

Trabajo de la Clínica del Prof. José A. Piquinela

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE TUMOR DE MALHERBE MULTIPLE (*)

Dres. Julio Mañana y N. Toledo

El tumor de Malherbe es una enfermedad que despierta igual interés al dermatólogo, al anatómo-patólogo y al cirujano. Al dermatólogo, porque es una formación de las cubiertas cutáneas; al anatómo-patólogo, por su discutida histogénesis; y al cirujano, por su planteamiento clínico-terapéutico. Se trata de un proceso tumoral, que asienta en el tejido celular subcutáneo. Raro pero no infrecuente. Tenemos la certidumbre que muchas de estas formaciones pasan desapercibidas por los pacientes y los propios médicos que las tratan; aquéllos, por su falta de sintomatología y evolutividad benigna; y a éstos, por una aparente falta de importancia anatómo-patológica, cuando encaran su tratamiento.

El principal motivo de esta comunicación reside en la divulgación de su sintomatología clínica radiológica, porque el médico conociendo ésta, puede realizar su diagnóstico.

El conocimiento de este tumor se remonta a cien años antes de Malherbe, (3-4). Richter, en 1780, describe estos pequeños tumores calcificados del tejido celular. Luego se sucedieron distintas comunicaciones hasta que en el año 1881, Malherbe y Chénantais comienzan su estudio detallado. Desde entonces se sucedieron las observaciones y las distintas hipótesis sobre su histogénesis. En el Uruguay, Lasnier primeramente, Vignale y Mendoza (5), Amoretti y Montero (1), etc., realizan estudios exhaustivos sobre el tema.

Por su frecuencia es un tumor raro; Lever y Griesseimer (2), sobre 29.448 biopsias encontraron 15 casos; Vignale R. (6) hasta

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el día 13 de noviembre de 1957.

1954 había podido reunir 269 observaciones de la literatura mundial. Su frecuencia es un caso por cada 2.000 biopsias.

Asienta de preferencia en las personas jóvenes, predominando de los 10 a los 20 años, pero puede apreciarse a edades extremas de la vida.

La presencia de un tumor único es lo frecuente; la simultaneidad de varias tumoraciones 2 ó 3, es rara; Vignale, R. ⁽⁶⁾, en 14 casos encontró 3 con más de un tumor; más rara aún, parece ser la repetición del proceso en el tiempo. Siendo muy infrecuente la ulceración. La recidiva al parecer no existe, si se extirpó totalmente. La historia evolutiva del tumor se puede remontar desde meses hasta años, casos de once años, como la observación que sometemos a Uds. Es de crecimiento lento, pero puede llegar a ulcerar la piel e infectarse secundariamente.

El médico puede hacer diagnóstico si recuerda los caracteres más salientes de estos tumores: 1º) asientan en el tejido celular subcutáneo; 2º) son generalmente chicos de 2 a 3 cms. de diámetro; 3º adhieren secundariamente a la piel; 4º dejan libres los planos profundos; 5º) frecuentemente son opacos a los rayos X; 6º) son indolores y carentes de otros síntomas.

El lugar de preferencia es la región cráneo facial, cuello y porción proximal de las extremidades superiores.

Diagnóstico diferencial. Se plantea con los procesos tumorales no inflamatorios, que se caracterizan por su silencio clínico subjetivo; como: quiste dermoide, quiste sebáceo calcificado, los fibrocondromas faciales, los tumores mixtos, ganglios calcificados, calcinosis cutáneas, flebolitos, enfermedades sistémicas, etc.

Nuestro Caso clínico, Historia Nº 380. Clínica del Prof. Piquinela.

Enferma de 14 años de edad que consulta por tumoración cutánea de región E.C.M. izquierda. De aparición hace aproximadamente un año. Tuvo un crecimiento lento durante unos tres meses y luego se mantuvo con las mismas características hasta la fecha. Indolora y sin ninguna sintomatología. La consulta médica obedece a razones puramente estéticas.

Presenta en cara externa de brazo derecho tercio medio, un nódulo cutáneo de 2 cms. de diámetro, que al decir de la enferma comenzó a la edad de cinco años, al parecer era de mayor tamaño para luego disminuir y permanecer como se encuentra en el momento del examen.

Examen clínico. — Presenta una tumoración en región lateral de cuello, tercio medio de borde posterior de E.C.M.; de forma ovoide, cuyo eje mayor es paralelo al músculo y tiene aproximadamente 4 cms. Tumo-

FIG. 1.

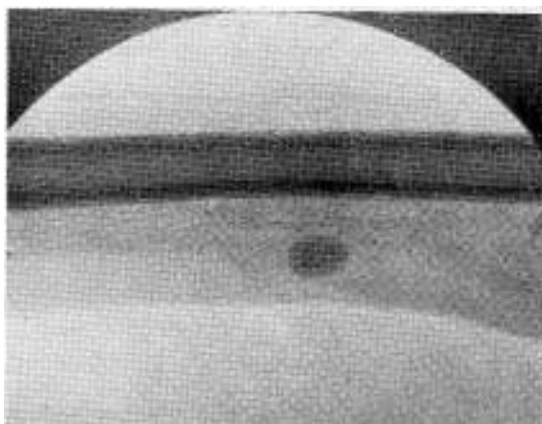


FIG. 2.

