



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CARACTERIZACION CLINICA Y DERMATOSCOPICA DEL
DERMATOFIBROMA

RAMIREZ VALAREZO ADRIAN JOSEPH
MÉDICO

MACHALA
2024



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CARACTERIZACION CLINICA Y DERMATOSCOPICA DEL
DERMATOFIBROMA

RAMIREZ VALAREZO ADRIAN JOSEPH
MÉDICO

MACHALA
2024



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

CARACTERIZACION CLINICA Y DERMATOSCOPICA DEL DERMATOFIBROMA

RAMIREZ VALAREZO ADRIAN JOSEPH
MÉDICO

JARA GUERRERO EDMO RAMIRO

MACHALA, 02 DE JULIO DE 2024

MACHALA
02 de julio de 2024

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y DERMATOSCOPICA DEL DERMATOFIBROMA

por Adrian Joseph Ramirez Valarezo

Fecha de entrega: 21-jun-2024 04:29p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2406447650

Nombre del archivo: ADRIAN_TURNITIN_DERMATOFIBROMA.docx (42.89K)

Total de palabras: 3999

Total de caracteres: 23216

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, RAMIREZ VALAREZO ADRIAN JOSEPH, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado CARACTERIZACION CLINICA Y DERMATOSCOPICA DEL DERMATOFIBROMA, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 02 de julio de 2024



RAMIREZ VALAREZO ADRIAN JOSEPH
0750971392

Contenido

Agradecimiento	2
Resumen	3
Abstract	4
INTRODUCCIÓN	5
DESARROLLO	6
Definición	6
Etiología	6
Epidemiología	6
Histopatología	7
Características clínicas	7
Examen físico	7
Tipos de dermatofibromas:	8
Dermatofibroma atrófico	8
Dermatofibroma celular benigno	8
Dermatofibroma epiteloide	8
Dermatofibroma Aneurismático	8
Dermatofibroma hemosiderótico	9
Diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	10
Tratamiento	14
Pronostico	14
Complicaciones	14
CONCLUSIONES	15
Referencias	¡Error! Marcador no definido.

Agradecimiento

Este logro académico es dedicado a los pilares fundamentales que me han acompañado a lo largo de mi carrera universitaria: Dios y mi familia.

Dios, mi fortaleza inquebrantable, ha sido la fuente de sabiduría que me ha permitido desarrollarme académicamente. Agradezco también a la Virgen María, mi madre celestial, cuyo cálido amor ha sido mi sustento en los días académicos.

A mis padres, quienes, con su incansable esfuerzo, me han inculcado la dedicación, el esfuerzo y el amor por mi profesión. Gracias infinitas por ser mi apoyo incondicional. Mi hermana, con su ejemplo de entrega y sus sabios consejos, han sido una guía invaluable en mi trayectoria académica.

A los docentes y profesionales que me han guiado en este largo camino durante toda la carrera compartiendo con nosotros su experiencia y conocimiento para así aplicarlo en nuestra vida laboral y profesional.

Resumen

El dermatofibroma es un tumor cutáneo benigno que se manifiesta como una lesión pequeña, firme e indolora en la piel, se origina en el tejido celular subcutáneo, principalmente en adultos de edad media y suele localizarse en la cara y cuello. La presentación clínica más común es un nódulo solitario, asintomático y de pequeñas dimensiones, de coloración parduzca. Estos tumores aparecen de forma espontánea en la piel, manifestándose como pequeños nódulos hasta de 3 cm de diámetro, de color café, que pueden ser palpados, lo que plantea un diagnóstico diferencial con neoplasias malignas como el dermatofibrosarcoma protuberans, el histiocitoma fibroso maligno y el hemangiopericitoma: se encuentran como lesiones únicas y asintomáticas, siendo frecuente su aparición tras traumatismos o picaduras de insectos. Se trata de una lesión localizada, que no se reproduce ni presenta metástasis en otros órganos del cuerpo. El tratamiento es la resección quirúrgica, aunque debido a la benignidad de esta lesión, no es necesario realizarlo. **Objetivo:** Evaluar las características dermatoscópicas y los patrones de los dermatofibromas para su correcto diagnóstico y manejo. **Metodología:** Para este estudio descriptivo se lo realizó mediante la revisión de artículos científicos y correlación de casos clínicos actualizados en los últimos 5 años, se utilizó buscadores como Google academy, Pubmed, Redalyc, Scielo, Dialnet, que nos permitió recopilar información sobre las características del dermatofibroma para su diagnóstico. **Conclusión:** Logramos determinar los diferentes tipos de dermatofibroma con sus características clínicas evidenciando diferentes técnicas diagnósticas que nos ayudan con la identificación de la lesión.

Palabras clave: Dermatofibroma, dermatoscopia, nódulo, fibroblastos, histopatología, células, ecografía, signo del hoyuelo, escisión.

