

Tema 24

DERMATOFIBROMA

Dres. E. Herrera, M. Mendiola y A. Matilla

DEFINICIÓN

El dermatofibroma, también llamado histiocitoma fibroso benigno, histiocitoma solitario, hemangioma esclerosante, histiocitoma cutis o fibrosis nodular subepidérmica, es un tumor benigno de origen fibroblástico o histiocítico, muy frecuente, único o en número escaso, aunque a veces puede ser múltiple, como ocurre en pacientes inmunodeprimidos por tratamientos inmunosupresores prolongados o VIH. Se ha descrito una variante familiar de dermatofibromas múltiples. Puede aparecer a cualquier edad, pero lo más frecuente es en adultos entre la 3.^a-5.^a década. Es más común en mujeres de mediana edad y localiza, sobre todo, en extremidades inferiores.

ETIOPATOGENIA

Como sus diferentes nombres indican se le considera un supuesto origen fibroblástico o histiocítico, con carácter tumoral o reactivo. Aunque lo más frecuente es que aparezca espontáneamente, en el 20% de los pacientes existe un antecedente previo de traumatismo o picadura de insecto. En su histogénesis se pueden diferenciar varias etapas: a) Tejido de granulación con numerosos eritrocitos extravasados. b) Inflamación granulomatosa. c) Fibrosis. Se podría concluir que el dermatofibroma, histogénicamente, es un tipo diferenciado de inflamación granulomatosa y fibrosante que ocasiona un tumor.

En los últimos años, mediante inmunohistoquímica se ha comprobado que muchas células expresan factor XIIIa, hecho que le ha valido a algunos autores a denominarlo dendrocitoma dérmico. El CD34 es negativo y suele mostrar positividad focal a viventina y actina de músculo

liso, pudiéndose estas formas interpretarse como una diferenciación miofibroblástica.

CLÍNICA

Clínicamente se presenta como un tumor a modo de pápula o nódulo dérmico, pequeño, único o múltiple y de coloración variable entre marrón, rojiza y negro-azulada (Fig. 1). Generalmente es asintomático, de crecimiento lento y mide pocos milímetros de diámetro aunque puede llegar a tener un tamaño entre 2 y 3 centímetros. Se han descrito formas gigantes y polipoideas. También existen dermatofibromas múltiples y agrupados.

Como claves clínicas diagnósticas podemos considerar su presentación con forma papulosa rosada o nódulos marrones grisáceos en extremidades inferiores, de pequeño diámetro y que la compresión lateral origina un hoyuelo característico (signo del hoyuelo) (Fig. 2).

HISTOPATOLOGÍA

Microscópicamente, es un tumor dérmico, con límites mal definidos, simétrico, con hiperplasia epidérmica suprayacente (interponiéndose una banda dérmica no afectada: "grenz zone"), hiperpigmentación basal y elongación de las crestas interpapilares, que no suele extenderse hasta tejido adiposo subcutáneo (Fig. 3). Está constituido primordialmente por fascículos de células fusiformes (de aspecto fibroblástico), histiocitos espumosos y ocasionales células gigantes multinucleadas, así como linfocitos, entremezclados en un estroma mixoide, con finos vasos sanguíneos, en proporción variable (Figs. 4 y 5). Pueden verse haces "atrapados" de colágeno hialinizado (intensamente



Figura 1. *Dermatofibroma. Lesión tumoral en forma de cúpula, marrón rojiza de superficie lisa y consistencia firme, en cara volar de antebrazo.*



Figura 2. *Signo del hoyuelo. Característico del Dermatofibroma. Al pellizcar lateralmente la lesión se hunde en su totalidad formando una depresión redondeada.*

