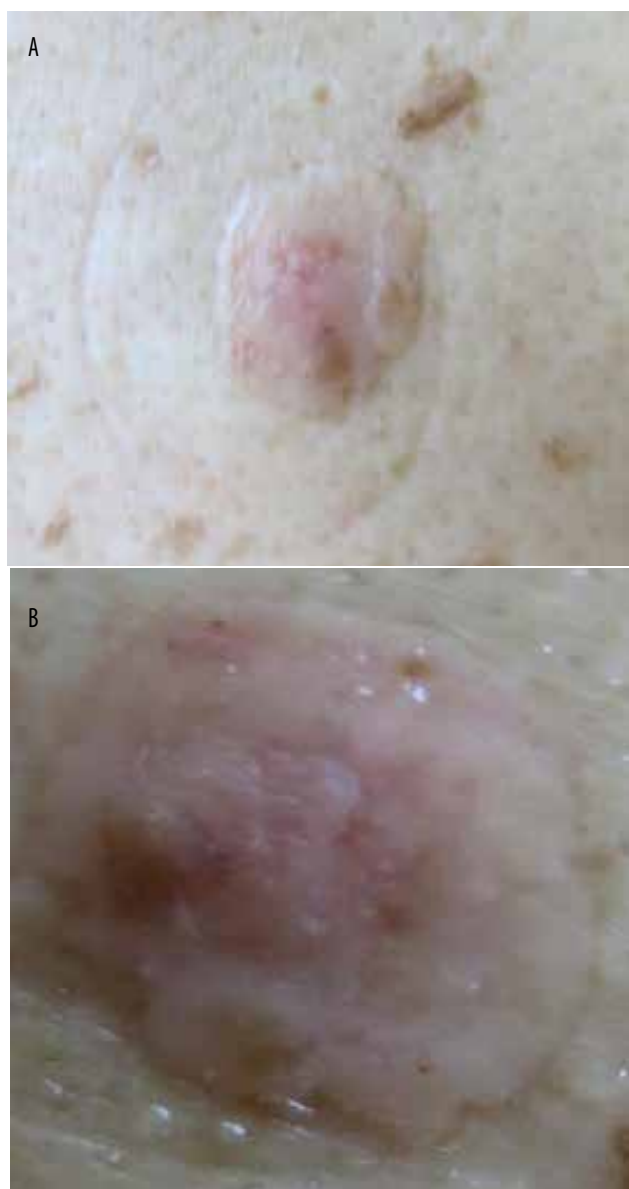


Figura 1. Lesión nodular de color rosa pálido de bordes definidos y regulares. A) Vista panorámica. B) A mayor acercamiento, la superficie de la lesión es irregular.