Abstract

Dermatofibroma is a benign skin tumor that manifests as a small, firm and painless lesion on the skin, originating in the subcutaneous cellular tissue, mainly in middle-aged adults and usually located on the face and neck. The most common clinical presentation is a solitary, asymptomatic, small, brownish nodule. These tumors appear spontaneously on the skin, manifesting as small nodules up to 3 cm in diameter, brown in color, which can be palpated, which raises a differential diagnosis with malignant neoplasms such as dermatofibrosarcoma protuberans, malignant fibrous histiocytoma and hemangiopericytoma: they are found as single, asymptomatic lesions, frequently appearing after trauma or insect bites. It is a localized lesion, which does not reproduce or metastasize to other organs of the body. The treatment is surgical resection, although due to the benignity of this lesion, it is not necessary. **Objective:** To evaluate the dermoscopic characteristics and patterns of dermatofibromas for their correct diagnosis and management. **Methodology:** This descriptive study was carried out by reviewing scientific articles and correlation of clinical cases updated in the last 5 years, using search engines such as Google academy, Pubmed, Redalyc, Scielo, Dialnet, which allowed us to collect information on the characteristics of dermatofibroma for diagnosis. **Conclusion:** We were able to determine the different types of dermatofibroma with its clinical characteristics evidencing different diagnostic techniques that help us with the identification of the lesion.

Keywords: Dermatofibroma, dermatoscopy, nodule, fibroblasts, histopathology, cells, ultrasound, dimple sign, excision.

INTRODUCCIÓN

El dermatofibroma es un tumor cutáneo benigno muy frecuente, compuesto por células fibrohistiocíticas, que puede aparecer en cualquier región de la superficie corporal, con predilección por las extremidades en pacientes adultos. (1)

Clínicamente, los dermatofibromas se manifiestan como pápulas, placas o nódulos duros, únicos o múltiples, firmes, de superficie lisa, cuyo color habitual varía del marrón claro al marrón oscuro, rojo púrpura o amarillos. De manera característica, la compresión lateral de estos tumores puede producir una depresión similar a un hoyuelo en la piel suprayacente, un signo conocido como signo del hoyuelo. (1)

Por consiguiente, al evaluar el diagnóstico diferencial de estas lesiones, es fundamental diferenciar el dermatofibroma del dermatofibrosarcoma protuberante (DFSP), una neoplasia cutánea de apariencia similar pero más agresiva. (2)

El dermatofibroma es una de las lesiones cutáneas más comunes en muestras de lesiones cutáneas obtenidas de laboratorios de dermatopatología. Otras variantes histológicas descritas hasta la fecha incluyen variantes aneurismáticas, hemosideróticas, celulares, epitelioides, atróficas, queloides y de células granulares. El dermatofibroma consta de células redondas u ovaladas y es un nódulo cutáneo de menos de 1 cm de diámetro. La escisión simple suele ser curativa y la recurrencia local es rara. (3)

En los últimos años, estudios inmunohistoquímicos han demostrado la existencia de células dendríticas positivas al factor XIIIa y posiblemente implicadas en el desarrollo de dermatofibromas. (3)

La dermatoscopia es una técnica diagnóstica cuyo desarrollo se remonta al siglo XVII. Para el siglo XX, esta técnica había alcanzado niveles de perfeccionamiento y difusión que la convierten en una herramienta imprescindible en la práctica clínica de cualquier dermatólogo. Se trata de un sistema óptico de amplificación de la imagen y de iluminación que permite la observación de estructuras de la epidermis y la dermis que no son visibles a simple vista. Esto se logra evitando la refracción de la luz en la capa córnea, ya sea mediante el uso de un filtro de luz polarizada o la interposición de un medio de inmersión. (4)

DESARROLLO

Definición

El dermatofibroma, también denominado histiocitoma fibroso benigno, es una enfermedad de la piel común. Existen evidencias de que esta dermatosis constituye una neoplasia de tipo clonal, y por lo tanto, su origen es neoplásico. Asimismo, se ha demostrado la diferenciación hacia fibroblastos, miofibroblastos y/o macrófagos, por lo que se clasifica dentro del grupo de los tumores fibrohistiocíticos. (5)

Es una lesión cutánea benigna de los tejidos blandos caracterizada por nódulos subcutáneos firmes, que suelen medir 1 cm o menos de diámetro. Estos nódulos cutáneos suelen presentarse en las extremidades y afectan a individuos de todas las edades, si bien se observan con mayor frecuencia en personas de entre 20 y 50 años, especialmente en el sexo femenino. (2)

