

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Dermatoscopia de un fibroma esclerótico solitario: vasos arboriformes periféricos



Dermoscopy of a Solitary Sclerotic Fibroma: Peripheral Arborizing Vessels

Sr. Director:

Hemos leído con detenimiento el artículo «Fibroma esclerótico solitario: características dermatoscópicas»¹. En él se describen las características dermatoscópicas de un fibroma esclerótico (FE) solitario en un dedo de la mano izquierda de una mujer adulta, indicando que coinciden con las observadas en el único caso previo².

Recientemente hemos tenido la oportunidad de ver un nuevo caso de FE solitario en la espalda de un varón adulto, en el que los hallazgos dermatoscópicos fueron muy similares a los indicados en los dos casos previos. Esto añade evidencia a que el fondo blanquecino homogéneo, los vasos arboriformes periféricos y el halo eritematoso pueden ser los criterios dermatoscópicos característicos del FE.

Un varón de 35 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, consultó por una lesión asintomática en la espalda de 2 años de evolución. Comentaba que la lesión creció inicialmente pero luego se mantuvo estable.

A la exploración se apreciaba en el área escapular izquierda un tumor excrecente blanquecino, con una zona periférica parduzca y la presencia de varias telangiectasias en la superficie, de consistencia dura, bien delimitado, de 6 por 4 mm de tamaño (fig. 1). La dermatoscopia mostró un fondo blanquecino homogéneo con vasos arboriformes periféricos y un halo eritematoparduzco (fig. 2).

Con el diagnóstico clínico de carcinoma basocelular, tri-coepitelioma o dermatofibroma se extirpó la lesión. El estudio histopatológico evidenció una lesión nodular dérmica, circunscrita, no encapsulada, constituida por unos haces de colágeno hialinizado, paucicelular, que formaban hendiduras y adoptaban un patrón estoriforme. A mayor detalle se apreció un «collarete» de estructuras vasculares de pequeño tamaño, colapsadas por la expansión de la lesión, con formación de microtrombos y extravasación eritrocitaria (fig. 3). Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de FE solitario.



Figura 1 Imagen clínica. Tumor blanquecino, con zona periférica parduzca, con varias telangiectasias en superficie y bien delimitado.



Figura 2 Imagen dermatoscópica. Fondo blanquecino homogéneo con vasos arboriformes periféricos y halo eritematoparduzco.

El FE, también llamado colagenoma estoriforme, es un tumor fibroso cutáneo benigno infrecuente. Su etiopatogenia es todavía motivo de debate, algunos creen que es una neoplasia benigna distintiva mientras otros sugieren que es el estado degenerativo final de otros tumores fibrosos como los dermatofibromas¹. Su importancia radica en que puede aparecer de forma esporádica como una lesión solitaria, o ser múltiple como manifestación cutánea en pacientes con

