



Neoformación en cara ventral de primer oratejo

Neofomation on ventral side of first ortectum

Miguel Ángel Cardona-Hernández,* José Alberto Ramos-Garibay,† Elvia Andrés-Hernández§

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 59 años, originario y residente de la Ciudad de México, acude por una dermatosis localizada a extremidad inferior derecha de la que afecta

el primer oratejo, en su cara ventral. Constituida por una neoformación esférica, del color de la piel, de 3 x 2.5 x 1 cm, pediculada, de bordes bien definidos y de superficie lisa, de consistencia firme. De evolución crónica (tres años), dolorosa y ocasionalmente sangrante (**Figura 1**).



Figura 1: Neoformación esférica, pediculada del color de la piel, de 3 x 2.5 x 1 cm, de consistencia firme en primer oratejo derecho.

* Dermatooncólogo.

† Dermatopatólogo.

§ Residente del primer año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSCDMX.

Citar como: Cardona-Hernández MÁ, Ramos-Garibay JA, Andrés-Hernández E. Neoformación en cara ventral de primer oratejo. Rev Cent Dermatol Pascua. 2022; 31 (1-2): 58-61. <https://dx.doi.org/10.35366/107804>

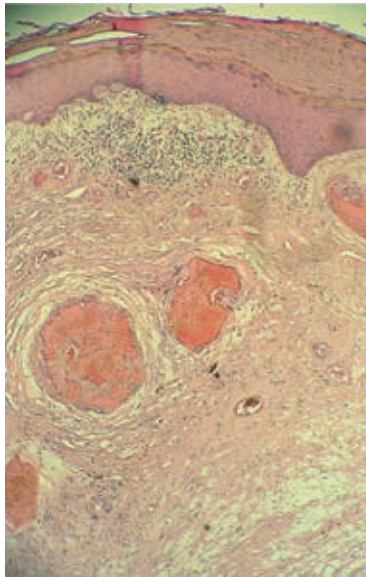


Figura 2:

Se observa la parte superior de la lesión cuya epidermis tiene hiperqueratosis y acantosis. La dermis subyacente con fibras colágenas engrosadas y vasos dilatados y congestionados (H&E 4x).

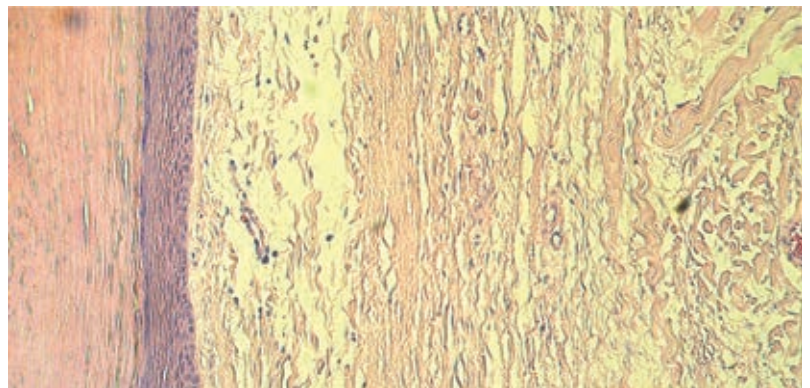


Figura 3:

Porción lateral de la lesión. La epidermis es atrófica. El componente dérmico muestra fibras colágenas verticalizadas (H&E 10x).

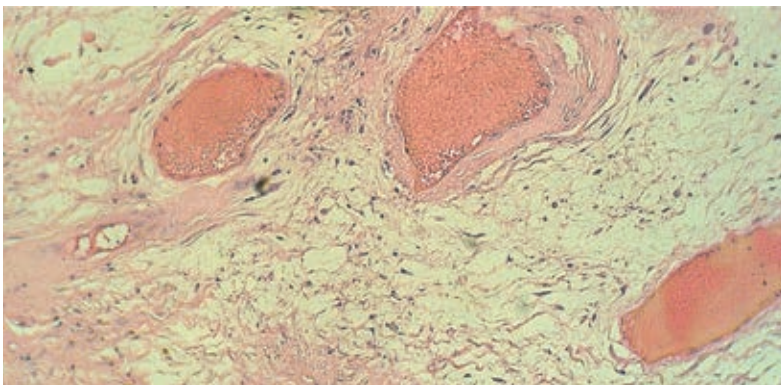


Figura 4:

Porción central de la lesión. Existe predominio de adipocitos y vasos capilares (H&E 10x).

El estudio histopatológico muestra una lesión exofítica, en cuya epidermis se aprecia hiperqueratosis compacta, acantosis que alterna con zonas de atrofia. La dermis subyacente muestra fibras de colágeno

engrosadas, verticalizadas y mezcladas con vasos capilares muy dilatados (**Figuras 2 a 4**).

Con los datos arriba descritos, ¿cuál es su diagnóstico?

