



DERMATOFIBROMA: DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y DERMATOSCÓPICO

**Aldana Soledad Vacas, María Victoria Rodríguez Kowalczyk, Florencia Gallo,
Rosa Marigle Rodrigues Vasconcelos, Alicia María Kowalczyk,
Paula Andrea Enz.**

**Servicio de Dermatología. Hospital Italiano de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina**

Email: [aldana.vacas @ hospitalitaliano.org.ar](mailto:aldana.vacas@hospitalitaliano.org.ar)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2017;2:32-39.

RESUMEN

El dermatofibroma es un tumor fibrohistiocítico cutáneo benigno muy frecuente.

Si bien su diagnóstico suele ser clínico y sencillo, muchos se manifiestan con patrones atípicos y pueden resultar un real desafío. En dichos tumores la dermatoscopia puede resultarnos de gran utilidad.

A pesar de ello, algunos dermatofibromas son simuladores de tumores malignos de piel por lo que requieren biopsia para estudio histopatológico.

PALABRAS CLAVE: Dermatofibroma. Fibrohistiocitoma benigno. Dermatoscopia.

SUMMARY:

Dermatofibromas are common, benign, fibrohistiocytic cutaneous tumor.

Although the diagnosis is usually made clinically, some atypical characteristics are seen in these tumors and can be a real challenge. Dermatoscopy can be very useful in such situations.

However, some dermatofibromas are simulators of malignant skin tumors and therefore require biopsy for histopathological study.

KEY WORDS: Dermatofibroma. Benign fibrous histiocytomas. Dermatoscopy.

INTRODUCCIÓN

El dermatofibroma o histiocitoma fibroso es tumor cutáneo benigno, fibrosante, frecuente, que afecta con más frecuencia a mujeres jóvenes. Se suele manifestar como una pápula o placa, de consistencia dura, de color marrón, rojo, púrpura o amarillo. Suele medir menos de 2 cm. Tiene predilección por los miembros inferiores¹⁻³.

Este histiocitoma tiene como característica clínica el "signo del hoyuelo" que consiste en la depresión de la lesión en forma de hoyuelo cuando se realiza una compresión lateral (Figura 1). Dicho signo permite establecer el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones, sin embargo no es patognomónico¹⁻³.



Fig 1: Dermatofibroma de 0,7 cm de diámetro localizado en miembro superior. Imagen clínica y signo del hoyuelo.

Si bien su diagnóstico clínico suele sencillo, los dermatofibromas atípicos pueden resultar un real desafío y pueden ser simuladores de otros tumores. Esto se observa con frecuencia ante la variedad hemosiderótica-aneurismático que puede ser un simulador de melanoma⁴⁻⁶.

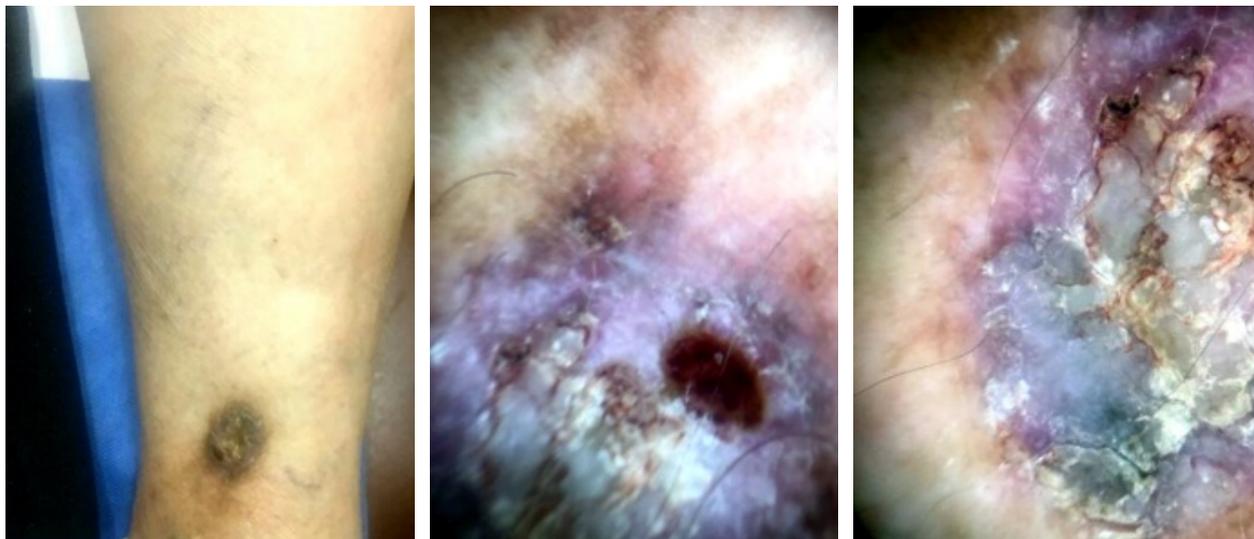
La histología evidencia hiperplasia de la epidermis, con hiperpigmentación de la capa basal y elongación de las redes de cresta, asociado a un aumento en el número de fibroblastos en la dermis. También se suelen observar histiocitos, linfocitos, escasos eosinófilos, neutrófilos y células plasmáticas con gruesos haces de colágena dispuestos al azar².