Etiología

La naturaleza del dermatofibroma como proceso reactivo o verdadera neoplasia aún no está clara. Si bien la causa exacta de la afección sigue siendo desconocida, es frecuente que los pacientes que presentan un dermatofibroma refieran antecedentes de traumatismo local en el lugar, como por picadura de insecto, heridas leves, una lesión por espinas de rosa o una herida punzante superficial, pero no de forma sistemática. Aunque los pacientes diagnosticados de dermatofibroma a menudo refieren antecedentes de traumatismo local, lo que sugiere un proceso reactivo, dicho traumatismo no se notifica sistemáticamente y solo se encuentra en una quinta parte de los casos. Lo más común es que los dermatofibromas se desarrollen espontáneamente, sin ningún traumatismo o acontecimiento desencadenante específico. La regresión espontánea es infrecuente, lo que puede argumentar en contra de un proceso principalmente reactivo y, en su lugar, apoyar un modelo clonal o neoplásico. (2)

Epidemiología

El dermatofibroma es una lesión cutánea común en la mayoría de las poblaciones y representa aproximadamente el 3% de todas las muestras dermatológicas. Es difícil determinar la incidencia general porque la mayoría de los pacientes son asintomáticos y es posible que no busquen atención médica. Estos cambios suelen aparecer en personas de entre 20 y 40 años. Aunque la mayoría de los estudios muestran un predominio femenino, la incidencia varía de cuestionable a ligeramente mayor y es dos veces más común en mujeres que en hombres. (2)

Histopatología

La variante histológica de fibroma cutáneo más frecuentemente diagnosticada es el histiocitoma fibroso simple, también conocido como fibroma convencional. Histopatológicamente, los fibromas cutáneos se caracterizan típicamente por una proliferación localizada de células fibrosas fusiformes mezcladas con histiocitos en la dermis. Por lo general, estos crecimientos tienen apariencia nodular y tienen límites espinosos pero moderadamente definidos que pueden ejercer presión sobre los tejidos circundantes. Las células fusiformes pueden formar un patrón focal apilado, caracterizado por una apariencia multicéntrica de núcleos alargados. También pueden estar presentes capilares dispersos, linfocitos o células gigantes multinucleadas. Aunque estos tumores a menudo permanecen en la dermis, a menudo se puede observar una pequeña porción de la lesión que se extiende hacia el tejido subcutáneo a lo largo de la línea septal. (2)

Características clínicas

Las lesiones de dermatofibroma se caracterizan por la proliferación de fibroblastos, a menudo con afectación de histiocitos. Algunos estudios han detectado marcadores clonales en las células del dermatofibroma mediante el análisis de la inactivación del cromosoma X, lo que sugiere un patrón monoclonal y apoya potencialmente un origen neoplásico del desarrollo. Por el contrario, otros estudios sugieren una derivación heterogénea del dermatofibroma, postulando que representa tanto procesos reactivos como neoplásicos dentro de la misma lesión. En este modelo, el componente histiocitoide puede ser de naturaleza neoplásica, mientras que la porción fibrosa puede surgir de una proliferación fibroblástica reactiva. (2)

Examen físico

Los fibromas cutáneos son tumores de crecimiento lento que pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo, aunque comúnmente afectan a las extremidades. Clínicamente, aparecen como nódulos duros e indoloros en la piel, con o sin lesiones cutáneas asociadas, como una decoloración de color marrón rosado a marrón rojizo, que puede variar según la edad de la lesión. Los fibromas cutáneos suelen tener 1 cm o menos de diámetro, pero se han informado lesiones más grandes de más de 3 cm de diámetro. (2)

Las lesiones suelen ser asintomáticas, pero en ocasiones pueden provocar picazón y dolor. Aproximadamente 1 de cada 5 casos implica un traumatismo local en el lugar de la lesión, como el causado por una vacuna o una picadura de insecto. Es sumamente importante examinar minuciosamente la piel de todo el cuerpo, ya que estos cambios pueden ser muy difíciles de

detectar y en el 10% de los casos son múltiples. Un síntoma característico durante el examen es el "signo del hoyuelo", en el que la presión horizontal del dedo sobre la piel provoca una hendidura central en la lesión a medida que se adhiere al tejido subcutáneo. (2)

Tipos de dermatofibromas:

Dermatofibroma atrófico

El dermatofibroma atrófico es una forma poco común de esta condición, caracterizada por un nódulo o placa solitaria de color marrón con una depresión central. La piel en el área de la lesión suele ser más delgada que la adyacente. Un análisis reciente de 64 casos encontró que las ubicaciones más frecuentes fueron el hombro (25%), las extremidades inferiores (23,4%) y la espalda (17,2%). Debido a su apariencia distintiva, con una lesión marrón hundida, generalmente no es difícil diagnosticar clínicamente el dermatofibroma atrófico. El examen con dermatoscopia muestra una red pigmentada irregular, múltiples manchas blancas tipo cicatriz y un tono rosado-rojizo, lo que también puede ayudar a confirmar el diagnóstico. (6)

