

## Revista del Centro Dermatológico Pascua

Volumen **10**  
Volume

Número **3**  
Number




Septiembre-Diciembre **2001**  
September-December

*Artículo:*




Fibroqueratoma adquirido.  
Presentación de dos casos

Derechos reservados, Copyright © 2001

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[www.Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

# Fibroqueratoma adquirido. Presentación de dos casos

Dra. Myrna del Carmen Rodríguez Acar,\* Dra. Verónica García Salazar,\*\* Dra. Ma. Antonieta Domínguez,\* Dr. Alberto Ramos-Garibay,\*\*\* Dr. Salvador Vargas Alcántara,\*\*\*\* Dra. Mélida Karina Collado Fermín\*\*

## RESUMEN

Los fibroqueratomas son tumores benignos infrecuentes localizados generalmente en zonas acrales. Se presentan dos casos de fibroqueratoma digital adquirido.

Palabras clave: Fibroqueratoma digital adquirido.

## ABSTRACT

*Acquired digital fibrokeratomas are uncommon benign tumors frequently situated over acral areas. We report 2 cases of acquired digital fibrokeratoma.*

**Key words:** *Acquired digital fibrokeratoma.*

## INTRODUCCIÓN

El primero en describir los fibroqueratomas adquiridos fueron Bart y col. en 1968,<sup>1</sup> más tarde Pinkus, Hemrie et al le llamaron fibroqueratoma acral,<sup>2</sup> por su frecuente localización en las palmas y las plantas,<sup>1-4</sup> puede presentarse a nivel periungueal afectando la uña.<sup>6</sup> Su etiología se desconoce,<sup>1</sup> y es más frecuente en adultos, afectando más a hombres que a mujeres.<sup>1,2,4</sup>

Se caracteriza por ser un tumor benigno poco frecuente<sup>1,2</sup> situado en zonas acrales,<sup>1-4</sup> puede desarrollarse después de un traumatismo en esa zona,<sup>1,2,5</sup> se describen como protrusión solitaria,<sup>3,4</sup> firme, rodeada de collarete hiperqueratósico, del color de la piel,<sup>1,2,5</sup> éstos son asintomáticos o dolorosos si se localizan en zonas de presión.<sup>1,5,7</sup>

El diagnóstico diferencial más frecuente, en caso de que se localice en plantas de los pies, con la verruga vulgar, poroma ecrino,<sup>1,2</sup> granuloma piógeno,<sup>2</sup> si es en zona digital se puede confundir con dedos supernume-

rarios,<sup>1-4</sup> en caso de que se encuentre en áreas periungueales, con tumor de la esclerosis tuberosa, verrugas vulgares, y exostosis subungueales, la forma aplanada en palmas o en plantas se debe diferenciar con callosidades o clavos.<sup>1</sup>

Su diagnóstico definitivo lo hace la histopatología mostrando una epidermis hiperqueratósica y acantosis acentuada, con redes de crestas interpapilares engrosadas y a menudo ramificadas, el centro de la lesión está integrado por haces de colágenos espesos entrelazados, orientados en el eje vertical; se ven fibras elásticas, pero son escasas y delgadas, los vasos elongados y dilatados; no se observan cuerpos de inclusión.<sup>1-4</sup> aunque se ha comunicado un caso donde sí se observaron cuerpos de inclusión.<sup>5</sup>

El tratamiento de elección de estos tumores es siempre quirúrgico, aunque se documenta que puede рецидивar;<sup>1,2,7</sup> también se ha documentado el tratamiento con esteroides sin evidencia de que éste altere el curso del tumor.<sup>7</sup>

## CASO CLÍNICO 1

Paciente del sexo femenino de 48 años de edad, ama de casa, casada, originaria y residente del D.F. Acudió por primera vez a la consulta del Centro Dermatológico Pascua en julio del 2000.

\* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Residente 2do año, Dermatología, CDP.

\*\*\* Dermatopatólogo, CDP.

\*\*\*\* Dermatólogo CDP.



**Figura 1.** Fibroqueratoma adquirido, localizado a nivel de pliegue de flexión del pulgar derecho.



**Figura 2.** Imagen clínica del fibroqueratoma adquirido en palma derecha.



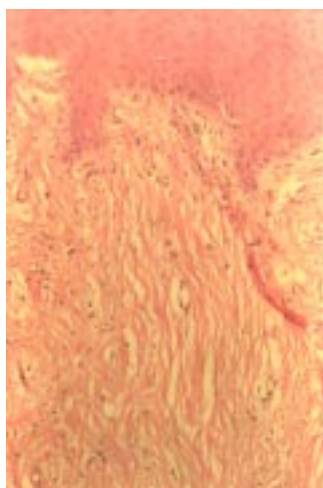
**Figura 3.** Imagen clínica del fibroqueratoma adquirido en palma derecha, acercamiento.