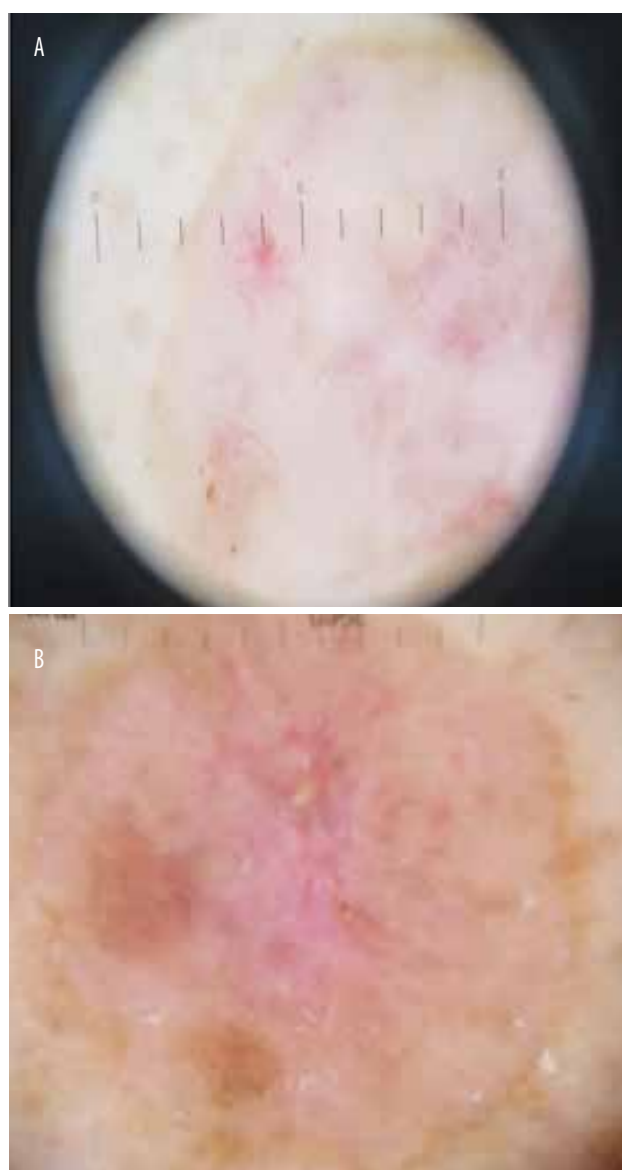


Figura 2. Dermatoscopia de la lesión. A) Fondo eritematoso con una estructura amorfa blanquecina y vasos sanguíneos punteados. B) Lesión posbiopsia. Mayor detalle de los vasos arboriformes finos y estrías blanquecinas.

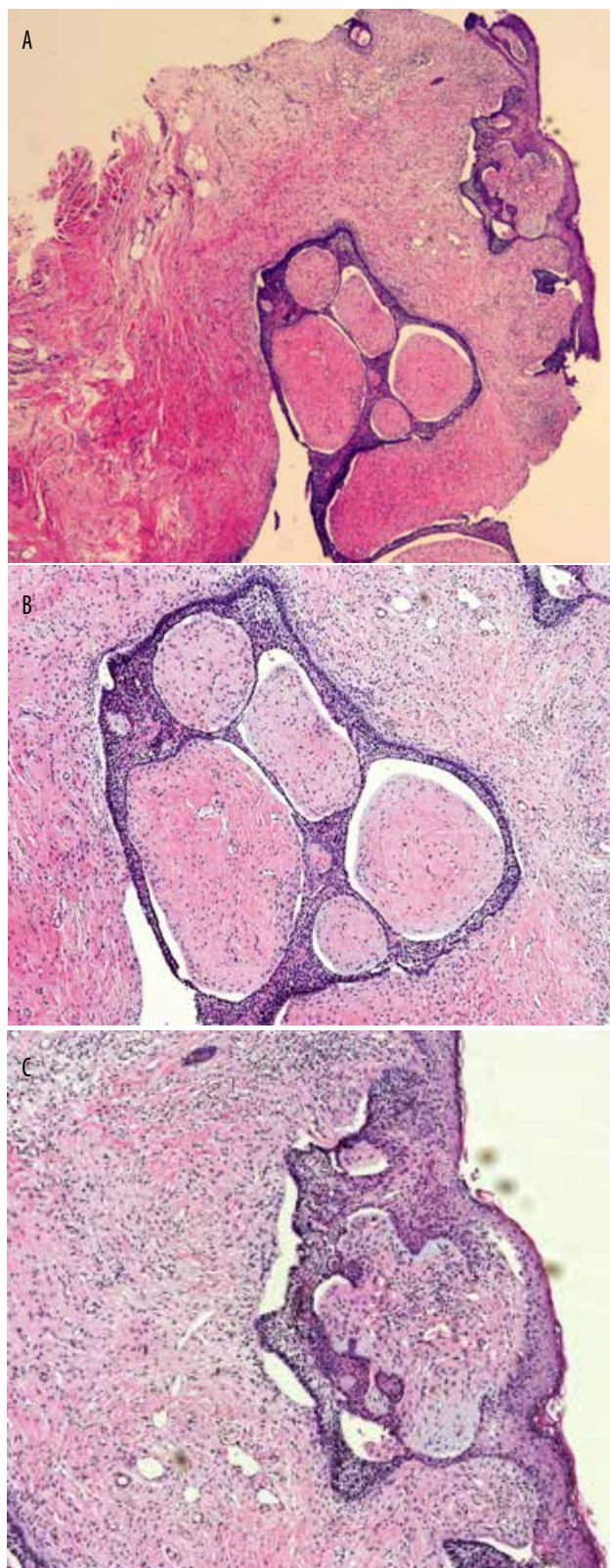


Figura 3. A) Vista panorámica de la biopsia, con dos lesiones, una en la parte superior derecha* y otra en la parte inferior**. B) Proliferación de células basaloides, que se extiende a la dermis con distribución de células en empalizadas y artefactos de retracción del estroma (*cleft*)*. C) Detalle de parte superior de la biopsia. Células en empalizada con imagen de retracción compatible con carcinoma basocelular.

cicatrización. Asimismo, se observa un fondo eritematoso, donde se insinúan estrías blanquecinas y vasos arboriformes finos y poco ramificados.