Dermatofibroma celular benigno

Este tipo de crecimiento no canceroso de la piel se caracteriza por una acumulación densa de células específicas que pueden llegar hasta la capa más profunda de la piel y exhibir un número normal de divisiones celulares. Si se extirpa la lesión pero quedan restos en los bordes, existe una probabilidad del 10% de que vuelva a aparecer. (7)

Dermatofibroma epiteloide

Los dermatofibromas epiteliodes consisten en células grandes y angulares que se asemejan mucho a aquellas presentes en los nevos de Spitz dérmicos. Estas células epiteliodes, de apariencia similar, son el rasgo característico de esta variante particular de dermatofibroma. (2)

Dermatofibroma Aneurismático

Aproximadamente el 1,7% de los dermatofibromas son de tipo aneurismático. Al igual que otros dermatofibromas, este subgrupo puede surgir después de un traumatismo localizado. Debido a su similitud con tumores cancerosos como el sarcoma de Kaposi, el histiocitoma fibroso maligno angiomatoide y el melanoma, su diagnóstico clínico puede representar un desafío. (8) Estas lesiones a menudo se diagnostican incorrectamente como lesiones vasculares debido a sus características clínicas. Histológicamente, se componen de células alargadas con bandas de colágeno entremezcladas, y comúnmente presentan espacios tisulares repletos de sangre junto con depósitos de hemosiderina en las células adyacentes. (2)

Dermatofibroma hemosiderótico

El dermatofibroma hemosiderótico representa una variante poco común de los dermatofibromas. Esta clase de lesiones se distingue por la presencia de diminutos vasos sanguíneos y acumulación de hemosiderina, una sustancia derivada de la degradación de los glóbulos rojos. Aunque su apariencia puede asemejarse a otros tipos de lesiones pigmentadas, como los melanomas. (9)

Diagnóstico

Los dermatofibromas son tipos comunes de tumores formados por células fibrosas e histiocitos. Aunque la mayoría de estos tumores se puedan identificar clínicamente, algunas variantes de dermatofibromas pueden presentar retos importantes tanto en el examen clínico como en el dermatoscópico, por lo que requieren de un análisis histopatológico para un diagnóstico apropiado. (10)

El "signo del hoyuelo" es un rasgo distintivo del dermatofibroma, un tumor cutáneo no canceroso. Cuando se aplica presión lateral alrededor de la lesión, se forma una depresión central u "hoyuelo" en el centro del nódulo. Esto se debe a que el dermatofibroma está firmemente unido a las capas inferiores de la piel, y la presión lateral hace que la parte central de la lesión se hunda. (11)

El análisis microscópico de los tejidos sigue siendo el método más preciso para diagnosticar los tumores de la piel. No obstante, nuevos estudios están evaluando otras técnicas no quirúrgicas que puedan complementar el diagnóstico inicial y diferenciar entre distintos tipos de tumores, si bien aún no son lo suficientemente precisas como para reemplazar al método de referencia. Uno de estos enfoques es la ecografía de la piel. El dermatofibroma es visible en las imágenes ecográficas como un tumor que se encuentra entre la piel y el tejido graso subcutáneo. Tiene una apariencia irregular y menos densa que el tejido circundante. En algunos casos, puede causar distorsión de los folículos pilosos cercanos, que se observan como líneas de baja densidad en la periferia del tumor. Generalmente, no se detecta flujo sanguíneo al examinarlo con Doppler. (12)

El análisis histopatológico es fundamental para establecer un diagnóstico preciso. Puede revelar la presencia de una neoformación formada por células alargadas y estrelladas que generan nuevo colágeno fibroso, un engrosamiento de la epidermis, un alargamiento de las proyecciones epidérmicas, células con múltiples núcleos y espacios que encierran parásitos sanguíneos. (13)

En el examen de la piel con dermatoscopia, se observan ciertas características que ayudan a identificar un dermatofibroma. Estos incluyen una mancha blanca central rodeada de una red delgada de color marrón, o la presencia de estructuras con aspecto globular en la parte central del dermatofibroma. Además, se evalúan otras características como la estructura de la epidermis, la presencia de células atípicas, la estructura de las papilas y los nidos en la unión entre la piel y la capa más profunda, así como la apariencia de los vasos sanguíneos. También se pueden observar estructuras adicionales, como quistes córneos y "anillos dobles". (14)

La dermatoscopia se ha convertido en un instrumento invaluable que apoya el diagnóstico clínico de diversas lesiones de la piel, incluido este tipo de tumor. Aproximadamente el 80% de los dermatofibromas presentan rasgos dermatoscópicos característicos, como una sutil red pigmentada en el borde y un área central blanquecina que evoca una cicatriz. Sin embargo, también pueden observarse otras características, como glóbulos en el centro, un retículo pigmentado similar al lentigo, o una tonalidad azul grisácea uniforme. (15)