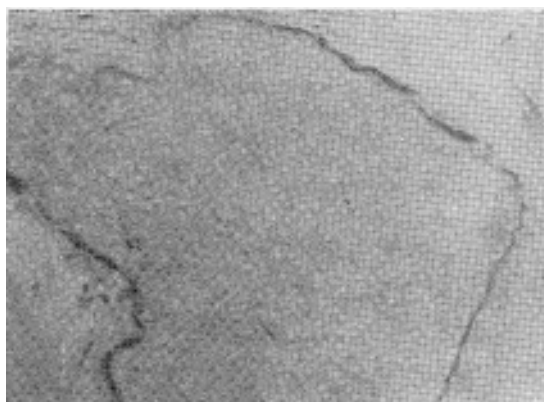
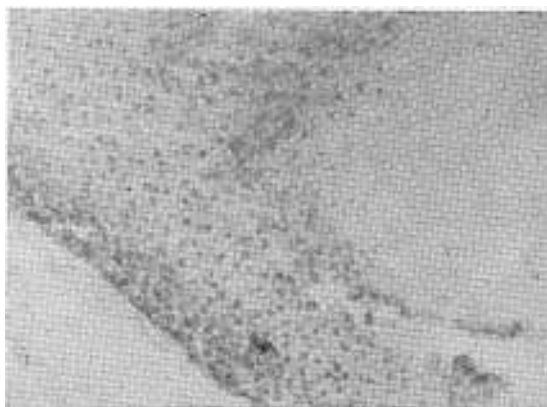


FIG. 3.



ración de consistencia pétrea. Libre de los planos profundos; adhiere a la piel; asienta en el tejido celular subcutáneo. Resto del cuello sin particularidades. La tumoración del brazo presenta las mismas características clínicas, pero su tamaño es menor.

Se le propone la extirpación de las dos tumoraciones cosa que la enferma no acepta, sólo tolerando la intervención sobre la tumoración del cuello. Se realiza con anestesia local. Incluyendo en la incisión la parte de piel que adhiere al tumor. La enucleación es fácil por la existencia de una cápsula fibrosa.

La anatomía patológica que luego veremos comprueba un epiteleon a calcificado o de Malherbe. En conocimiento de estos datos, suponiendo que el tumor del brazo debe de tener necesariamente la misma etiología, citamos nuevamente a la paciente y tomamos una radiografía de la tumoración del brazo; de partes blandas, rayo tangencial, donde se aprecia claramente un nódulo subcutáneo calcificado (ver foto 1). El tratamiento quirúrgico fue el mismo.

Anatomía patológica.

Del tumor de la región de cuello lateral: Macroscopia: Tumoración ovalada y encapsulada de 3 x 2 cms. en sus diámetros mayores, de consistencia firme casi pétrea, parcialmente recubierta por piel. Su superficie de sección permite apreciar un tejido constituido por grupos y espículas blanquecinas de consistencia casi ósea cuyo conjunto tiene los caracteres macroscópicos típicos de un tumor de Malherbe.

Examen microscópico. (Ver foto 2). Previa decalcificación. Formación nodular constituida por masas hialinas y calcificadas rodeadas por células gigantes de cuerpo extraño. En algunas zonas existen acúmulos de células epiteliales malpighianas de aspecto basocelular. La lesión es bien encapsulada.

Por los caracteres histológicos descriptos y por la procedencia topográfica, así como por la edad de la paciente, la lesión corresponde a un TUMOR CALCIFICADO DE MALHERBE, (epiteliomas basocelulares calcificados, clínicamente de curso benigno).

Del Tumor de la Región del Brazo.

Macroscopia. — Se trata de un fragmento de piel en cuya dermis se aloja un nódulo duro calcificado de 15 mm. de diámetro.

Macroscopia: (ver foto 3). Estructura similar al nódulo examinado anteriormente; también encapsulado, calcificado, intradérmico y constituido esencialmente por una proliferación epitelial queratinizada y calcificada, es decir momificada. Los acúmulos celulares aparecen en grandes masas espinocelulares inactivas luego de la decalcificación; alrededor de dichos focos que actúan como cuerpos extraños hay una gran cantidad de células gigantes de cuerpo extraño en forma de extensas figuras plasmiales.

En algunas zonas aparecen focos de células de tipo basocelular en actividad no calcificadas, no momificadas.

En resumen, se trata de un caso de *doble tumor calcificado o de Malherbe*, considerados como tumores epiteliales malpighianos muertos o autocurados por el proceso calcificante, que se observan sobre todo en personas jóvenes y cuyo pronóstico es el de evolución benigna siempre.

Del punto de vista patogénico, se acepta su origen basocelular en las glándulas sebáceas, criterio éste no sostenido por todos los autores, pues hay quienes creen que es de origen espinocelular.

SUMARIO

- 1º) Se describen las características anatomo-clínicas - radiológicas del tumor de Malherbe.
- 2º) Se comunica un caso de tumor de Malherbe múltiple.
- 3º) Se presenta su anatomía patológica.

BIBLIOGRAFIA

- AMORETTI, A. y MONTERO E. — "Epiteloma calcificado ulcerante". Rev. Arg. Dermosifilopática. 39; 51; 1955.
- 2) LEVER, W. and GREISEMER, R. — "Calcifying Epithelioma of Malherbe". Arch. or Derm. and Siph. 59; 506; 1949.
 - 3) MALHERBE. — Recherces sur l'épitheliome calcifié des glandes sébaces. Arch. Physiologie. 529; 1881.
 - 4) MALHERBE y CHENANTAIS. — "Note sur l'épitheliome calcifié des glandes sébaces". Bull. et mán. soc. ant. de Paris. 15; 169; 1880.
 - 5) MENDOZA y VIGNALE R. — Acerca de dos casos de epiteloma calcificado de Malherbe. Ann. Fac. Med. Montevideo. 32; 1053; 1947.
 - 6) VIGNALE A. R. — "Tumores de Malherbe", Tesis. Fac. Med. Montevideo. 1956.