El estudio anatomopatológico a menor aumento evidencia dos lesiones: una en la parte inferior hacia el lado izquierdo y otra en la parte superior derecha (figura 3A). A mayor aumento se aprecia en la parte inferior una proliferación de células basaloides a partir de la capa basal que se extiende hacia la dermis, en fila de dos a tres células que rodean a un estroma fibroso que es diferente al colágeno de la piel. (figura 3B). A mayor aumento se observó la distribución de células en empalizadas en algunos lados. Asimismo, en ciertas áreas presenta un aspecto de carcinoma basocelular, se visualizan artefactos de retracción del estroma (figura 3C). En la zona superior de la muestra se visualiza un grupo de células basaloides distribuidas en empalizada, que se proyectan hacia la dermis, asimismo, se observa un artefacto de retracción estromal (*cleft*), hallazgos compatibles con carcinoma basocelular.

Dados los hallazgos de la histopatología se realizó la exéresis de la lesión, obteniendo una pieza operatoria con bordes libres de enfermedad. Actualmente, el paciente continúa en seguimiento por nuestro servicio por una evolución poco favorable de la herida operatoria donde se realiza curaciones tres veces por semana para favorecer el cierre por segunda intención.

COMENTARIO

El fibroepitelioma fue descrito por primera vez por Pinkus como un tumor fibroepitelial premaligno.¹ Posteriormente, ha sido considerado un tipo infrecuente de carcinoma basocelular con características histopatológicas peculiares, sin embargo, otros autores sugieren que es una variante de tricoblastoma.^{4,9}

Las lesiones son similares a patologías benignas como queratosis seborreicas, fibroma pedunculado, granuloma piógeno, hemangioma, nevo sebáceo de Jadassohn, nevo melanocítico papilomatoso, neurofibroma y acrocordón. Incluso, debe considerarse el diagnóstico diferencial con lesiones malignas como el melanoma amelanocítico.^{3,9}

La mayoría de casos han sido descritos en individuos entre la cuarta y sexta década de vida, aunque se han descrito casos en pacientes pediátricos.¹⁰ Respecto a la distribución según el sexo, algunos autores consideran que es indistinta para hombres y mujeres;^{3,8} mientras que para otros, la mayoría de casos se presenta en varones.⁴

En cuanto a su ubicación, muestra predilección por el tronco y las extremidades, sobre todo, en la región lumbosacra.^{1,11}

Sin embargo, se han reportado varios casos de lesiones localizadas en tórax, área periumbilical, pene, escroto, planta de pie, cabeza y mamas.^{8,12-15}

Se manifiesta como una tumoración papilomatosa, cupuliforme, pediculado o sésil, en ocasiones puede presentarse como nódulos o placas. El color varía entre rosa, rojo, color piel o levemente marrón-grisáceo;^{2,8} su consistencia es suave y la superficie varía entre lisa y escamosa, en ocasiones ulcerada¹⁶ y con un diámetro que varía de 5 a 30 mm.¹⁷ Suele tener un crecimiento lento, con escasa agresividad local.⁸ La presentación única es más frecuente, aunque se han descrito casos con múltiples lesiones.⁹

El caso presentado coincide en varios aspectos con lo descrito en la literatura, dado que se trata de un paciente varón adulto mayor con una lesión única, de tipo nodular y consistencia suave, color rosado y localizada en un área frecuentemente descrita como es la columna dorsal.

Dado los diferentes diagnósticos diferenciales podemos emplear herramientas no invasivas como la dermatoscopia que orientan el diagnóstico de esta entidad.

Reggiani et al. resumieron los hallazgos dermatoscópicos de diversos reportes de caso, en total se revisaron 19 casos; de ellos, 12 fueron no pigmentados y 7, pigmentados. Los patrones dermatoscópicos son los siguientes:⁷

- ▲ Vasos arboriformes finos: localizados y polimorfos, corresponden a telangiectasias que a diferencia de las que se presentan en el carcinoma basocelular son más finas y elongadas.⁸ También se describen vasos punteados ubicados con mayor frecuencia en la periferia de la lesión. Estos hallazgos se reportaron en 17 casos (85 %).⁷
- ▲ Estrías blancas y cortas: también denominados estructuras cristalinas, reportado en 15 casos (75 %).
- ▲ Pseudoquistes de milio reportados en 7 casos (35 %) y ulceración en 9 casos (45 %) son considerados como criterio adicional pero no específico de fibroepitelioma.
- ▲ En casos de fibroepitelioma pigmentado se han observado áreas marrón grisáceas y punteados azul grisáceos, se reportó en 8 casos (40 %).