Diagnóstico diferencial

Dermatofibrosarcoma protuberante

El dermatofibrosarcoma protuberante es un sarcoma maligno de crecimiento lento y de bajo a intermedio grado, que se origina a partir de los fibroblastos dérmicos. Inicialmente, esta neoplasia fue caracterizada como un sarcoma queloide. (16)

Desde el punto de vista clínico, el DFSP se presenta con mayor frecuencia en adultos de mediana edad. Histopatológicamente, se compone de fascículos de células fusiformes uniformes que crecen en un patrón estoriforme, con múltiples variantes y una fuerte y difusa inmunoreactividad para el marcador CD34. (16)

A nivel ultraestructural, el DFSP se caracteriza por células estrelladas o fusiformes, con procesos celulares largos, delgados y ramificados, unidos por uniones primitivas, similares a los dendrocitos dérmicos. (16)

En las primeras etapas del DFSP, los pacientes a menudo notan parches de piel de color carne que son pequeños, duros, indoloros, de crecimiento lento, engrosados debajo de la piel o lesiones atróficas sin complicaciones. (16)

El primer DFSP pediátrico se divide en cuatro variantes. Los nódulos pequeños y palpables forman lentamente placas endurecidas interconectadas. Un engrosamiento uniforme de la piel que se asemeja a un queloide. El DFSP congénito aparece al nacer como parches eritematosos,

atróficos o manchas pigmentadas de forma irregular que se asemejan a nevos melanocíticos. (16)

Además de una anamnesis y un examen físico completos, un diagnóstico preliminar idealmente requiere una biopsia extensa (biopsia central o biopsia por escisión) para confirmar el diagnóstico patológico. La presencia de lesiones fibróticas u otras características de alto riesgo debe anotarse en el informe de patología. El examen de los ganglios linfáticos y los estudios de imágenes son importantes en el diagnóstico y la planificación quirúrgica. La resonancia magnética puede determinar el tamaño y la extensión del tumor, así como su relación con las estructuras neuromusculares y esqueléticas adyacentes. Por lo tanto, se recomienda la resonancia magnética para la evaluación preoperatoria, la planificación quirúrgica y el seguimiento de la recurrencia de la enfermedad. (16)

Sarcoma de Kaposi

El sarcoma de Kaposi es un interesante tumor de tejidos blandos que se presenta en muchas poblaciones diferentes, con diversas presentaciones y cursos. En su forma más conocida, el sarcoma de Kaposi se presenta en pacientes inmunocomprometidos, como aquellos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o en aquellos inmunocomprometidos debido a un trasplante de órganos. (17)

El herpesvirus humano/hercoma de Kaposi (HHV-8) fue descubierto como el agente causante del sarcoma de Kaposi cuando se desarrolló la epidemia de SIDA en los años 1980. (17)

Han surgido cuatro formas clínicas:

1. Una presentación clásica en hombres mayores de ascendencia mediterránea y de Europa del Este afecta las extremidades inferiores.
2. Forma endémica africana con linfadenopatía generalizada en niños.
3. Forma asociada al VIH en pacientes que no reciben terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), con afectación generalizada de la piel y los órganos internos.
4. Forma de tratamiento en pacientes con inmunosupresión, así como daños difusos en la piel y órganos internos. (17)

Cada forma tiene una historia natural diferente, desde formas anaplásicas perezosas hasta formas anaplásicas más agresivas y peligrosas. (17)

El sarcoma de Kaposi progresa a través de tres etapas clínicas diferentes: parcheada, laminar y nodular. La etapa macular del sarcoma de Kaposi se caracteriza por una proliferación de células fusiformes de canales vasculares complejos e irregulares que cruzan la dermis con un signo protuberante, definido como hiperplasia de vasos ramificados que rodean vasos y apéndices dérmicos preexistentes, erectos y más grandes. También se detectan con frecuencia eritrocitos extravasados, macrófagos que contienen hemosiderina, células sanguíneas vítreas raras, así como linfocitos perivasculares y células plasmáticas. (17)

El diagnóstico definitivo del sarcoma de Kaposi requiere una biopsia o escisión de las áreas sospechosas. El patólogo examinará el tejido bajo un microscopio y buscará rasgos característicos: proliferación de vasos sanguíneos, células fusiformes en la dermis. Los resultados inmunohistoquímicos positivos para LANA1 (un marcador sustituto del HHV-8) ayudan a diferenciar el sarcoma de Kaposi de lesiones similares. Las células afectadas también expresan CD34, factor VIII, PECAM-1, D2-40, VEGFR-3 y BCL-2. (17)

Nevus intradérmico

Dependiendo de la ubicación de las células en el nevo, los nevos melanocíticos se pueden dividir en nevos combinados, nevos intradérmicos y nevos complejos. (18)