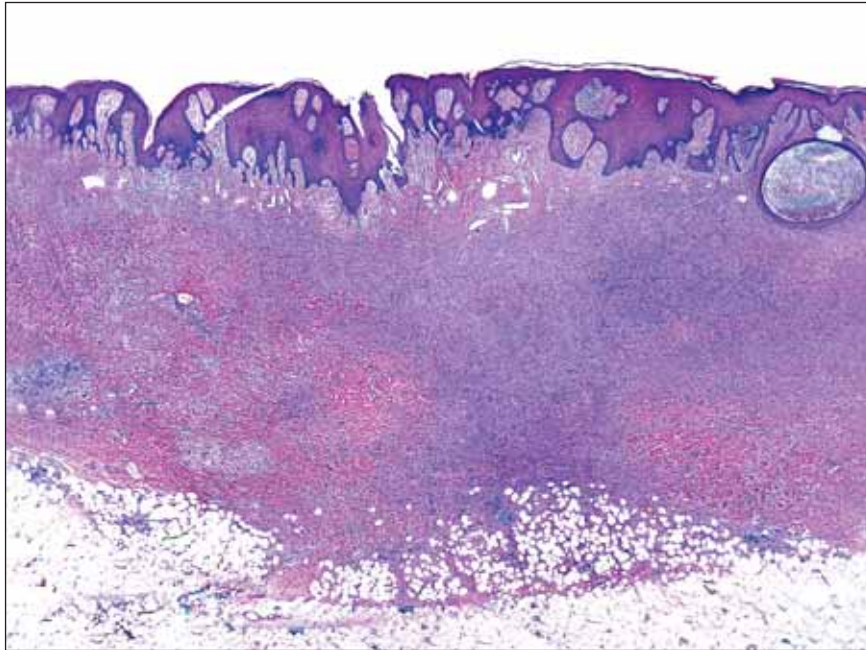


Figura 3. Dermatofibroma. Tumor dérmico, con límites mal definidos y cubierto por epidermis hiperplásica.

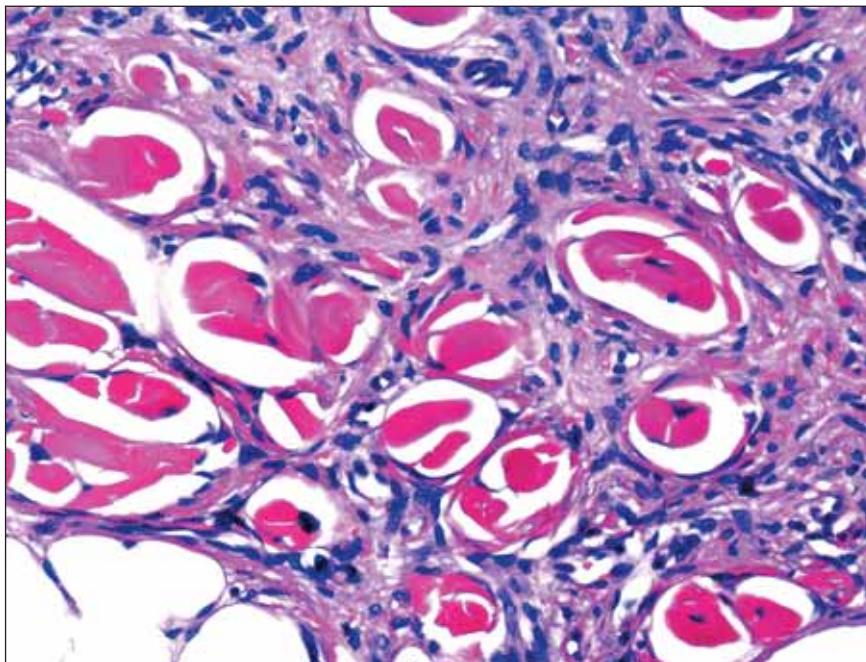


Figura 4. Dermatofibroma. Fascículos de células fusiformes y haces de colágeno hialinizado "atrapados".

acidófilos), rodeados de células tumorales, en la periferia de la lesión.