Si bien el diagnóstico clínico y dermatoscópico suele ser sencillo y suficiente, existen algunas lesiones con patrones atípicos que requieren su escisión para llegar al diagnóstico mediante el estudio histológico

A continuación se desarrollan dos casos clínicos.

CASO CLÍNICO 1

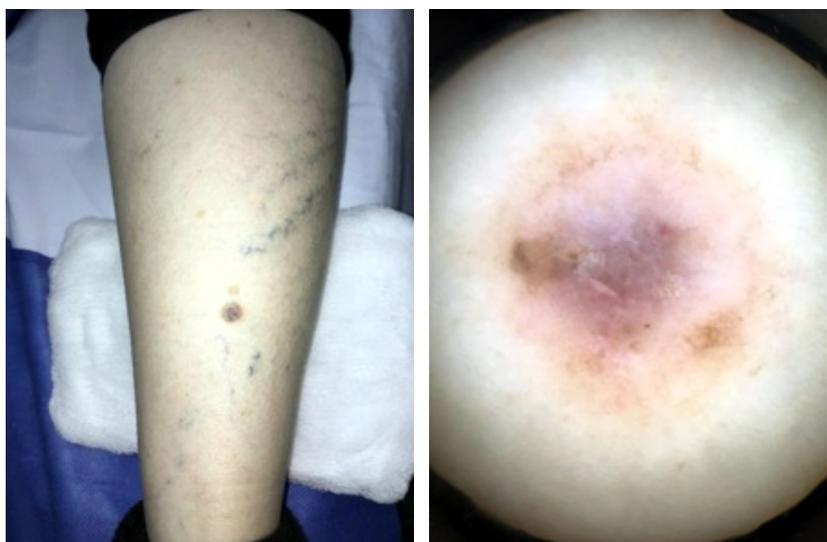
Paciente de sexo femenino de 72 años de edad que consulta por presentar lesión en cara externa de pierna derecha de 2 cm de diámetro aproximadamente, indurada, con pigmentación heterogénea, de 20 años de evolución que presentó un aumento de tamaño en el último mes.



Con diagnóstico presuntivo de melanoma hipomelanótico vs dermatofibroma hemosiderótico, se realiza escisión de la lesión. El estudio anatomopatológico confirma, dermatofibroma hemosiderótico.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 47 años de edad de sexo femenino, con antecedente de melanoma, presenta lesión indurada de 1 cm de diámetro en cara posterior de pierna izquierda que refiere aumento de tamaño y cambio de color.



Por antecedente de la paciente y los cambios presentados, se decide realizar escisión. El estudio histopatológico informa dermatofibroma.