El nevo intradérmico es un tipo de nevo melanocítico con nidos de células nevus ubicadas en la dermis. Los nevos intradérmicos se pueden definir como estructuras de la epidermis rodeadas por fibras de la membrana basal, ubicadas fuera del nido de células del nevo. Actualmente, existen dos métodos populares para eliminar las células lunares, incluida la cirugía de eliminación de células lunares a gran escala, el electrocauterio y el uso de láser de CO₂/erbio. Sin embargo, a los dermatólogos les resulta difícil eliminar por completo las células de los lunares sin causar un daño excesivo a los tejidos normales circundantes. (19)

Queratoacantoma

El queratoacantoma es un tumor cutáneo de crecimiento rápido, de bajo grado, con forma de cúpula, de 1 a 2 cm de diámetro, con un tapón central de queratina. Se caracteriza por un rápido crecimiento inicial, seguido de un período de estabilidad tumoral y regresión espontánea. Se divide en varias subcategorías con diferentes presentaciones. Los subtipos incluyen queratoacantoma soli, queratoacantoma subungueal, queratoacantoma mucoso, queratoacantoma gigante, queratoacantoma centrífugo, queratoacantoma generalizado de Grzybowski y queratoacantoma múltiple del síndrome de Ferguson-Smith. Aunque el

queratoacantoma se considera benigno, tiene características histopatológicas similares al carcinoma de células escamosas y requiere tratamiento. (20)

Se han propuesto varias causas, incluida la radiación ultravioleta, la exposición a carcinógenos químicos, la inmunosupresión, el uso de inhibidores de BRAF, la predisposición genética, incluidas las mutaciones p53 o H-Ras, la exposición a virus, incluido el virus del papiloma humano y traumatismos o cirugías recientes en la zona. Una erupción rara, esporádica y con picazón generalizada asociada con el queratoacantoma corneal se llama queratoacantoma generalizado de Gryzbowski. (20)

Ocurren principalmente en áreas expuestas al sol, como el cabello, la cara, la cabeza, el cuello y la parte posterior de las extremidades. Las lesiones en el tronco son raras. Las lesiones comienzan como un bulto pequeño, redondo, rosado o de color carne, y luego crecen rápidamente hasta convertirse en un bulto en forma de cúpula con un tapón de queratina en el medio, lo que le da una apariencia de cráter. Tamaño clásico 1 - 2 cm. (20)

Las lesiones se evalúan mediante una anamnesis y un examen físico completos. Se puede realizar una biopsia para evaluación histológica. La mejor prueba de diagnóstico es una biopsia por escisión porque una biopsia por afeitado puede no ser suficiente para explorar la profundidad y diferenciar un queratoma de un carcinoma de células escamosas. En pacientes con queratoacantoma, se necesitan radiografías del dedo afectado para controlar la pérdida ósea. (20)

Carcinoma basocelular

El carcinoma de células basales (CBC) es un tipo de cáncer de piel de crecimiento lento que se encuentra comúnmente en dermatología. El CBC rara vez metastatiza, pero a menudo es numeroso y recurre en la piel expuesta al sol, acompañado de algo de dolor. El BCC es un grupo heterogéneo de tumores con características histopatológicas y clínicas que van desde lesiones superficiales hasta tumores muy extendidos y destructivos. (21)

El tratamiento estándar para el CBC es la cirugía, pero en los últimos años se han desarrollado opciones no quirúrgicas (médicas, sistémicas o físicas) para cada extremo de estos cánceres: lesiones superficiales (CBCs) y CBC avanzado (CBCa). (21)

El diagnóstico de CBC requiere una biopsia a menos que la lesión sea pequeña o clínica y endoscópicamente típica, especialmente en ubicaciones que no son de alto riesgo. Antes de una cirugía compleja o un tratamiento sistémico, se recomienda una biopsia. La biopsia puede

confirmar el diagnóstico de BCB, pero puede no ser suficiente para determinar el subtipo histológico debido a la heterogeneidad histológica. (21)

Tratamiento

Los dermatofibromas generalmente no requieren tratamiento, a menos que la lesión cause molestias. La extirpación para análisis histopatológico se indica cuando la lesión muestra signos de malignidad, como cambios en su apariencia o hemorragia. Las variantes atípicas tienen mayor probabilidad de recurrencia y, en raras ocasiones, pueden metastatizar. Por lo tanto, se recomienda la escisión completa con márgenes claros. Los pacientes que consideren la extirpación por razones estéticas deben ser informados de que la cicatriz resultante puede ser más visible que la lesión original, especialmente en las extremidades inferiores. La crioterapia puede ser una opción de tratamiento alternativa para las lesiones que sobresalen de la superficie de la piel y se irritan debido a traumatismos repetidos. (2)