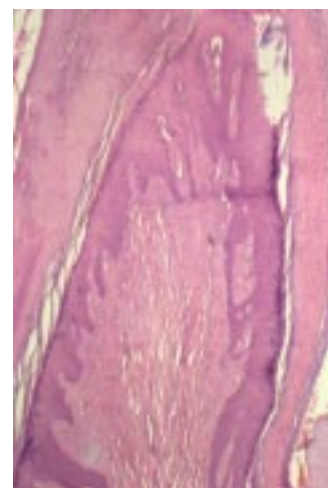
**Figura 6.** Aspecto clínico de la lesión de la planta del pie.



**Figura 4.** Histología: Epidermis con hiperqueratosis compacta y acantosis irregular. La dermis superficial y reticular muestra los haces colágenos engrosados y capilares neoformados. (H-E 4X).



**Figura 5.** Histología. En este aumento se observa a las fibras colágenas con disposición perpendicular a la epidermis, característica del fibroma. (H-E 10X).



**Figura 7.** Fibroqueratoma H.E. 4X.

Presentaba dermatosis localizada a extremidad superior derecha de la cual afecta palma a nivel de la zona de flexión del pulgar (*Figura 1*).

Constituida por una neoformación hemiesférica, elevada de 2 cm de diámetro, del color de la piel, superficie cubierta de escama fina, blanquecina, adherente, de bordes bien definidos. De evolución crónica, asintomático (*Figuras 2 y 3*).

**Resto de piel y anexos:** Alopecia difusa y dermatitis seborreica de piel cabelluda.

Al interrogatorio la paciente refirió haber iniciado su padecimiento 20 años antes, posterior a traumatismo directo en palma derecha, con la aparición de un "callo", el cual incrementó su tamaño en forma lenta y paulatina hasta adquirir las características actuales.

**Tratamiento previo:** Ácido salicílico (duoplant) aplicado diariamente en la lesión, durante un mes, sin obtener ningún resultado.

Con los datos anteriores se hizo el diagnóstico clínico inicial de Granuloma anular contra verruga viral, por lo que se decidió la realización de una biopsia incisional. El estudio histopatológico reportó: epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica compacta, acantosis irregular, moderada a expensas de los procesos interpapilares alternando con áreas de aplanamiento de los mismos. En dermis hay papilomatosis, en dermis superficial y media se observan fibras colágenas que siguen diversas direcciones, en su mayoría perpendiculares a la epidermis, algunos vasos dilatados y congestionados (*Figuras 4 y 5*). El diagnóstico histopatológico fue de fibroma. Se realiza correlación clínico-patológica integrando el diagnóstico final de fibroqueratoma adquirido. El tratamiento consistió en la extirpación total y amplia por el servicio de cirugía de este centro.

## CASO CLÍNICO 2

Se trata de una paciente femenina de 41 años de edad, originaria de México, D.F., casada, de ocupación empleada, que acudió a consulta externa del Centro Dermatológico Pascua el 24 de abril del año 2000, la cual presenta dermatosis localizada a miembro inferior izquierdo, el cual afecta la planta del pie, en su tercio proximal; unilateral (*Figura 6*).

La dermatosis está constituida por una neoformación cónica, sésil, de 0.3 por 0.4 cm de diámetro, de color rosa, de bordes bien definidos, de consistencia firme, con collarite en su base; de evolución crónica y ligeramente dolorosa.

**Resto de piel y anexos:** piel cabelluda seborreica.

Antecedentes personales patológicos: extirpación de quiste de mama derecha, hace 13 años.

**Interrogatorio:** la lesión le inició hace 3 años con "bolita" que creció progresivamente, y que mientras camina le produce dolor leve.

Clínicamente se pensó en tres posibilidades diagnósticas: fibroqueratoma digital adquirido, poroma ecrino y dermatitis seborreica de piel cabelluda.

Con lo anterior se le decidió realizar biopsia excisional en huso, con número de biopsia 1175-00. Los cortes muestran una lesión exofítica cuya epidermis presenta hiperqueratosis compacta con paraqueratosis focal, áreas de hipergranulosis que alternan con ausencia de la granulosa. Acantosis irregular moderada, que en algunos sitios se anastomosan entre sí atrapando parte de las papilas; la dermis presenta papilomatosis, dermis superficial en algunas áreas con numerosos vasos dilatados, algunos congestionados, así mismo la dermis media y profunda, las fibras de colágena se disponen verticalmente, numerosos fibroblastos (*Figura 7*). El diagnóstico definitivo fue de fibroqueratoma digital adquirido.