En la revisión realizada por Zamberk- Maijjs et al. encontró que el signo de las estrías blanquecinas son las que se encuentran con mayor frecuencia y correlacionan con los septos fibrosos que adoptan la típica imagen histopatológica en panal de abejas y es el signo dermatoscópico más significativo del FEP. Además adopta una morfología amorfa que en zonas asemejan a estriaciones.⁸

El caso presentado apoya a los hallazgos descritos en la literatura. Se pudo observar en la dermatoscopia los característicos vasos arboriformes finos localizados, los vasos punteados en la periferia, un fondo rosado con una zona blanca amorfa donde se insinúan estriaciones. Estos signos específicos ayudan al reconocimiento de esta condición infrecuente.

Existe controversia sobre la clasificación de este tumor cutáneo. Histopatológicamente, el fibroepitelioma se caracteriza por numerosos cordones enlongados y anastomosados de células basaloides, a veces en grupos de dos o tres y que rodean un estroma fibrovascular que se extiende desde la epidermis hacia la dermis y termina en prominencias de células basaloides, se cree que esta característica aparece por la invasión de células basales malignas a lo largo de los ductos ecrinos, los cuales funcionarían como una plantilla.¹⁸ La disposición de las células confiere el aspecto característico de panal de abejas⁸ y es frecuente encontrar dentro de la tumoración áreas que corresponden con otras variantes del carcinoma basocelular, sobre todo, la sólida.^{10,16,19}

El pleomorfismo nuclear puede estar presente y la tinción con Ki-67 muestra un índice incrementado de proliferación. La presencia de receptores de andrógenos y citoqueratina 20 pueden orientar al diagnóstico de fibroepitelioma.⁹

Algunos autores consideran el fibroepitelioma como una forma de tricoblastoma fenestrado, apoyados por estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos, que demuestran menor expresión del oncogén p53 y del marcador proliferativo MIB-1 en el fibroepitelioma en comparación al carcinoma basocelular. Otro hallazgo que apoya esta teoría es la presencia de células de Merkel en el fibroepitelioma que están ausentes en el carcinoma basocelular pero presentes en el tricoblastoma.^{19,20}

Otros autores consideran que es una variedad del carcinoma basocelular. La evidencia que apoya la naturaleza maligna de este tumor son la extensión dentro de la dermis y tejido celular subcutáneo, composición de tricoblastos, un patrón de crecimiento fenestrado, focos de hendiduras entre los cordones del tumor y el estroma fibroso, la expresión de receptores de andrógenos en el fibroepitelioma y el carcinoma basocelular pero que es mínimo en el tricoblastoma.¹¹ Finalmente, la presencia de fibroepitelioma en continuidad con un carcinoma basocelular nodular apoya este postulado.

El caso presentado apoya la hipótesis del fibroepitelioma como una variante de carcinoma basocelular debido al hallazgo de un carcinoma basocelular en la misma lesión. Se

reportó el caso porque se trata de un tipo de tumor cutáneo poco frecuente, que tiene una dermatoscopia característica que todavía se está tratando de especificar en la literatura y por la controversia que existe en su clasificación. Al ser considerado una variante de carcinoma basocelular, la detección temprana es necesaria para un adecuado tratamiento.

Respecto al tratamiento, en los casos reportados en la literatura se incluyen como opciones a la cirugía escisional (fue la elegida en el caso presentado), curetaje y cauterización, microcirugía de Mohs, crioterapia, radioterapia terapia fotodinámica, fluorouracilo tópico e imiquimod tópico.^{21,22}

CONCLUSIONES

El fibroepitelioma de Pinkus (FEP) es un tumor cutáneo poco frecuente, con características dermatoscópicas e histopatológicas que la distinguen de otras patologías. Dada su amplia variedad de presentación clínica es importante incorporarla en el diagnóstico diferencial de lesiones benignas y malignas.

El caso presentado apoya los hallazgos encontrados en la literatura sobre la forma de presentación clínica y los patrones dermatoscópicos descritos. La dermatoscopia es una herramienta no invasiva y útil en esta patología para orientar el diagnóstico diferencial.