Si la persona enferma no muestra signos visibles de la enfermedad, incluso si tiene muchas heridas por todo el cuerpo, no se le aplicará un tratamiento particular, pero se le sugiere hacerse revisiones médicas con regularidad. (22) El cuidado de los dermatofibromas normalmente no es obligatorio, a menos que se presenten alteraciones en la lesión o no se pueda descartar la malignidad. En estos casos, la opción de tratamiento recomendada es la extirpación quirúrgica de la lesión. (23)

Pronostico

Los dermatofibromas cutáneos son benignos y de buen pronóstico. Algunos cambios pueden incluso retroceder espontáneamente, provocando hipopigmentación. La mayoría de los fibromas dermoides permanecen estables durante muchos años sin cambios significativos. Después de una escisión cuidadosa, estas lesiones rara vez recurren y sólo en el caso de las variantes más agresivas ocurre recurrencia local en alrededor del 20% de los pacientes. Por lo tanto, para biopsias por escisión que contienen variantes citológicas o de atipia, se puede recomendar una nueva escisión para garantizar márgenes claros dados la incidencia documentada de recurrencia local, aunque sea baja. Las metástasis se han descrito en muy raras ocasiones. (2)

Complicaciones

Las complicaciones asociadas con los dermatofibromas se deben principalmente a la extirpación quirúrgica y pueden incluir sangrado, infección, cicatrices o desfiguración y la necesidad de procedimientos adicionales. (2)

CONCLUSIONES

El dermatofibroma es un tumor benigno el cual afectara más a la población joven con predominio en el sexo femenino y predilección de aparición en cuello miembros superiores e inferiores.

Si bien la identificación inicial parece sencilla, los dermatofibromas atípicos pueden representar un verdadero desafío y confundirse con otros tipos de tumores. Esto se observa a menudo con la variante hemosiderótica-aneurismática, la cual puede llegar a simular un melanoma.

El dermatofibroma es una lesión cutánea común en la mayoría de las poblaciones y representa aproximadamente el 3% de todas las muestras dermatológicas. Aunque la mayoría de los estudios muestran un predominio femenino, la incidencia varía de cuestionable a ligeramente mayor y es dos veces más común en mujeres que en hombres

La variante histológica de fibroma cutáneo más frecuentemente diagnosticada es el histiocitoma fibroso simple, también conocido como fibroma convencional. Histopatológicamente, los fibromas cutáneos se caracterizan típicamente por una proliferación localizada de células fibrosas fusiformes mezcladas con histiocitos en la dermis. Las células fusiformes pueden formar un patrón focal apilado, caracterizado por una apariencia multicéntrica de núcleos alargados.

Aunque la información médica, las pruebas histológicas y las imágenes pueden indicar la presencia de un dermatofibroma, solo un análisis patológico puede confirmar el diagnóstico de manera definitiva.

Las preferencias y necesidades de los pacientes son un factor clave al considerar si extirpar estas lesiones o mantenerlas bajo observación. Si se elige la observación, es importante estar atento a cualquier cambio repentino o inusual en la apariencia o comportamiento de la lesión, lo que motivaría una consulta inmediata con un dermatólogo experimentado para su evaluación.

Se revisaron las diferentes características clínicas e histopatológicas de diferentes tipos de dermatofibromas, la especificación de estas variedades de presentaciones es importante para el diagnóstico diferencial y pronostico porque tienen probabilidades de recurrencia local.

Los dermatofibromas generalmente no requieren tratamiento, a menos que la lesión cause molestias. La extirpación para análisis histopatológico se indica cuando la lesión muestra signos de malignidad, como cambios en su apariencia o hemorragia. Los pacientes que consideren la extirpación por razones estéticas deben ser informados de que la cicatriz resultante puede ser más visible que la lesión original, especialmente en las extremidades inferiores.

Es importante contar con un diagnóstico clínico y dermatoscópico eficaz para diferenciarlo de otras neoplasias malignas como el dermatofibrosarcoma protuberante, sarcoma de Kaposi, queratoacantoma, nevus intradérmico y el carcinoma basocelular.

Entendemos que identificar estos patrones puede contribuir a reducir la cantidad de cirugía menos innecesarios al diagnosticar estos daños. Comprender estos patrones nos puede permitir evitar procedimientos quirúrgicos al evaluar estas lesiones.