CARACTERÍSTICAS DERMATOSCÓPICAS DEL DERMATOFIBROMA:

A la dermatoscopia, el 80% de los dermatofibromas presentan características típicas. El patrón más representativo es una red pigmentada fina en la periferia, con un área central blanquecina de aspecto cicatrizal^{5,7}. (Figura 1)

Se han descrito, además, otros nueve patrones dermatoscópicos^{4,5,7}.

La serie más amplia publicada incluye un total de 412 dermatofibromas donde se detallan los hallazgos dermatoscópicos más típicos de estas lesiones⁵.

a.- Retículo pigmentado periférico

Es el hallazgo dermatoscópico más frecuente del dermatofibroma. Está presente en un 54-90% de las lesiones^{5,8}. Consiste en una red fina de color marrón claro, trama homogénea, delgada y distribución regular en la periferia de la lesión¹. La intensidad de este retículo disminuye progresivamente a medida que se aleja del centro de la lesión. Este patrón reticular periférico puede observarse en otras lesiones no melanocíticas como el pezón supernumerario⁹. (Figura 2)



Figura 2: Red pigmentada fina en la periferia, con un área central blanquecina de aspecto cicatrizal.

b.- Parche central blanquecino

Es un área sin estructura, hipopigmentada, de aspecto cicatrizal. En ocasiones presenta proyecciones lineales brillantes o nacaradas en la periferia que le confieren un aspecto estrellado. Este parche se encuentra en un 50-84% de los dermatofibromas^{4,7,10,11}. (Figura 3)

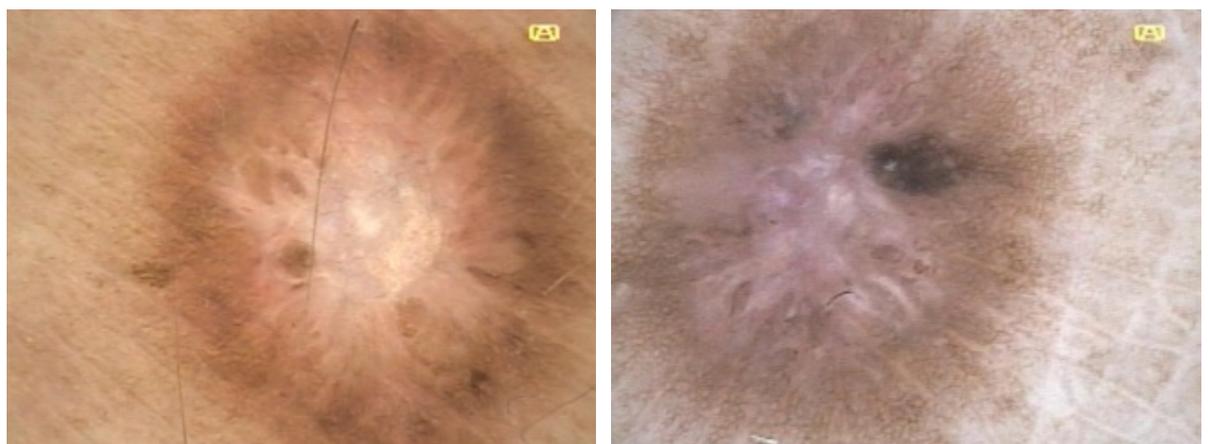


Figura 3: Parche central blanquecino..

c- Glóbulos en el área central

Se observa en un 38-44% de los dermatofibromas. La presencia de numerosos glóbulos sobre el área blanca central confiere un aspecto en rejilla "retículo blanco central" simil red negativa. Histológicamente se correlacionan con el aplanamiento y la hiperpigmentación de las papilas dérmicas^{10,11}. (Figura 4: A)

d- Retículo pigmentado tipo lentigo

Se presenta hasta en un 23% de los casos. A diferencia del retículo pigmentado periférico, éste ocupa la parte central de la lesión³ (Figura 4: B)

