

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen 12
Volume

Número 2
Number

Mayo-Agosto 2003
May-August

Artículo:

Fibroqueratoma digital adquirido.
Reporte de un caso con morfología no
característica

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Centro Dermatológico Pascua

**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***



Medigraphic.com

Fibroqueratoma digital adquirido. Reporte de un caso con morfología no característica

Dra. Gpe. Silvia Mora Ruíz,* Dra. Sara Pérez Cortés,** Dra. Josefa Novales Santa Coloma***

RESUMEN

El fibroqueratoma digital adquirido es una neoformación fibroblástica benigna con características morfológicas e histológicas peculiares. Se presenta el caso de una paciente con una neoformación de este tipo cuya morfología no es la habitual.

Palabras clave: Fibroqueratoma digital adquirido.

ABSTRACT

Acquired digital fibrokeratoma is a benign fibroblastic tumor with a typical morphology and histology. We communicate a case of a female patient with this kind of tumor with a unusual morphology.

Key words: *Acquired digital fibrokeratoma.*

INTRODUCCIÓN

Dentro de la clasificación de los tumores fibroblásticos benignos se encuentra el fibroqueratoma digital adquirido, el cual fue descrito por primera vez por Bart y col. en 1968.^{1,2} Más tarde Pinkus observa en 28 pacientes que esta neoformación no se limita a los dedos, presentándose en otros sitios a nivel de miembros torácicos y pélvicos, y asigna el término de fibroqueratoma acral.²

Es más frecuente en los adultos sin predominio de sexo; se cree que puede desencadenarse a partir de un traumatismo pero en la mayoría de los casos no existe este antecedente y se puede decir que su etiología es desconocida.³ Por lo general, su aparición es repentina y su crecimiento puede ser rápido o lento llegando a medir hasta un centímetro, permaneciendo estacionario posteriormente.⁴

Su topografía habitual es en dedos de manos y con menos frecuencia se observa en dedos de pies, palmas, plantas y rodillas.^{1,2,5} Aunque por lo general son únicos, Reed y Elmer han descrito una forma de fibroqueratomas múltiples diseminados a cara, miembros torácicos y pélvicos en una mujer negra relacionados

con prurigo nodular lo cual fue corroborado mediante estudio histopatológico.²

En cuanto a su morfología es una neoformación periforme o cupuliforme queratósica, que de forma característica surge de un collarite epidérmico queratósico que rodea su base; su aspecto es carnoso, suele ser de coloración rosada y en los casos en que aparecen en la región ungueal semejan un diente de ajo que produce una depresión longitudinal a nivel de la uña.^{1,2,5,6} Suele ser asintomático y cuando se localiza en sitios de presión puede ser doloroso.⁴

Histológicamente la epidermis muestra hiperqueratosis y acantosis acentuadas, con procesos interpapilares alargados y a menudo ramificados. En el centro de la lesión se observan haces de tejido colágeno gruesos entrelazados, orientados verticalmente o paralelamente al eje mayor del tumor. Las fibras elásticas son escasas y delgadas; en la mayoría de los casos hay aumento en la vascularización.^{3,5,7}

Debe hacerse diagnóstico diferencial con tumor de Koenen, fibromatosis digital infantil recurrente, quistes mixoides digitales, verruga vulgar, dedos supernumerarios, fibroma de la vaina tendinosa, cuerno cutáneo, poroma ecrino, neurofibroma paciniano, fibroma aponeurótico calcificante, granuloma piógeno, queloides, en palmas y plantas debe distinguirse de tilosis y clavos.^{2,4,5}

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica amplia y completa. Es posible que haya recidivas cuando la lesión se retira incompleta, aunque éstas son raras.^{3,4}

* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 3er año de Dermatología del CDP.

*** Jefe del Laboratorio de Dermatopatología del CDP.



Figura 1. Topografía y morfología de la neoformación. Nótese el apéndice digitiforme que forma parte de la misma.



Figura 2. Imagen clínica de la neoformación, donde se observa su aspecto multilobulado.



Figura 3. Posquirúrgico inmediato.



Figura 4. Fibroqueratoma digital adquirido. Aspecto microscópico. Lesión exofítica con hiperqueratosis compacta y zonas de discreta acantosis. Dermis con haces colágenos gruesos (HE 10X).



Figura 5. Fibroqueratoma digital adquirido. Hiperqueratosis con discreta acantosis y haces colágenos gruesos (Gallego 10X).