DIAGNÓSTICO: FIBROQUERATOMA DIGITAL ADQUIRIDO GIGANTE

INTRODUCCIÓN

Este tumor fue descrito por primera vez en 1968 por Bart y colaboradores.¹ Posteriormente, Pinkus lo denominó fibroqueratoma acral, por su localización frecuente en palmas y plantas.²

Se desconoce su incidencia real. Afecta a todas las razas; es más frecuente en el sexo masculino, en una proporción 2:1. La edad media de presentación reportada es a los 42 años (con rango de 12 a 70 años).²⁻⁵

Su etiología aún no está bien dilucidada; sin embargo, se le ha relacionado con traumatismos repetitivos, infecciones (estafilococo) e incluso con la ingesta de algunos fármacos (ciclosporina).^{2,6-8}

FISIOPATOLOGÍA

Este tumor resulta de la producción aumentada de colágeno por fibroblastos regulados por el factor XIIIa (presente en varios tumores fibrovasculares), como agente importante en la reacción fibroblástica.⁹ En el fibroqueratoma digital postestafilocócico la enterotoxina B del *S. aureus* incrementa la migración de fibroblastos, generando una reacción fibroblástica compleja que da como resultado la formación de este tumor.⁸

CUADRO CLÍNICO

Se desarrolla por lo regular en las zonas acrales, a nivel de las regiones interfalángicas, zona palmo-plantar, y área periungueal.⁹ Otras localizaciones menos frecuentes son: talones, muñecas, codo, área prepatelar, labio inferior y nariz (18% de los casos).^{6,7} Suele comenzar como neoformación solitaria de aspecto papular, firme, del color de la piel o ligeramente eritematosa con un collarite hiperqueratósico en su base y escama periférica, que crece y forma una neoformación exofítica, sésil o pediculada, de bordes bien definidos.^{1,5,6} Se han reportado algunos casos con superficie verrugosa.¹⁰ La localización ungueal puede generar depresión lineal canalicular.^{2,11} El tamaño en general es menor a 1 cm, los casos reportados de más de 1 cm se denominan fibroqueratoma gigante.^{4,12} Hasta ahora se han reportado cerca de 19 casos en la literatura.^{4,5,7,9,10,12-19}

Suelen ser asintomáticos, aunque pueden ser dolorosos si se localizan en zonas de presión.

HISTOPATOLOGÍA

El diagnóstico se confirma con los hallazgos observados en la imagen histopatológica, la cual muestra epidermis con hiperqueratosis y acantosis importante. La dermis subyacente presenta haces de colágeno gruesos, compactos y verticalizados dirigidos al vértice de la lesión. Se observan escasas fibras elásticas delgadas y vasos dilatados.¹

Kint y colaboradores describen tres tipos de fibroqueratoma digital con base en sus características histopatológicas: el tipo I es una lesión cupuliforme con numerosos fibroblastos entre los haces de colágeno, fibras elásticas finas y capilares; el tipo II es una lesión que se ubica en las zonas superiores del corte, hiperqueratósica, con más fibroblastos y pocas fibras elásticas; el tipo III es una lesión plana, con pocas células, edema y ausencia de fibras elásticas.^{4,7,12,20}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por la topografía se debe diferenciar de los dedos supernumerarios (generalmente a nivel de la base del quinto dedo; presentes desde el nacimiento), verrugas plantares, tilosis, poroma ecrico y granuloma piógeno, entre otros.²¹

En áreas periungueales se debe diferenciar de tumores de Köenen, fibromas multilobulados (miofibroblastos estrellados atípicos)⁷ y exostosis subungueal.

Otras posibilidades diagnósticas son: fibromatosis digital infantil, quistes mixoides y neurofibromas cutáneos.^{2,6,22}

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica amplia y completa para prevenir recurrencias;² sin embargo, se puede eliminar también mediante rasurado, crioterapia y cauterización, en los casos diagnosticados en forma precoz.

PRONÓSTICO

El fibroqueratoma digital adquirido es un tumor benigno, en el cual no se han reportado casos de transformación maligna. La escisión quirúrgica es resolutive, con bajo riesgo de complicaciones, excelente recuperación funcional y aceptable resultado cosmético. La recurrencia es poco frecuente.⁴

COMENTARIO

La importancia de comunicar este caso se debe a que es una variedad poco frecuente. Para evitar complicaciones, o alguna otra situación no adecuada, los dermatólogos deben realizar todos los diagnósticos diferenciales posibles, así como un examen clínico y anamnesis minuciosos, con estudio histopatológico de la pieza extirpada.

El diagnóstico de neoformaciones acrales suele ser un reto diagnóstico, en especial si se manifiestan como en el caso reportado.

