

Lesión tumoral en el dedo índice

Tumoral lesion on index finger

Agustina Fernández Capiet¹, Natalia Chichi², Natacha Seara² y Alejandro Sanz³

¹ Médica Residente de Dermatología

² Médica de Planta, Servicio de Dermatología Infantil

³ Médico de Planta, Servicio de Dermatología
Hospital Churruca Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

Contacto de la autora: Agustina Fernández Capiet

E-mail: agusfcapiet@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 3/3/2024

Fecha de trabajo aceptado: 31/7/2024

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2025; 31(1): 49-50

CASO CLÍNICO

Una paciente de 14 años, sin antecedentes médicos relevantes, acompañada de sus padres consultó con el Sector de Dermatología Infantil por presentar una lesión en el dedo índice de la mano izquierda.

Al examen físico se evidenció una tumoración hiperqueratósica de consistencia duroelástica, dolorosa a la palpación, de 0,5 cm de diámetro, localizada en la segunda falange del dedo índice de la mano izquierda de 10 meses de evolución (Foto 1). Al interrogatorio dirigido negó traumatismo previo. A la dermatoscopia se visualizó lesión hiperqueratósica de base eritematosa, sin red de pigmento (Foto 2).

Se solicitó una radiografía de la mano que descartó compromiso óseo asociado. Se realizó biopsia de piel

por *punch*. En el estudio histopatológico, en una vista 10X con tinción de hematoxilina y eosina, se evidenció epidermis con hiperqueratosis y acantosis; en la dermis, una proliferación densa constituida por elementos con núcleos ovales, claros, con nucléolos puntiformes y citoplasmas elongados eosinofílicos. Dichos elementos se organizaban en fascículos entrelazados con aisladas mitosis. No se identificó necrosis (Fotos 3 y 4). Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica para la determinación de actina músculo liso y vimentina positivo citoplasmático, mientras que CD34, Ki67, desmina y S100 fueron negativos en la población tumoral. Se realizó la exéresis quirúrgica completa con márgenes libres, sin presentar recidiva de la lesión hasta el momento.



FOTO 1: Tumor hiperqueratósico de 0,5 cm de diámetro, localizado en la segunda falange del dedo índice de la mano izquierda.

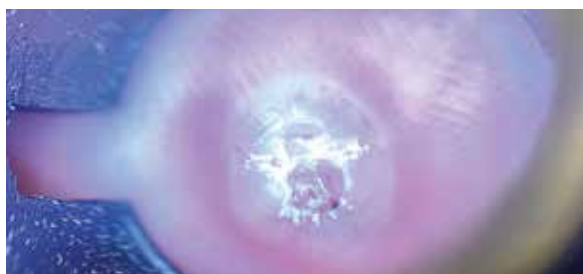


FOTO 2: Dermatoscopia de tumor hiperqueratósico, de base eritematosa, sin red de pigmento.

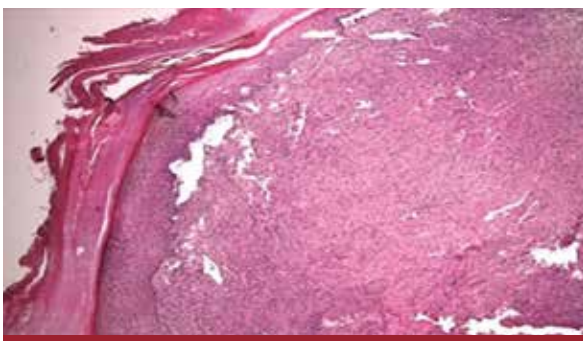


FOTO 3: Epidermis con hiperqueratosis y acantosis. En dermis, una proliferación celular densa (HyE, 10X).

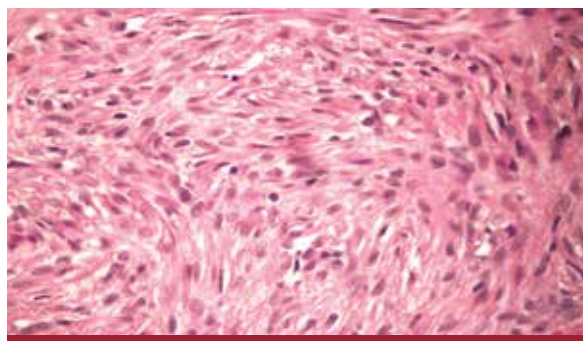


FOTO 4: Dermis: fascículos entrelazados de células fusiformes con citoplasma eosinofílico y nucleolo evidente. Mitosis aisladas. No se observa necrosis (HyE, 40X).