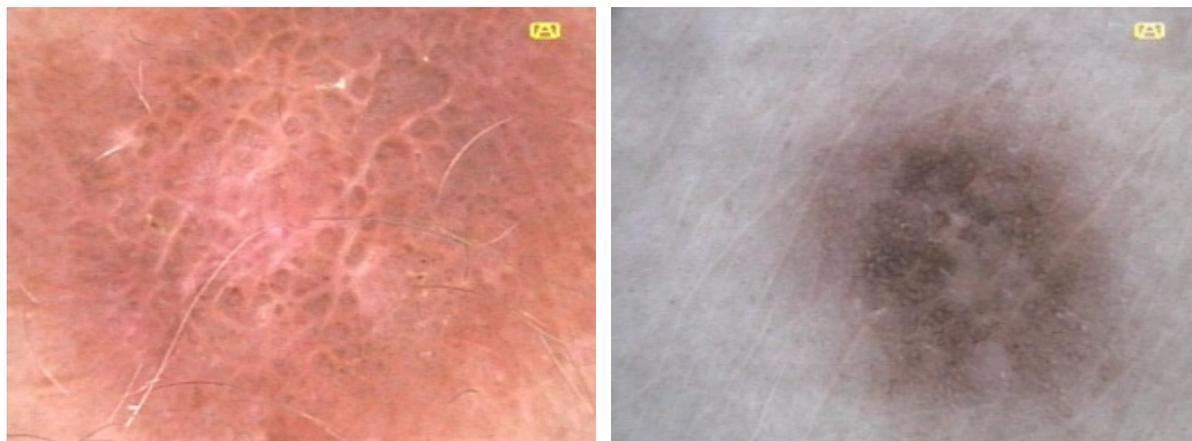


Figura 4: A.- Glóbulos en el área central de la lesión. B.- Retículo pigmentado tipo lentigo.

e- Pigmentación homogénea azul grisácea

Se observa de manera difusa o localizada, en un 5,9-12% de los dermatofibromas. Esta presentación suele correlacionarse con el dermatofibroma hemosiderótico-aneurismático, cuyos diagnósticos diferenciales dermatoscópicos son con el nevo azul y el melanoma^{5,6,12}. (Figura 5)

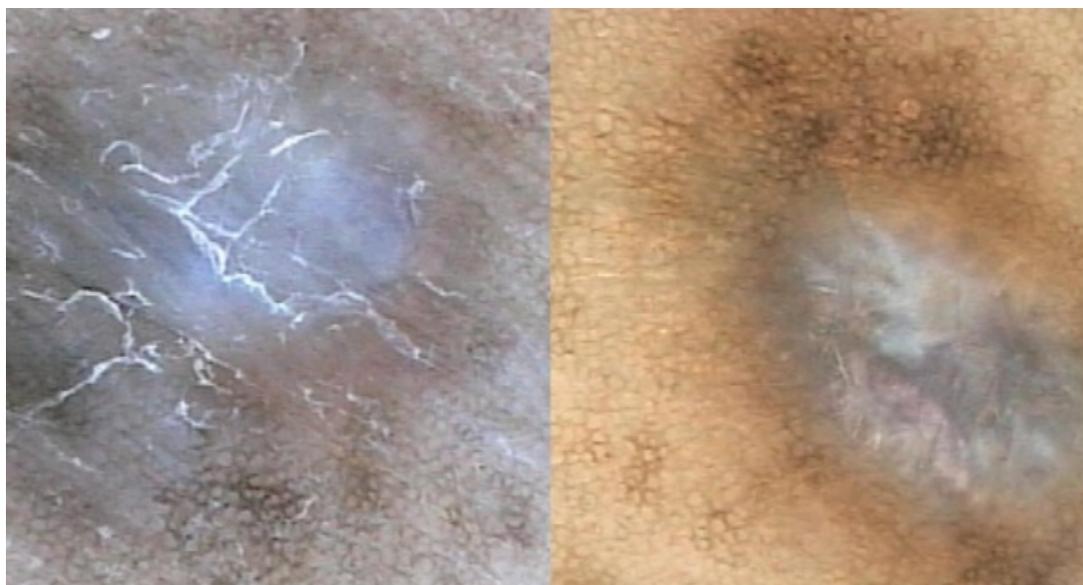


Figura 5: Pigmentación homogénea azul grisácea. Simuladores de melanoma.