La gran cantidad de sinónimos que tiene este tumor (dermatofibroma, histiocitoma, hemangioma esclerosante, fibrosis nodular subepidérmica...)

refleja las diferentes características histológicas que puede presentar. Y así, el histiocitoma fibroso celular es un dermatofibroma muy celular, con escaso colágeno y abundantes fascículos de fibroblastos dispuestos en patrón verticilar ("estoriforme"); sue-

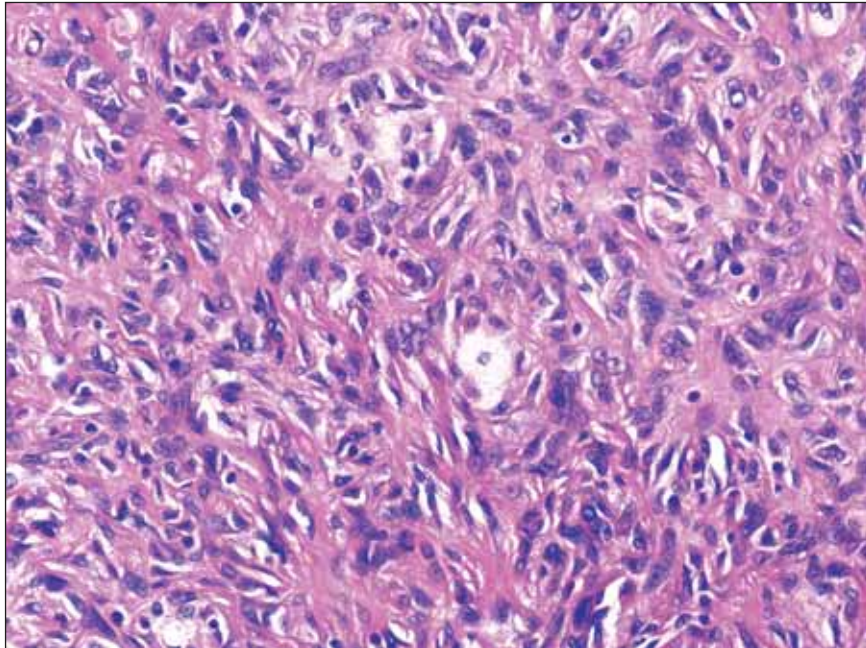


Figura 5. Dermatofibroma. Histiocitos “espumosos” entre las células fusiformes.

len extenderse al tejido subcutáneo y pueden recurrir. El histiocitoma fibroso aneurismático o angiomatoide muestra canales o espacios de aspecto vascular, rodeados de histiocitos que contienen hemosiderina, junto a fibroblastos. Otros subtipos histológicos del dermatofibroma se denominan de acuerdo al aspecto microscópico más relevante: histiocitoma fibroso epitelioides, lipidizado, de células claras, atrófico y atípico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial clínico hay que realizarlo con cicatrices, sarcoma de Kaposi, dermatofibrosarcoma protuberans y metástasis cutáneas de carcinomas. En las formas pigmentadas hay que diferenciarlo del nevus azul y melanoma maligno primario.

El diagnóstico diferencial histológico hay que establecerlo con cuatro entidades, principalmente, el dermatofibrosarcoma protuberans, el sarcoma de Kaposi, el hemangioma fusocelular y las lesiones melanocíticas. El dermatofibrosarcoma protuberans es, característicamente CD34 positivo, y carece de células espumosas y células gigantes multinucleadas, además, el dermatofibroma no

invade el tejido celular subcutáneo o su invasión es mínima. La variante aneurismática de dermatofibroma puede confundirse con el sarcoma de Kaposi y con el hemangioma fusocelular, siendo de gran utilidad la inmunoreactividad que presentan las células endoteliales frente al CD31, así como la ausencia de fibras de colágeno atrapadas y la presencia de espacios pseudovasculares debidos a la hemorragia. Las lesiones melanocíticas pueden ser diferenciadas del dermatofibroma gracias a su positividad frente a marcadores inmunohistoquímicos tales como la proteína S-100.

TRATAMIENTO

Al ser un tumor de comportamiento benigno, el tratamiento no suele ser necesario, pues la cicatriz suele ser menos estética que el tumor. Se indicará extirpación quirúrgica cuando plantee problemas estéticos por el tamaño o de diagnóstico diferencial. La criocirugía puede ser una opción con resultados variables. La vaporación con láser de CO₂ puede dar resultados satisfactorios, aunque a veces la cicatriz queda pigmentada debido a la profundidad de la lesión.