DIAGNÓSTICO

Fibrohistiocitoma celular.

COMENTARIO

El dermatofibroma es un tumor fibrohistiocítico frecuente localizado principalmente en las extremidades de las mujeres. Puede aparecer en cualquier grupo etario, siendo más habitual entre la segunda y la cuarta década de la vida^{1,2}. Su etiología se desconoce, aunque se postula la asociación con microtraumatismos en la zona, como picaduras de insectos^{1,2}. Clínicamente se presenta como una pápula, placa o nódulo firme como un “tumor en pastilla”, generalmente menor de 1 cm de diámetro, que ante la compresión lateral se aprecia el “signo del oyuelo”³. En cuanto a la dermatoscopia, la mayoría presenta un área central blanquecina rodeada por una red de pigmento⁴. Además del dermatofibroma común se describen distintas variedades histológicas que incluyen aneurismático, hemosiderótico, atípico, celular, atrófico, liquenoide, mixoide, entre otros².

El subtipo celular representa menos del 5% de los dermatofibromas. A diferencia de la mayoría, tiene predilección por el sexo masculino y puede desarrollarse en localizaciones inusuales como la cara, las orejas, las manos y los pies^{2,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Volpicelli ER, Fletcher CD. Desmin and CD34 positivity in cellular fibrous histiocytoma: an immunohistochemical analysis of 100 cases. *J Cutan Pathol*. 2012;39:747-752.
2. Alves JV, Matos DM, Barreiros HF, Bártolo EA. Variants of dermatofibroma-a histopathological study. *An Bras Dermatol*. 2014;89:472-477.
3. Gaufin M, Michaelis T, Duffy K. Cellular dermatofibroma: clinicopathologic review of 218 cases of cellular dermatofibroma to determine the clinical recurrence rate. *Dermatol Surg*. 2019;45:1359-1364.
4. Şenel E, Yuyucu-Karabulut Y, Doğruer-Şenel S. Clinical, histopathological, dermatoscopic and digital microscopic features of dermatofibroma: a retrospective analysis of 200 lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1958-1966.
5. Parihar S, Ho K, Armanasco P. Benign cellular fibrous histiocytoma in a rare location. A toe. *Foot & Ankle Surgery: Techniques, Reports & Cases*. 2022;2:100232.
6. Tseng YT, Chen KL, Tsai TF. Metastatic cellular fibrous histiocytoma. *Dermatologica Sinica*. 2016; 34: 102-105.
7. Siegel DR, Schneider SL, Chaffins M, Rambhatla P. A retrospective review of 93 cases of cellular dermatofibromas. *Int J Dermatol*. 2020;59:229-235.

En el estudio histopatológico se describe una proliferación altamente celular de células fusiformes, citoplasma eosinofílico y núcleos claros, ovalados y pequeños. Suelen abarcar hasta la dermis reticular e incluso pueden mostrar extensión hacia el tejido celular subcutáneo⁵. Ocasionalmente pueden observarse áreas de mitosis y necrosis⁶. Los principales diagnósticos diferenciales son el dermatofibrosarcoma *protuberans* y el leiomioma, para lo cual la inmunohistoquímica es fundamental. Presenta una alta tasa de recurrencia local (hasta el 26%) a diferencia del dermatofibroma convencional donde el principal factor de riesgo para la recurrencia es el tamaño inicial de la lesión (mayor a 1 cm)^{2,3}. El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica de la lesión^{3,7}.

Presentamos el caso de una patología poco frecuente en la población pediátrica, con una localización inusual, en la cual el rol del dermatólogo en conjunto con un equipo multidisciplinario es fundamental para arribar al diagnóstico.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Graciela Carabajal por su aporte en el estudio histopatológico.