# Fibroqueratoma digital adquirido

Jhoman Armando Betanzos[1], Rosa Inés Castro[2], César Salinas[3].
[1]Residente de Dermatología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Callao, Perú. [2]Asistente del Servicio de Dermatología del Instituto de Salud del Niño, Lima, Perú. [3]Profesor Principal del Departamento de Patología de la Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú.

*Dermatol Pediatr Lat 2007; 5(1): 57-59.*

## Presentación del caso

Paciente varón de ocho años de edad, natural y procedente de Comas (Lima), llevado al servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Salud del Niño por presentar tumoración en planta de pie izquierdo de cuatro años de evolución. Inicia como pápula verrucosa asintomática, de crecimiento exofítico, lento y progresivo hasta aproximadamente 1cm de longitud, asociándose dolor y sensación de cuerpo extraño a la deambulación. Acude hace un año a un Centro de Salud donde le realizan exéresis; sin embargo luego de dos meses presenta recidiva con aparición de nuevas lesiones adyacentes a la primaria.

Antecedente de traumatismo de pie izquierdo hace cuatro años, previo a la aparición de la tumoración. Niega otros antecedentes personales o familiares de importancia.

Al examen paciente en aparente buen estado general, con una tumoración pedunculada, color piel, de aproximadamente 1.8x1.5x1cm, localizada en la región metatarsiana interna de pie izquierdo, de superficie lisa con áreas queratósicas, focos de necrosis distal y con rodete queratósico en su base (Fig. 1). Su consistencia era firme y no sensible a la palpación. Adyacente a la lesión primaria se observaba múltiples pápulas queratósicas color piel, agrupadas y siguiendo un trayecto lineal hasta el borde interno del pie (Fig. 2).

***Fig. 1. Tumoración pedunculada, color piel, de superficie lisa con áreas queratósicas y focos de necrosis distal con rodete en la base.***

***Fig. 2. Pápulas queratósicas adyacentes a la lesión primaria.***

Se realizó biopsia excisional y el estudio histopatológico evidenció hiperqueratosis compacta con paraqueratosis, áreas de hipergranulosis y acantosis irregular con papilomatosis (Fig. 3). Dermis con haces de colágeno en disposición vertical siguiendo el eje longitudinal de la neo-

*Correspondencia:*
*Dra. Rosa Inés Castro*
*Correo electrónica:*
*rosa.r.castro@gmail.com*
*Recibido: 15/04/07*
*Aprobado: 27/04/07*

formación con escaso infiltrado celular y dilatación vascular (Fig. 4).

*Fig. 3. Hiperqueratosis compacta, acantosis irregular y papilomatosis. HE 5X.*

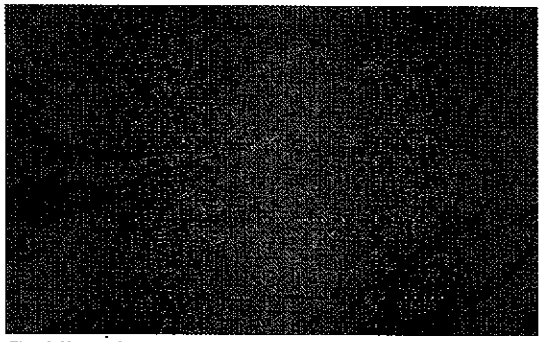

*Fig. 4. Verticalización de las fibras colágenas, escasa celularidad y dilatación vascular. HE 10X.*

La correlación de los datos clínicos con los hallazgos histopatológicos llevó al diagnóstico de fibroqueratoma digital adquirido múltiple.

## Discusión

El fibroqueratoma digital adquirido es un tumor infrecuente del tejido conectivo cutáneo, de comportamiento benigno, asintomático, de etiología desconocida, usualmente solitario, localizado mayormente en dedos y de presentación predominante en adultos[1].

Descrito inicialmente por Monocorps y Flare, como fibroma en diente de ajo (garlic-clove) hasta que en el año de 1968 Bart y cols. acuñan el término fibroqueratoma digital adquirido[2]. Este tumor se desarrolla a partir de los elementos propios del tejido conjuntivo cutáneo y de sus estructuras diferenciadas[3]. La patogenia de esta lesión es desconocida; se atribuye a un factor traumático predisponente debido a la topografía distal o a la presencia de algún factor local que da como resultado una interacción dermo-epidérmica que ocurre en los tumores fibroepiteliales; sin embargo muchos casos no son precedidos por un trauma previo[1,4].

