

FIBROQUERATOMA DIGITAL ADQUIRIDO EN ESCOLAR PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Roberto Leonardo Pilco Luque

Dermatólogo Pediatra – Estomatólogo, Hospital de Niños “Sor Teresa Huarte Tama” Sucre - Bolivia

Dra. María Luz Agostinelli.

Dermatóloga Pediatra, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Bs. As.-Argentina

Palabras Clave: Fibroqueratoma, tumor en mano, fibroma.

Key Words: Fibrokeratoma, tumor in hand, fibroma.

RESUMEN

El fibroqueratoma digital adquirido descrito por Bart en 1968, es un tumor benigno, infrecuente de tejido conectivo fibroso, de etiología desconocida, único, más frecuente en adultos, con localización preferencial en dedos de las manos, pies y aspecto clínico diverso. El tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico: paciente de sexo masculino, de 7 años de edad, escolar, que acude a la consulta por presentar tumoración elevada queratósica en palma de mano izquierda, de 4 años de evolución. Sin antecedentes personales ni heredo-familiares de importancia. Se realizó biopsia excisional y patología informó hallazgos compatibles con fibroqueratoma.

ABSTRACT

The digital fibrokeratoma acquired described by Bart in 1968, is a benign tumor, uncommon of connective fibrous tissue, with unknown etiology, more frequent in adults, with preferential localization in fingers of the hands and feet, with diverse clinical aspect, The treatment is surgical.

Case report: patient male, 7 years old, who goes to the doctor because of high tumor keratotic in palm of left hand of 4 years of evolution. No personal history or heredo-familial of importance. Excisional biopsy was performed and pathology reported findings consistent with fibrokeratoma

INTRODUCCIÓN

El fibroqueratoma digital adquirido (FKA) es un tumor

benigno infrecuente de tejido conectivo fibroso, descrito inicialmente por Monocorps y Flare como fibroma en diente de ajo, hasta que Bart et al. en 1968 acuñaron el nombre de FKA, más tarde Pinkus et al. lo denominaron fibroqueratoma acral, por su frecuente localización en las palmas y las plantas.^{1,2,3}

De etiología desconocida, siendo el trauma el factor más predisponente, solitario, más frecuente en adultos (30 a 60 años), de localización acral con preferencia en dedos de

las manos, (por ello el nombre fibroqueratoma digital adquirido), periungueal, cara anterior de pierna o plantas.^{1-4,5} El aspecto clínico del FKA es diverso (tumoración elevada, papular, pedunculado o digitiforme), color de la piel, superficie lisa o queratósica, de pocos mm a 1,5 cm, la base presenta un collarote epidérmico queratósico.¹⁻⁶ Por tanto el diagnóstico diferencial es con verruga viral, cuerno cutáneo, dermatofibroma, tumor de köenen, poroma écrino, dedo supernumerario, fibroma, fibroma digital del lactante.^{7,8,9}

Histológicamente Kint et al. Clasifican al FKA en tres tipos: Tipo I (clásica, más frecuente): lesión cupuliforme fibroepitelial formada por un eje conectivo vascular cubierto por epitelio hiperqueratósico y acantósico. Haces de colágeno gruesos, densos muy apretados entre si y dispuestos en forma paralela al eje vertical, se continúan con el tejido conjuntivo normal subyacente. Mezclados con fibroblastos, fibras elásticas adelgazadas y una red vascular abundante. 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.^{1-3,6,7}

El tratamiento de elección del FKA es la resección quirúrgica (exéresis tipo afeitado o shaving, curetaje, cauterización y criocirugía).^{1-6,10}

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino, de 7 años de edad, escolar, que acude a la consulta por presentar tumoración en mano (Figura 1), de 4 años de evolución posterior a herida cortante, sin antecedentes personales ni heredofamiliares de importancia.

Al examen físico presenta una lesión tumoral, exofítica alargada de 1 x 0,3 cm, color piel, superficie lisa, consistencia dura, queratósica, levemente dolorosa en palma de mano izquierda. (Figura 2)



Fig. 1 tumoración tipo cuerno en cara palmar de mano izquierda.



Fig. 2 Observe el collarote hiperqueratósico en la base del tumor.