Referencias

1. Juliandri Juliandri XYW,ZJL,JWZyYX. Patrones dermatoscópicos de dermatofibroma en 72 pacientes chinos. *Chinese Medical Journal*. 2019; 132(17): p. 2121-2122.
2. David J Myers , Eric P. Fillman. StatPearls. [Online]; 2024. Acceso 29 de februaryde. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470538/>.
3. Felipe Simões Lopes Quintana , Hiram Larangeira de Almeida Jr , Caroline Pires Ruas , Valéria Magalhães Jorge. Scanning electron microscopy of dermatofibroma. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2019; 94(3): p. 358-360.
4. Zaballos P. criterios dermatoscopicos de los tumores no melanociticos. *Colegio ibero latino americano de dermatologia*. : p. 93-103.
5. Elder DE , Massi D , Scolyer RA , Willemze R. WHO Classification of Skin Tumours. En DE E, D M, RA S, R W, editores. *WHO Classification of Skin Tumours*.: WHO; 2018. p. 13.
6. Misaki Kusano , Toshiyuki Yamamoto. Caso de dermatofibroma atrófico: possível papel da metaloproteinase de matriz-2. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2024; 99(2): p. 284-286.
7. Gaufin , Meredith BS , Michaelis , Timothy , Duffy , Keith MD. Cellular Dermatofibroma: Clinicopathologic Review of 218 Cases of Cellular Dermatofibroma to Determine the Clinical Recurrence Rate. *Dermatologic surgery*. 2019; 45(11): p. 1359-1364.
8. Pablo Villagrasa-Boli , Juan Monte-Serrano , Sara Martínez-Cisneros , Alejandro Martínez-García. Aneurysmal Dermatofibroma After Varicose Vein Surgery. *Dermatologu practical & conceptual*. 2022; 12(4): p. 1-2.
9. Changzhao Li , Hunter Allen , Margarita Loxas , Poonam Sharma. Hemosiderotic dermatofibroma mimicking melanoma: A case report and review of the literature. *Clinical Case Reports*. 2021; 9(3): p. 1387–1392.

10. Tugba Kevser Uzuncakmak , Muazzez Cigdem Oba , Mehmet Sar , Zeyaki Kutlubay. Dermatoscopia de dermatofibromas lipidizados. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2023; 98(3): p. 382-409.
11. Anayn Flores Reyes , Briseño Gascon , Antonio Esquivel Pinto , Toussaint Caire , Vega Memije. Dermatofibroma: analisis clinico y variedades histologicas. Dermatologia Revista Mexicana. 2021; 65(2): p. 1-2.
12. Jordan Mena , Andrea Querol Nasarre , Del Prado Sanz , M elena. Zaguan. [Online]; 2021. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/111219>.
13. Raquel de Melo Carvalho , Thaiana Botarelli , Nilton Carlos dos Santos Rodrigues , Juliana Marques da Costa. Dermatoscopia do dermatofibroma. Surgical & Cosmetic Dermatology. 2020; 12(2): p. 159-162.
14. Anna Pogorzelska-Antkowiak , Dominika Wcisło-Dziadecka , Ligia Brzezinska Wcisto , Krzysztof Pawlicki , Ryszard Antkowiak , Paola Corneli. Features of dermatofibroma in reflectance confocal. International Journal of Dermatology. 2020; 59(8): p. 951-954.
15. Aldana Soledad Vacas , María Victoria Rodríguez Kowalczyk , Florencia Gallo , Rosa Marigle Rodrigues Vasconcelos , Alicia Maria Kowalczyk. DERMATOFIBROMA: DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y DERMATOSCÓPICO. Electronic Journal of Biomedicine. 2017; 2(1): p. 32-39.
16. Xingpei Hao , Steven D. Billings , Fangbai Wu , Todd W. Stultz , Gary W. Procop , Gene Mirkin , et al. Dermatofibrosarcoma Protuberans: Update on the Diagnosis and Treatment. Journal of Clinical Medicine. 2020; 9(6): p. 1-22.
17. Bradie N. Bishop , David T. Lynch. Kaposi Sarcoma. [Online]; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534839/>.
18. Junhui Jeong , Eun Kyung Kim. Intra dermal nevus of the external auditory canal. Clinical Case Reports. 2022; 10(4): p. 1-2.
19. Cheng Liu , Jia-Li Liang , Jia-Lin Yu , Qun hu , Chang-Xing Li. Successful treatment of eyebrow intra dermal nevi by shearing combined with electrocautery and curettage: Two case reports. World Journal Of Clinical Cases. 2023; 11(27): p. 6537–6542.

20. Patrick M. Zito , Richard Scharf. Keratoacanthoma. [Online]; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499931/>.
21. Nicole Basset-Seguin , Florian Herms. Update in the Management of Basal Cell Carcinoma. *Acta dermato Venereologica*. 2020; 100(11): p. 284-290.
22. Man-Xue Yao , Yu-Ting Wang , Nai-Hui Zhou. Multiple Eruptive Dermatofibroma: A Case Report. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*. 2024; 19(17): p. 457-461.
23. Sinem Saritas , Hasan Gökcer Tekin , Trine Høgsberg , Lisbet Rosenkrantz Hölmich , Jacob Juel. Benign Skin Tumours. *Ugeskr Riftet*. 2022; 18(184): p. 1-8.