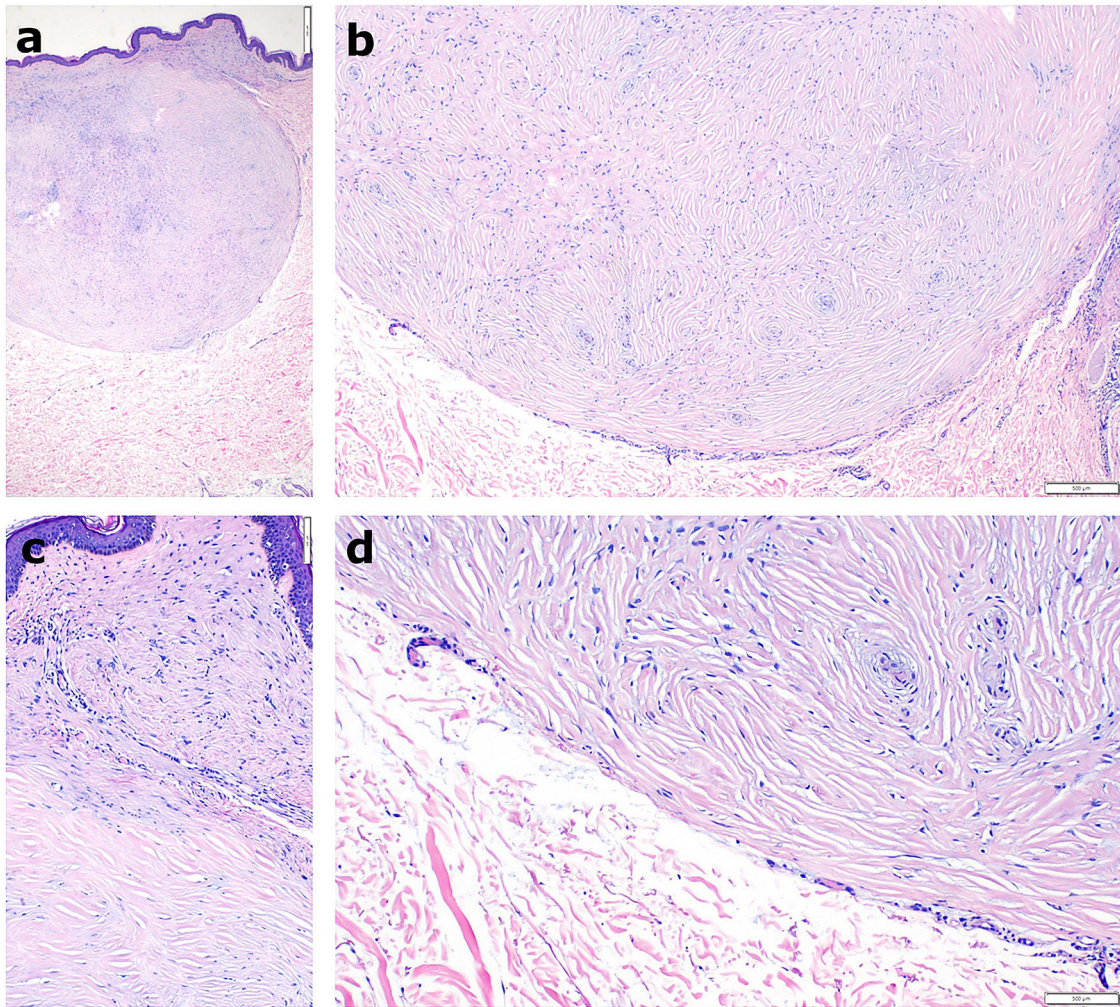


Figura 3 Imágenes histopatológicas. a) Lesión nodular dérmica, circunscrita y no encapsulada (hematoxilina-eosina, $\times 20$). b) Haces de colágeno hialinizado, paucicelular, separados por hendiduras y adoptando un patrón estoriforme. (hematoxilina-eosina, $\times 40$). c y d) A mayor detalle, «collarete» de estructuras vasculares de pequeño tamaño colapsadas, con formación de microtrombos y extravasación eritrocitaria (hematoxilina-eosina, $\times 200$).

un síndrome de Cowden^{3,4}. Algunos casos solitarios también se han relacionado con el síndrome de Cowden⁵. Clínicamente se presenta como un tumor asintomático, redondo u oval, blanquecino o del color de la piel normal, de consistencia firme, de menos de 1 cm de diámetro y bien definido, habitualmente localizado en cabeza, cuello y extremidades superiores de personas adultas³.

A nivel histopatológico se caracteriza por ser un nódulo dérmico bien circunscrito, no encapsulado, paucicelular compuesto por unos haces de colágeno gruesos, separados por numerosos espacios formando hendiduras, y escasos fibroblastos. Los haces de colágeno están entrecruzados confiriendo un patrón estoriforme (arremolinado o similar a la madera del contrachapado). La epidermis suprayacente suele estar atrófica^{1,5}. Este patrón histopatológico (descrito como similar a FE) puede apreciarse en otros procesos neoplásicos, inflamatorios o hamartomatosos como dermatofibromas, neurofibromas, cicatrices, dermatofibrosarcoma protuberans, fibroadenomas mamarios, perineuroma o eritema elevatum diutinum⁶.

