

Neurotecoma celular

Cristina Bello C¹, Sergio González B², Mario Pérez R¹, Susana Burgos C.³

¹Departamento de Dermatología. ²Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica. ³Médico Cirujano, Universidad de Los Andes.

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia. Consultó en Dermatología por un nódulo en el borde lateral del pulgar derecho, de crecimiento progresivo, de tres años de evolución y dolor exquisito a la palpación. Se planteó como hipótesis diagnóstica un tumor glómico v/s un dermatofibroma y se indicó la extirpación quirúrgica.

El estudio histopatológico de la lesión reveló tumor dérmico compuesto por células epiteloides grandes con leve pleomorfismo, núcleos ovoideos, vesiculosos, nucléolo visible y citoplasma eosinófilo, pálido y vacuolado, dispuestas en nidos y patrón plexiforme. El estudio inmunohistoquímico mostró reacción positiva para Claudina-1 y reacción negativa para CD163. Los hallazgos correspondieron a neurotecoma celular.

Bajo el nombre de neurotecoma se agrupa una serie de tumores benignos de origen incierto, presumiblemente de vaina nerviosa periférica, y ubicación predominantemente cutánea, que se clasifican de acuerdo a su celularidad y estroma en tres tipos: celular, mixoide y clásico. El neurotecoma celular presenta una mayor incidencia en la segunda década de la vida, preferentemente en mujeres, ubicados comúnmente en miembros superiores, cabeza y cuello. La apariencia clínica es de un tumor solitario, asintomático, circunscrito, de crecimiento lento y en su mayoría de menos de 2 cm de diámetro. El tiempo de evolución es de pocas semanas a años.

El estudio histopatológico del neurotecoma celular revela un patrón de crecimiento multinodular y localización dérmica. Está constituido por células que se agrupan en nidos redondeados y ovalados de distinto tamaño, con frecuencia de apariencia arremolinada, rodeados por bandas de colágeno denso. Las células tumorales muestran una morfología fusiforme y epiteloide.

El tratamiento consiste en la extirpación completa del tumor incluyendo parte del tejido celular subcutáneo y tiene una tasa de recidiva baja.



Neurotecoma en dorso de dedo pulgar.

Referencias bibliográficas

- Barredo I, Zabala I, Saiz A, Imaz I, et al. Neurotecoma celular: presentación de dos casos. Rev Esp Patol 2009; 42(1): 52-58.
- Fetch, Laskin WB, Hallman JR, Lupton GP, Miettinen M. Neurothekeoma: An análisis of 178 tumors with detailed immunohistochemical data and long-term patient follow-up information. Am J Surg Pathol 2007; 31(7): 1103-1114.

Correspondencia: Cristina Bello C.
Correo electrónico: cbello@med.puc.cl