Figura 6. Fibroqueratoma digital adquirido. Haces colágenos dispuestos perpendicularmente a la epidermis (Masson 20X).



Figura 7. Tres meses después de la cirugía. Excelente resultado estético.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 22 años de edad, soltera, de ocupación técnico laboratorista, originaria y residente de Huixquilucan, Estado de México, quien acudió en el mes de marzo del 2001 al Centro Dermatológico Pascua (CDP) por presentar dermatosis localizada al miembro pélvico izquierdo del que afectaba el primer orjejo a nivel del extremo distal del lecho ungüeo y el pulpejo, constituida por una neoforación exofítica cupuliforme, de aspecto multilobulado, de 2.5 x 1.8 cm en sus diámetros mayores, del color de la piel, con escama fina en la superficie y bordes bien definidos con un collarete en su base. Como parte de la neoforación, en el área periungüeo se encontraba un apéndice digitiforme de 0.3 x 0.1 cm de diámetro, con hiperqueratosis en su extremo libre, de consistencia dura. La neoforación era de evolución crónica y asintomática. En el resto de piel y anexos no se encontraron datos patológicos (*Figuras 1 y 2*).

Al interrogatorio la paciente refirió haber iniciado cuatro años previos a haber acudido a este Centro con "inflamación" en dedo del pie, que fue aumentando de tamaño, lenta y paulatinamente, sin ocasionar dolor empleando como tratamiento previo antiinflamatorios no esteroideos (naproxeno) en forma ocasional sin observar mejoría. Debido a que le desagradaba el aspecto de la lesión decide acudir al CDP para recibir tratamiento.

Dentro de sus antecedentes hereditarios, personales no patológicos y patológicos no se refirió alguno de importancia para su padecimiento actual.

Con los datos anteriores se realizó el diagnóstico presuntivo de un fibroma digital adquirido vs verruga vulgar, por lo que la paciente fue referida al Servicio de Cirugía en donde se programó la extirpación de la lesión. La cirugía consistió en exéresis de la lámina ungüeo y levantamiento del lecho, se resecó la tumoración y se realizó cierre directo del defecto con colocación de prótesis ungüeo (*Figura 3*).

El estudio histopatológico reportó la presencia de una lesión exofítica con hiperqueratosis compacta, acantosis irregular moderada, a expensas de los procesos interpapilares. En los extremos de la neoforación la acan-

tosis es más importante y se forma un collarete. La dermis está constituida por haces de colágeno gruesos, un tanto homogeneizados que se disponen siguiendo diversas direcciones. En la dermis superficial hay numerosos vasos neoformados rodeados por discretos infiltrados linfocitarios. Se advierten también haces colágenos y fibroblastos estelares. Con la correlación clínico-patológica el diagnóstico definitivo fue fibroqueratoma digital adquirido (*Figuras 4, 5 y 6*).

El resultado cosmético de la cirugía fue excelente y hasta el momento la paciente no ha presentado indicios de recidiva (*Figura 7*).

COMENTARIO

Se reporta el caso anterior por la morfología poco característica que presentó la neoforación con un aspecto multilobulado de su superficie, lo cual no ha sido descrito previamente en la literatura. En este caso se consideró como diagnóstico presuntivo el fibroma digital adquirido en base al apéndice digitiforme que emergía de la neoforación, que ya se ha descrito, sin embargo el aspecto del resto de la lesión hizo dudar del diagnóstico, el cual finalmente fue confirmado por el estudio histológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez J. Manual de oncología cutánea. *Tesis de subespecialidad en dermatooncología*. México, D.F., 1996: 123-125.
2. Reed R, Elmer L. Multiple acral fibrokeratomas (A variant of prurigo nodularis). *Arch Dermatol* 1971; 103: 286-297.
3. Del Río E, Gorospe M. Tumoración exofítica del dedo del pie. *Piel* 1992; 7: 33-35.
4. Fernández R, Cesarios G, Feijoo F. Fibroqueratomas adquiridos de localización plantar. A propósito de 4 casos. *Arch Argent Dermat* 1993; T XLIII: 335-340.
5. Allegue F, Cameselle J. Tumor periungüeo en "diente de ajo". *Piel* 1993; 8: 49-51.
6. Bara R, Tosti A. Nails. In: Fitzpatrick T. *Dermatology in general medicine*. Fifth edition, McGraw Hill, USA. 1999: 764.
7. Heenan P. Tumors of the fibrous tissue involving the skin. In: Lever W. *Histopathology of the skin*. 8th edition, Philadelphia, Penn, 1997: 870.