Ocurre en individuos a partir de la segunda década de la vida, más frecuentemente en varones entre los 30 a 60 años, siendo menos común en niños[2]. En la mayoría de los casos es único, pero pueden presentarse lesiones dobles o múltiples. Se ha descrito como localización preferente los dedos de la mano; sin embargo puede encontrarse con menor frecuencia en otros puntos anatómicos como palma o dorso de la mano, dedos del pie, muñeca, rodilla, talón, cara anterior de la pierna o planta del pie como en el caso presentado. Tales localizaciones han permitido que muchos autores lo denominen más apropiadamente con los términos de fibroqueratoma distal o simplemente fibroqueratoma adquirido[2,5].

Clínicamente se trata de una neoformación asintomática, pero que puede ser dolorosa cuando es traumatizada, tipo papular, sésil o pedunculada, del color de la piel, superficie lisa, a veces queratósica, cuyo tamaño varía de pocos milímetros a 1.5cm, aunque Kakurai y cols. reportan una lesión gigante de 3.8 cm.[1] Característicamente la base está separada por un collarete epidérmico queratósico del que emerge el fibroma[3,6].

Nuestro caso se trata de una lesión pedunculada con superficie queratósica y el característico collarete en la base que clínicamente concuerda con la descripción clásica del fibroqueratoma digital adquirido, sin embargo resaltan algunos aspectos poco reportados como la edad temprana de presentación y las lesiones múltiples en una localización poco frecuente. Histológicamente Kint y cols. clasifican los fibroqueratomas adquiridos en tres tipos de acuerdo a su aspecto histológico[7]:

Tipo I: Lesión cupuliforme fibroepitelial formada por un eje conectivo vascular cubierto por epitelio hiperqueratósico y acantósico. Los haces de colágeno, gruesos, densos, muy apretados entre sí y dispuestos en forma paralela al eje vertical, se continúan con el tejido conjuntivo normal subyacente. Están mezclados con fibroblastos, fibras elásticas adelgazadas y una red vascular abundante. Es la forma más frecuente y corresponde a la clásica descripción de Bart.

Tipo II: Lesión elevada, hiperqueratósica con fibroblastos incrementados entre el eje vertical del tumor y una marcada disminución en las fibras elásticas.

Tipo III: Lesión plana o elevada con tejido conjuntivo edematoso, presencia de material mucoide, fibras de colágeno escasas, delgadas y dispuestas de manera irregular; ausencia de fibras elásticas, hipocelularidad y escasa cantidad de vasos.

Los hallazgos histopatológicos del caso presentado concuerdan con el tipo I de Kint.
El diagnóstico diferencial se debe hacer principalmente con la polidactilia rudimentaria; sin embargo ésta se encuentra desde el nacimiento, usualmente es bilateral, localizada en el quinto dedo y presenta bandas nerviosas en la base en el estudio histopatológico[2,8]. Otras entidades incluyen molusco contagioso, fibromas, neurofibromas, cuerno cutáneo, verruga vulgar, granuloma piógeno, tumor de Köenen (cuando son de localización periungueal) y poroma ecrino.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica y está indicado cuando afecta la función del segmento anatómico comprometido, existe dolor u otras complicaciones. También se puede realizar exéresis tipo afeitado, curetaje, cauterización y criocirugía[6]. La recidiva es infrecuente si la extirpación es completa.

## Referencias bibliográficas


1. Kakurai M, Yamada T, Kiyosawa T, Ohtsuki M, Nakagawa H. Giant acquired digital fibrokeratoma. J Am Acad Dermatol. 2003;48:S67-8.
2. Da Costa A, Antonio S, Chakkour I, Lopes E, Gomes M, Lopes J, et al. Acquired digital fibrokeratoma. Report of a case. Rev Bras Ortop. 1998:33:203-6.
3. Morales M, Novales J, Ramos A, Bernal E, Aparicio C. Fibroma digital adquirido presentación de dos casos con características clínicas similares. Rev Cent Dermatol Pascua. 2005;14:142-4.
4. Salim T, Balachandran C. Acquired digital fibrokeratoma. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2001;67:273.
5. Jaiswal A, Chatterjee M. Acquired (digital) fibrokeratoma. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2002;68:179-80.
6. Sinha A, Langtry J. Surgical management of acquired digital fibrokeratoma. J Am Acad Dermatol. 2005;52:S207.
7. Kint A, Baran R, De Keyser H. Acquired (digital) fibrokeratoma. J Am Acad Dermatol. 1985; 12:816-21.
8. Arunc I, Aparna P, Sampagavi V, Yelikar B. Solitary, horny projection on hand. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2004;70:325-6.