VARIEDADES DE DERMATOFIBROMA

Se han descrito cinco variedades dermatoscópicas del dermatofibroma simuladoras de otras lesiones cutáneas:

- a.- Patrón tipo melanoma: patrón multicomponente, que presenta puntos y glóbulos de distribución irregular, red de pigmento atípica, múltiples colores, estructuras blanco-azuladas, crisálidas, red pigmentada, estructuras tipo estriaciones irregulares, ulceraciones, vasos atípicos^{5,12,13}. (Figura 6: A, B)

b.- Patrón tipo tumor vascular: combinación de áreas blancas y áreas rojo-azul-violáceas o patrón vascular polimorfo con collarite tipo granuloma piógeno. (Figura 6: C)

c.- Patrón tipo carcinoma basocelular: puede tener vasos arboriformes, telangiectasias superficiales finas y cortas, estructuras pigmentadas, áreas brillantes blanco-rojizas que remedan este tumor^{5,13,14}. (Figura 6: D)

d.- Patrón tipo psoriasis: lesión rosada con abundantes vasos puntiformes distribuidos uniformemente y escasas escamas blancas^{5,13,14}. (Figura 6: E)

e.- Patrón tipo tumor en colisión: lesión asimétrica, con un patrón de dermatofibroma típico con la zona central blanquecina tipo cicatriz acompañado de un área focal de red pigmentada gruesa y muy pigmentada^{5,13,14}. (Figura 6: F)

Los patrones simil melanoma y tumor vascular se suelen observar en la variedad histológica hemosiderótica-aneurismático de los dermatofibromas^{5,6,13,14}.

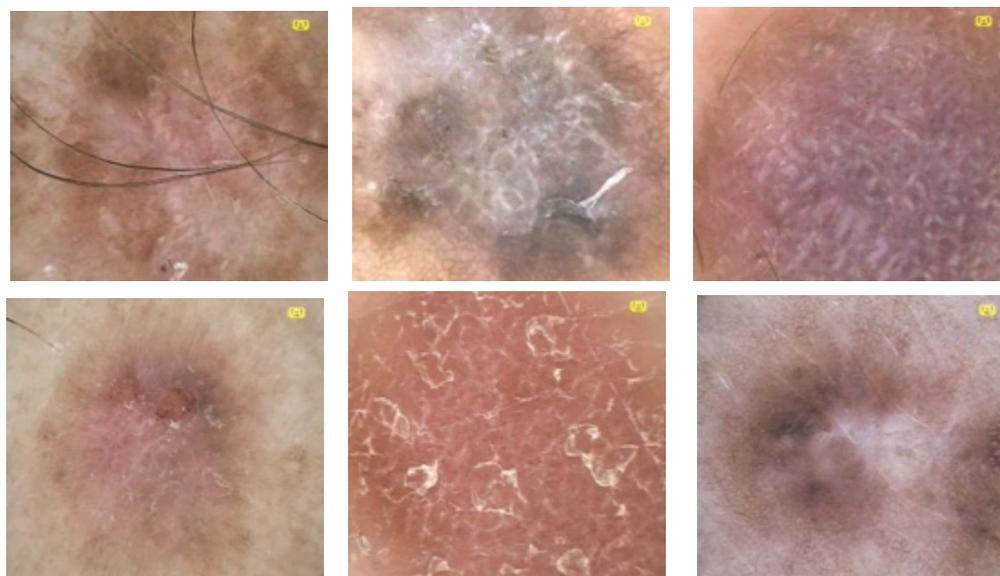


Figura 6: Patrones dermatoscópicos simuladores de otras lesiones. A y B tipo melanoma, C simil tumor vascular, D patrón tipo carcinoma basocelular, E tipo psoriasis, F simulador de tumor de colisión.

DISCUSIÓN

El dermatofibroma es tumor cutáneo benigno, fibrosante, frecuente, que suele afectar a los miembros inferiores. Este histiocitoma tiene como característica clínica el "signo del hoyuelo o de Fitzpatrick" que facilita su diagnóstico, pero no es patognomónico.

