

## DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

### Fibroma esclerótico solitario: características dermatoscópicas



### Solitary Sclerotic Fibroma: Dermoscopic Features

Una mujer de 89 años consultó por un nódulo blanquecino indurado con vascularización superficial en el cuarto dedo de la mano izquierda (fig. 1) de varios años de evolución. La dermatoscopia (fig. 2) mostraba unos vasos arboriformes periféricos sobre un fondo blanquecino y un halo eritematoso perilesional. La lesión fue extirpada y se procedió a su estudio anatomopatológico (fig. 3).

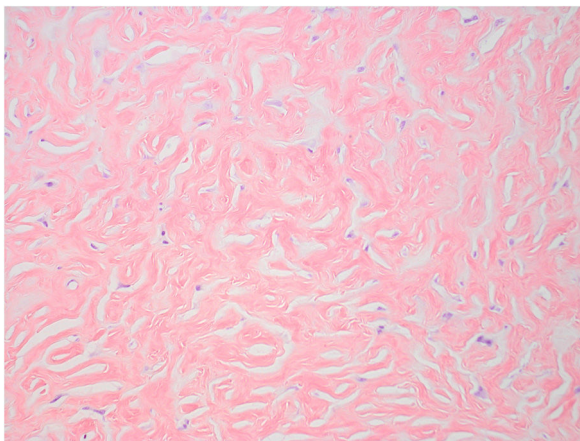


**Figura 1** Nódulo blanquecino bien delimitado con vascularización superficial de 7 × 5,7 mm.



**Figura 2** Lesión blanca homogénea con eritema perilesional y vasos arboriformes de distribución periférica.

¿Cuál es su diagnóstico?



**Figura 3** Abundantes haces de colágeno hialinizado paucicelular y hendiduras con patrón estoriforme.

## Diagnóstico

Fibroma esclerótico solitario.

## Comentario

El fibroma esclerótico (FE), también denominado colagenoma estoriforme, es una neoplasia benigna infrecuente. Clínicamente se manifiesta como una pápula o un nódulo solitario blanquecino o de color carne, bien circunscrito y de consistencia firme, que suele aparecer en adultos jóvenes<sup>1</sup>. Se localiza preferentemente en la cara y en las extremidades, pero también ha sido descrito en el tronco, el cuero cabelludo, la mucosa oral y el lecho ungueal<sup>2</sup>. La presencia de múltiples FE se considera un marcador cutáneo específico de síndrome de Cowden<sup>1</sup>, mientras que los FE solitarios no se suelen asociar a dicha genodermatosis. Al examen histopatológico se presenta como una neoformación dérmica bien circunscrita pero no encapsulada, compuesta por unos haces gruesos de colágeno hialino paucicelular que contiene numerosos espacios en forma de hendidura. El número de fibroblastos interpuestos entre los haces de colágeno es escaso. Las hendiduras están orientadas al azar y, a poco aumento, confieren un patrón estoriforme<sup>1</sup>.

Existen 2 teorías para explicar la etiopatogenia del FE. La primera considera el FE una entidad clínico-patológica propia, que explicaría especialmente los casos asociados al síndrome de Cowden. La segunda teoría sostiene que se trata de la etapa final de una lesión preexistente, como dermatofibromas, neurofibromas, angiofibromas, foliculitis, eritema *elevatum diutinum*, lipomas, fibromas de la vaina tendinosa, nevus melanocíticos y colagenomas de células gigantes. De todas ellas, el dermatofibroma es el más comúnmente asociado<sup>3,4</sup>.

Recientemente se ha descrito por primera vez la imagen dermatoscópica del FE como una lesión de fondo blanco

homogéneo con unos vasos arboriformes en la periferia y un halo eritematoso perilesional<sup>2</sup>. Estos hallazgos coinciden con los de nuestra paciente. El diagnóstico diferencial se debe establecer con las formas atípicas de dermatofibromas o las etapas tardías de dermatofibromas esclerosos, el carcinoma basocelular, el nevus azul hipo/amelanótico y el melanoma amelanótico<sup>2</sup>. A diferencia del FE, el dermatofibroma atípico y los dermatofibromas esclerosos en etapas tardías suelen tener un retículo delicado periférico<sup>5</sup>. El carcinoma basocelular se puede acompañar de otros criterios dermatoscópicos como estructuras en rueda de carro, áreas en hoja de arce, ulceración, glóbulos múltiples y/o nidos ovoides azul-gris. En ocasiones, el nevus azul y el melanoma amelanótico no presentan pigmento azul-marrónáceo residual<sup>6</sup>, por lo que pueden ser indistinguibles del FE.

Aportamos un nuevo caso de FE con hallazgos dermatoscópicos coincidentes con los descritos recientemente. Aunque la dermatoscopia puede ser clave para la orientación diagnóstica, el diagnóstico definitivo sigue siendo histopatológico.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Izquierdo MJ, Pastor MA, Carrasco L, Requena C, Soguero ML, Moreno C, et al. Fibroma esclerótico con células gigantes multinucleadas. *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:419–21.
- Lewisham, Greenwich NHS, Trust, Ebadian M, Citarella L, Lewisham, Greenwich NHS, Trust, et al. Dermoscopy of a solitary storiform collagenoma. *Dermatol Pract Concept*. 2018;8:120–2.
- High WA, Stewart D, Essary LR, Kageyama NP, Hoang MP, Cockrell CJ. Sclerotic fibroma-like change in various neoplastic and inflammatory skin lesions: Is sclerotic fibroma a distinct entity? *J Cutan Pathol*. 2004;31:373–8.
- Abbas O, Ghosn S, Bahhady R, Salman S. Solitary sclerotic fibroma on the scalp of a young girl: reactive sclerosis pattern? *J Dermatol*. 2010;37:575–7.
- Coelho de Sousa V, Oliveira A. Nodular lesion with polymorphous vascular pattern. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7:81–3.
- Ma C, Chambers CJ, Kiuru M, Marsee DK, Silverstein M. Amelanotic blue nevus. *JAAD Case Reports*. 2017;3:93–4.

N. Setó-Torrent<sup>a,\*</sup>, G. Melé-Ninot<sup>a</sup>, M. Quintana-Codina<sup>a</sup> y R. Ballester-Victoria<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nurisetorrent@gmail.com](mailto:nurisetorrent@gmail.com) (N. Setó-Torrent).