Lo interesante de este caso es que los hallazgos dermatoscópicos fueron superponibles a los de los 2 casos previos: el fondo blanquecino homogéneo, los vasos arboriformes periféricos y el halo eritematoso. Especulamos con la posibilidad de que el fondo blanco sin estructura visto en la dermatoscopia se correlacione histológicamente con los haces gruesos de colágeno de la dermis, los vasos arboriformes con los vasos dilatados situados encima de dicha lesión nodular dérmica (justo debajo de la epidermis), y el halo eritematoso con el «collarete» de estructuras vasculares de pequeño tamaño. Desde el punto de vista dermatoscópico, el diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el dermatofibroma esclerótico y con el nevo azul amelanótico^{2,7,8}.

Aunque los vasos arboriformes son uno de los criterios dermatoscópicos más característicos del carcinoma basocelular, en una serie reciente cerca de la mitad de las lesiones que los tenían no lo eran⁹. Este patrón vascular puede aparecer, entre otras, en lesiones quísticas (como quiste epidérmico o quiste mixoide digital), tumores

anexiales, dermatofibroma, xantogranuloma, nevo melano-cítico intradérmico, queratosis actínica, tumores malignos (como carcinoma epidermoide, dermatofibrosarcoma protuberans, cáncer de mama, leucemia cutis, o metástasis), necrobiosis lipóidica, morfea, y ahora también en FE^{1,2,9,10}.

Bibliografía

1. Setó-Torrent N, Melé-Ninot G, Quintana-Codina M, Ballester-Victoria R. Fibroma esclerótico solitario: características dermatoscópicas. *Actas Dermosifiliogr.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2000.05005>.
2. Ebadian M, Citarella L, Collins D, Diaz-Cano S, Pozo-Garcia L. Dermoscopy of a solitary storiform collagenoma. *Dermatol Pract Concept.* 2018;8:120–2.
3. Kieselova K, Santiago F, Henrique M, Cunha MF. Multiple sclerotic fibromas of the skin: an important clue for the diagnosis of Cowden syndrome. *BMJ Case Rep.* 2017, 2017:bcr2017221695.
4. Bhambri A, del Rosso JQ. Solitary sclerotic fibroma. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2009;2:36–8.
5. Pernet C, Durant L, Bessis D, Guillot B, Dereure O. Solitary sclerotic fibroma of the skin: a possible clue for Cowden syndrome. *Eur J Dermatol.* 2012;22:278–9.
6. Val-Bernal JF, González-Vela MC, de Grado M, Garijo MF. Sclerotic fibroma (storiform collagenoma)-like stroma in a

fibroadenoma of axillary accessory breast tissue. *J Cutan Pathol.* 2012;39:798–802.

7. Coelho de Sousa V, Oliveira A. Nodular lesion with polymorphous vascular pattern. *Dermatol Pract Concept.* 2017;7:81–3.
8. Ma C, Chambers C, Kiuru M, Marsee DK, Silverstein M. Amelanotic blue nevus. *JAAD Case Rep.* 2017;3:93–4.
9. Mateos-Mayo A, Sánchez-Herrero A, Avilés-Izquierdo JA. Cuando los árboles no dejan ver el bosque. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111:159–60.
10. Jin H, Yang MY, Kim JM, Kim GW, Kim HS, Ko HC et al. Arborizing vessels on dermoscopy in various skin diseases other than basal cell carcinoma. *Ann Dermatol.* 2017;29:288–94.

B. Monteagudo^{a,*}, O. Figueroa-Silva^a, J.Á. Vázquez-Bueno^b y C. Durana^b

^a *Servicio de Dermatología*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es (B. Monteagudo).