En la actualidad, el FEP es considerado una variedad de carcinoma basocelular. El caso reportado apoya la hipótesis de la naturaleza maligna de esta patología, al encontrar un carcinoma basocelular en la misma lesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinkus H. Premalignant fibroepithelial tumors of skin. *AMA Arch Derm Syphilol.* 1953;67:598-615.
2. Ioannidis O, Papaemmanuil S, Kakoutis E, Papadopoulos G, Chatzopoulos S, Kotronis A, Makrantonakis N. Fibroepithelioma of Pinkus in continuity with nodular basal cell carcinoma: supporting evidence of the malignant nature of the disease. *Pathol Oncol Res.* 2011;17:155-157.
3. Osamulia-Soendjojo N, Vuzevski V.D, Naafs B. Should we consider fibroepithelioma of Pinkus and basal cell carcinoma as expressions of asingle pathological process? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1995;5:75-76.
4. Gutte RM. Fibroepithelioma of Pinkus: A distinctive variant of trichoblastic carcinoma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2013;79:725.
5. Gellin G, Bender B. Giant premalignant fibroepithelioma. *Arch Derm.* 1966;94:70-73.
6. Noriyuki M, Yasuyuki S, Yoshihiro M, Yutaka M. Giant polypoid basal cell carcinoma with features of fibroepithelioma of Pinkus and extensive cornification. *Eur J Dermatol.* 2004;14: 272-275.
7. Reggiani C, Zalaudek I, Piana S, Longo C, Argenziano G, Lallas A, Pellacani G, Moscarella E. Fibroepithelioma of Pinkus: case reports and review of the literature. *Dermatology.* 2013;226:207-211.
8. Zamberk-Majilis P, Velasquez-Tarjuelo D, Avilés-Izquierdo JA, Lázaro-Ochaita P. Fibroepitelioma de Pinkus. Descripción dermatoscópica de 3 casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:899-902.
9. Sehli Attafi S, Jones M, Fazaaz B, Zermani R, Rommany SR. Pinkus tumour: an unusual case. *Pathologica.* 2013;105:140-141.
10. Pan Z, Huynh N, Sarma DP. Fibroepithelioma of pinkus in a 9 year-old boy: a case report. *Cases J.* 2008; 1:21.
11. Katona TM, Ravis SM, Perkins SM, et al. Expression of androgen receptor by fibroepithelioma of Pinkus: evidence supporting classification as a basal cell carcinoma variant? *Am J Dermatopathol.* 2007;29:7-12.
12. Bryant J. Fibroepithelioma of Pinkus overlying breast cancer. *Arch Dermatol.* 1985;121;310.
13. De Graciansky P, Grupper C, Galian D. Tumeur fibroepithehale de Pinkus a 'siegge' abdominal. *Bull Sot Franc Derm Syph.* 1961;68:65.
14. Heymann WR, Soifer I, Burk PG. Penile premalignant fibroepithelioma of Pinkus. *Cutis.* 1983;31:519.
15. Hyman AB, Michaelides P. Basal-cell epithelioma of the sole; report of a case with features of the fibroepithelial tumor. *Arch Dermatol.* 1963;87:481.
16. Zalaudek I, Ferrara G, Broganelli P, Moscarella E, Mordente I, Giacometti J, Argenziano G. Dermoscopy patterns of fibroepithelioma of Pinkus. *Arch Dermatol.* 2006;142:1318-1322.
17. Degos R, Hewitt J. Tumeurs fibroepitheliales premalignes de Pinkus et epithelioma baso-cellulaire. *Ann Dermatol.* 1955;82:3.
18. Stern JB, Haupt HM, Smith RR. Fibroepithelioma of Pinkus: eccrine duct spread of basal cell carcinoma. *Am J Dermatopathol.* 1994;16:585-7.
19. Bowen A, Le Boit PE. Fibroepithelioma of Pinkus is a fenestrated trichoblastoma. *Am J Dermatopathol.* 2005;27:149-154.
20. Schulz T, Hartschuh W. Merkel cells are absent in basal cell carcinomas but frequently found in trichoblastomas. An immunohistochemical study. *J Cutan Pathol.* 1997;24:14-24.
21. Bath-Hextall F, Bong J, Perkins W, et al. Interventions for basal cell carcinoma of the skin: systematic review. *BMJ.* 2004;329:705.
22. Wong CS, Strange RC, Lear JT. Basal cell carcinoma. *BMJ.* 2003;327:794-8.

Correspondencia: Dra. Cindy Rodriguez Arbi
cra182@gmail.com

Recibido: 13 de julio de 2015.

Aceptado: 24 de octubre de 2015.