**Tratamiento:** extirpación completa de la lesión.

## DISCUSIÓN

La etiología del fibroqueratoma adquirido es desconocida, sin embargo, se sugiere que los traumatismos locales pueden favorecer su aparición.<sup>8-10</sup> Clínicamente la lesión se presenta de forma abrupta y crece hasta alcanzar un tamaño generalmente menor de un centímetro, permaneciendo sin cambios durante mucho tiempo.<sup>8,10</sup> Son neoformaciones asintomáticas.<sup>8,10,11</sup> Suelen presentarse como una tumoración elevada, sésil o pediculada, con un grado variable de escama.<sup>9,12</sup> Un signo clínico frecuente es la presencia de un collarite epidérmico ligeramente sobreelevado en la base de la lesión.<sup>8-10,12</sup> En su localización clásica, los dedos, aparecen como una pápula hiperqueratósica cupuliforme o digitiforme.<sup>10,12</sup>

Histológicamente la epidermis muestra hiperqueratosis ortoqueratósica e hipergranulosis,<sup>10-12</sup> acantosis acentuada con redes de crestas engrosadas y a menudo ramificada.<sup>6</sup> El centro de la lesión está integrado por haces de colágena espesos entrelazados, orientados en eje vertical. Se observan fibras elásticas, pero son escasas y delgadas.<sup>8,10,12</sup> Algunos autores consideran tres variantes histológicas del fibroqueratoma adquirido en función de la disposición del colágeno, la densidad y la morfología de los fibroblastos.<sup>9,13</sup> Muchos tumores poseen gran vascularización.<sup>12</sup>

El diagnóstico diferencial más frecuente si se localiza en región plantar o palmar es con la verruga viral, pero sólo puede confundirse clínicamente, ya que la

histopatología de esta última es característica, con los cuerpos de inclusión a nivel del estrato granuloso.<sup>8,9,11,12</sup> Otro diagnóstico diferencial que debemos tener en cuenta, es el poroma ecrino, el cual es un tumor que surge o está unido a la epidermis y se prolonga a la dermis, observándose además células cuboidales y ductos entre las mismas.<sup>8,9</sup> Puede confundirse también con dedos supernumerarios. Se diferencia de éstos porque aparecen generalmente al nacimiento. Otro diagnóstico diferencial es el de fibromatosis digital infantil o dedo supernumerario rudimentario (sin estructura osteocartilaginosa). Se trata de una entidad poco frecuente caracterizada por una o varias lesiones nodulares, fibrosas, localizadas en las falanges distales en los niños. La edad de aparición y la presencia de los cuerpos hialinos en el citoplasma de los fibroblastos son sus características fundamentales.<sup>8-11,13</sup>

En los raros casos de localización palmo-plantar la habitual conformación más aplanada resultante de la presión impone diagnósticos diferenciales con tilosis o clavos. Éstos no presentan las alteraciones dérmicas características de los fibroqueratomas acrales adquiridos.<sup>8</sup>

El tratamiento de estos tumores es siempre quirúrgico y la recidiva es rara.<sup>8,9,11,13</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández R, Cesarios G, Feijoo F, Monti J. Fibroqueratomas adquiridos de localización plantar a propósito de 4 casos. *Arch Argent Dermat T* XLIII 1993; 335-340.
2. Altman D et al. Acquired Digital Fibrokeratoma. *Cutis* 1994; 54: 93.
3. Dermatology Moschella and Hurley. 3rd edition 1992; Vol. II: 1768.
4. Lever WF. *Tumors of fibrous tissue Histopathology of the skin*. 7ma Edic. 1991: 622.
5. Yoshiki T, Nomura K, Shimizu M. An ultrastructural study of intranuclear inclusions on acquired digital fibrokeratoma. *J Of Dermatol* 1996; 23: 442.
6. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 5<sup>th</sup> edition Vol. I. 764.
7. Ahmed I, Lewis H, Moss C. Conservative treatment of infantile digital fibroma. *Brithis. J Of Dermat* 1995; 133(45): 52.
8. Fernández R, Cesarios G, Feijo F, Monti J. Fibroqueratomas adquiridos de localización plantar. A propósito de 4 casos. *Arch Argent Dermat* 1993; XLIII (5): 335-340.
9. Del Río E, Gorospe AM. Tumoración exofítica de dedo del pie. *Piel* 1992; 7(1): 33-35.
10. Allegue F, Cameselle T. Tumor periungueal en "diente de ajo". *Piel* 1993; 8: 49-51.
11. Spitalny A, Lavery LA. Acquired fibrokeratoma of the heel. *J Foot Surgery* 1992; 31(5): 509-511.
12. Lever, Walter F. *Histopathology of the Skin*. 7ed. Philadelphia Ed. J.B Lippicot Company 1990: 940.
13. San Martín O, Guillén C. Tumoración pedunculada en dedo. *Piel* 1991; 6: 347-348.