REFERENCIAS

- Rodríguez-Acar MC, García-Salazar V, Domínguez MA, Ramos-Garibay A, Vargas-Alcantara S, Collado-Fermin MK. Fibroqueratoma adquirido. Presentación de dos casos. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2001; 10: 151-154.
- Mora-Ruiz GS, Pérez-Cortés S, Novales-Santa-Coloma J. Fibroqueratoma digital adquirido. Reporte de un caso con morfología no característica. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2003; 12: 84-86.
- McCann MJ, Bonvillian J, Blazek CD. Acquired digital fibrokeratoma: a rare case study. *Foot (Edinb)*. 2020; 44: 101681. doi:10.1016/j.foot.2020.101681.
- Tsai YC, Hsiao PF, Wu YH. Anatomical distribution and outcome of surgical excision of fibrokeratoma - a clinical analysis of 124 cases. *Int J Dermatol*. 2017; 56: 337-340. doi: 10.1111/ijd.13455.
- Al-Atif HM. Giant acquired acral fibrokeratoma: a case report. *Dermatol Reports*. 2019; 11: 8215. doi: 10.4081/dr.2019.8215.
- Noriega LF, Chiacchio NGD, Chiacchio ND, Ventura A. Unusual size, topography, and surgical resolution of an acquired fibrokeratoma. *An Bras Dermatol*. 2018; 93:126-128. doi: 10.1590/abd1806-4841.20186828.
- Ali M, Mbah CA, Alwadiya A, Nur MM, Sunderamoorthy D. Giant fibrokeratoma, a rare soft tissue tumor presenting like an accessory digit, a case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2015; 10: 187-190. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.03.041.
- Shih S, Khachemoune A. Acquired digital fibrokeratoma: review of its clinical and dermoscopic features and differential diagnosis. *Int J Dermatol*. 2019; 58: 151-158. doi: 10.1111/ijd.14046.
- Lu YY, Lu CC, Wu CH. Giant digital fibrokeratoma of the finger. *Int J Dermatol*. 2014; 53: e205-e207. doi: 10.1111/ijd.12130.
- Kakurai M, Yamada T, Kiyosawa T, Ohtsuki M, Nakagawa H. Giant acquired digital fibrokeratoma. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 48: S67-S68. doi: 10.1067/mjd.2003.153.
- Yu D, Morgan RF. Acquired digital fibrokeratoma: a case report. *Ann Plast Surg*. 2015; 74: 304-305. doi: 10.1097/SAP.0b013e3182996ee6.
- Choi JH, Jung SY, Chun JS, Seo JK, Lee D, Hwang SW et al. Giant acquired digital fibrokeratoma occurring on the left great toe. *Ann Dermatol*. 2011; 23: 64-66. doi: 10.5021/ad.2011.23.1.64.
- Zou X, Yang S. Giant acquired unguinal fibrokeratoma of the nail matrix. *Australas J Dermatol*. 2021; 62: 243-244. doi: 10.1111/ajd.13524.
- Bron C, Noël B, Panizzon RG. Giant fibrokeratoma of the heel. *Dermatology*. 2004; 208: 271-272. doi: 10.1159/000077318.
- Bulam H, Sencan A, Bozkırlı BA, Sezgin B, Tuncer S. Giant acquired periungual fibrokeratoma of the thumb: case report and review. *Hand (N Y)*. 2015; 10: 140-142. doi: 10.1007/s11552-013-9576-8.
- Zakopoulou N, Bokotas C, Frangoulis M, Karypidis D, Hatzilou E, Papadopoulos O. Giant tumour of the heel: acquired fibrokeratoma. *Clin Exp Dermatol*. 2009; 34: 605-606. doi: 10.1111/j.1365-2230.2009.03238.x.
- Hashiro M, Fujio Y, Tanaka M, Yamatodani Y. Giant acquired fibrokeratoma of the nail bed. *Dermatology*. 1995; 190: 169-171. doi: 10.1159/000246671.
- de Freitas PM, de Sb Xavier MH, Pereira GB, Rochael MC, de Oliveira Cortes JL, Quevedo LP et al. Acquired fibrokeratoma presenting as a giant pedunculated lesion on the heel. *Dermatol Online J*. 2008; 14: 10.
- Hashimoto JM, Brandao BJB. Fibroqueratoma periungueal adquirido. *BWS Journal*. 2021; 4: 1-7.
- Kint A, Baran R, De Keyser H. Acquired (digital) fibrokeratoma. *J Am Acad Dermatol*. 1985; 12: 816-821. doi: 10.1016/s0190-9622(85)70101-6.
- Garg S, Sandhu J, Kaur A, Punia RPS. Acquired digital fibrokeratoma. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2019; 12: 17-18.
- Longhurst WD, Khachemoune A. An unknown mass: the differential diagnosis of digit tumors. *Int J Dermatol*. 2015; 54: 1214-1225. doi: 10.1111/ijd.12980.

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Cardona Hernández

Dr. Vértiz 464 esq. Eje 3 Sur,

Col. Buenos Aires, 06780,

Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX

Tel.: 55 5519-6351.

E-mail: drmiguelcardona08@gmail.com

www.medigraphic.org.mx