La dermatoscopia se ha convertido en una gran herramienta que colabora con el diagnóstico clínico de distintas lesiones cutáneas entre las que se encuentra este tumor. Se estima que el 80% de los dermatofibromas presentan características dermatoscópicas típicas como son la red pigmentada fina en la periferia y el área central blanquecina de aspecto cicatrizal. Pero también se pueden observar glóbulos en el área central, un retículo pigmentado tipo lentigo, una pigmentación homogénea azul grisáceo, entre otros.

A pesar del exhaustivo estudio de los hallazgos dermatoscópicos, se estima que un 6% de los mismos, deben ser escindidos a fin de descartar otras patologías como el melanoma y el carcinoma basocelular, entre otros. Esto se observa con frecuencia ante la variedad histológica

hemosiderótica-aneurismático⁵.

CONCLUSIÓN

Consideramos que conocer estos patrones puede ayudar a disminuir el número de escisiones innecesarias para diagnosticar estas lesiones.

REFERENCIAS

1. Arpaia N, Cassano N, Vena GA. Dermoscopic patterns of dermatofibroma. *Dermatol Surg.* 2005;31:1336-1339.
2. Agero AL, Taliercio S, Dusza SW, Salaro C, Chu P, Marghoob AA. Conventional and polarized dermoscopy features of dermatofibroma. *Arch Dermatol.* 2006;142:1431-1437.
3. Kilink Karaarslan I, Gencoglan G, Akalin T, Ozdemir F. Different dermoscopic faces of dermatofibromas. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:401-6.
4. Zaballos DP. Criterios dermatoscópicos de los tumores no melanocíticos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2015; 43 (2): 93-103.
5. Zaballos P, Puig S, Llambrich A, Malveyh J. Dermoscopy of dermatofibromas. A prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol.* 2008;144:75-83.
6. Zaballos P, Llambrich A, Ara M, Olazarán Z, Malveyh J, Puig S. Dermoscopic findings of haemosiderotic and aneurysmal dermatofibroma: report of six patients. *Br J Dermatol.* 2006;154:244-245.
7. Ferrari A, Soyer HP, Peris K, Argenziano G, Mazzocchetti G, Piccolo D, et al. Central white scar like patch: a dermoscopic clue for the diagnosis of dermatofibroma. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:1123-1125.
8. Puig S, Romero D, Zaballos P, Malveyh J. Dermoscopy of dermatofibroma. *Arch Dermatol.* 2005;141:122.
9. Blum A, Roehm S. Accessory nipple looks like dermatofibroma in dermoscopy. *Arch Dermatol.* 2003;139:948-949
10. Zaballos P, Puig S, Malveyh J. Dermoscopy of atypical dermatofibroma: central white network. *Arch Dermatol.* 2006;142:126.
11. Zaballos P, Guionnet N, Puig S, Malveyh J. Central white network: an additional dermoscopic feature for the diagnosis of dermatofibroma. *Dermatol Surg.* 2005; 31: 960-962.
12. Blum A, Jaworski S, Metzler G, Bauer J. Lessons on dermoscopy: Dermoscopic pattern of hemosiderotic dermatofibroma. *Dermatol Surg.* 2004;30:1354-1355
13. Ferrari A., Argenziano G., Buccini P., Cota C. et ál. Typical and atypical dermoscopic presentations of dermatofibroma, *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2012;27(11):1375-

1380.

14. Rodríguez Saa S, Pedrozo L, Cohen Sabban EN, Cabo H. Patrones dermatoscópicos no típicos de los dermatofibromas. Dermatol. Argent., 2013,19(3):228-229.

CORRESPONDENCIA:

Dra. Aldana Vacas

Servicio de Dermatología

Hospital Italiano de Buenos Aires.

Buenos Aires. Argentina

Email: [aldana.vacas @ hospitalitaliano.org.ar](mailto:aldana.vacas@hospitalitaliano.org.ar)