Estudios complementarios: Hemograma y coagulograma dentro de límites normales; El informe de Ecografía de partes blandas reporto área hipoeoica en el espesor del TCSC de 7,4 x 5,6 mm con diagnóstico presuntivo de granuloma. Se realiza biopsia excisional por shaving + electrocoagulación de la lesión. La muestra se envió a patología que informo: epidermis con marcada acantosis, hiperqueratosis, elongación de crestas interpapilares y dermis con vasos dilatados transversales, aumento de fibras colágenas engrosadas dispuestas en forma irregular. Hallazgos compatibles con fibroqueratoma. (Figura 3)

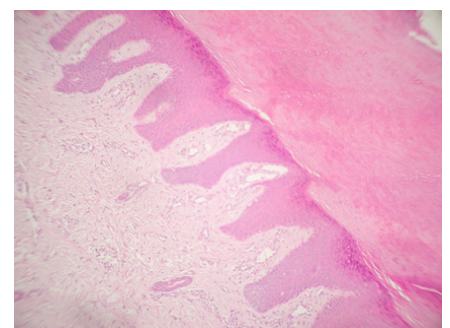


Fig. 3 Dermis con engrosamiento de fibras colágenas dispuestas en forma irregular.

El diagnóstico definitivo clínico patológico fue: fibroquetoma digital adquirido

DISCUSIÓN

Los casos de FKA revisados son de etiología desconocida, sin embargo, se sugiere que los traumatismos locales pueden iniciarlo, más frecuente en dedos de manos y pies de ahí su denominación, nuestro caso pediátrico esta poco reportado, tanto en su forma clínica como su localización que se inicio posterior a una herida cortante que sufrió hace 4 años antes de acudir a la consulta, lesión comparado con el cuerno del rinoceronte o de la vaca.

La presentación clínica diversa hace que el diagnóstico definitivo del FKA sea una correlación clínico-patológica tal cuál nuestro caso.

En nuestro paciente realizamos la biopsia excisional como diagnóstico- tratamiento por ser de pequeño tamaño, sin presentar recidiva.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Autor para correspondencia:
ropilcoluque@gmail.com
rleo20@yahoo.es

BIBLIOGRAFIA

1.-Ali M, Mbaha, CA, Alwadiyaa A, Nur MM, Sunderamoorthy D. Giant fibrokeratoma, a rare soft tissue tumor presenting like an accessory digit, a case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2015; 10: 187–190

2.- Pegas JR, Cade KV, Kiyomura MY, Sousa AS, Bazzo ILMS, Tebcherani AJ. Fibroqueratoma digital adquirido: a propósito de um caso clínico. Surg Cosmet Dermatol 2012; 4(4):357-9.

3.-Betanzos JA, Castro RI, Salinas C. Fibroqueratoma digital adquirido. Dermatol Pediatr Lat. 2007; 5(1):57-59.

4.-Baykal C, Buyukbabani N, Yazganoglu D, Saglik E. Acquired digital fibrokeratoma. Cutis. 2007; 79(2):129-32.

5.-Kint A, Baran R, De Keyser H. Acquired digital fibrokeratoma. J Am Acad Dermatol.1985; 12(5 pt 1):816-21.

6.-CunhaFilhoRR. Dermatología comparativa: fibroqueratoma digital adquirido. An Bras Dermatol. 2008; 83(2):173-4.

7.-Frydman AF, Mercer SE, KleinermanR, YanofskyVR, Birge MB. Acquired fibrokeratoma presenting as multiple plantar nodules. DermatolOnline J. 2010; 16(10):5.

8.- Lee DR, Lee JY, Ahn JY, Park MY. A case of acquired digital fibrokeratomaaccompanied by pyogenic granuloma. Dermatol Online J. 2009; 15(1):8.

9.- Choi JH, Jung SY, Chun JS, Seo JK, Le D. Giant Acquired digital fibrokeratomaoccurring on the left great toe. Ann Dermatol. 2011; 23(1):64-6.

10.- Yu D, Morgan RF. Acquired digital fibrokeratoma: a case report.Ann Plast Surg. 2015 Mar; 74(3):304-5.