

Fibroqueratoma acral adquirido: a propósito de un caso

Raquel Octavio-Sánchez^a y Cristina Faura-Berruga^b

^a MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona III – Villacerrada. Albacete (España).

^b Departamento de Dermatología y Venereología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete (España).

Correspondencia:
Raquel Octavio Sánchez.
C/ Paso Subterráneo, s/n.
C.P. 02001 – Albacete
(España).

Correo electrónico:
roctavio@sescam.jccm.es

Recibido el 19 de marzo de 2018.

Aceptado para su publicación el 9 de mayo de 2018.

RESUMEN

El diagnóstico diferencial de las lesiones dermatológicas supone un gran reto en las consultas diarias de Atención Primaria. Un ejemplo de ello son las lesiones digitales, cuya etiología más frecuente es la verruga vulgar, denominadas como tal aquellas que son causadas por el virus del papiloma humano (VPH). A pesar de ello, hay otras causas que deben ser tenidas en cuenta como el fibroqueratoma acral adquirido, debido a su relativa frecuencia. Se trata de un tumor fibroso y benigno cuyo diagnóstico se basa en la histología y cuyo tratamiento consiste en la exéresis completa.

PALABRAS CLAVE: Tumores de la Piel. Verrugas. Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Acquired digital fibrokeratoma: a case report

The differential diagnosis of dermatological lesions is a great challenge in primary care daily consultations. An example of this is digital lesions, whose most frequent etiology is verruca vulgaris, which are those caused by the human papillomavirus (HPV). However, there are other causes, like acquired digital fibrokeratoma, that must be taken into account due to its relative frequency. This is a fibrous and benign tumor whose diagnosis is based on its histology and whose treatment consists only in complete excision.

KEY WORDS: Skin Neoplasms. Warts. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El fibroqueratoma acral adquirido es una lesión fibrosa benigna poco conocida, aunque relativamente frecuente. Se localiza generalmente en los dedos de las manos, aunque también puede encontrarse en los pies¹. Predomina en varones adultos y su etiología es desconocida, aunque posiblemente se halla relacionada con microtraumatismos repetidos². Su diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos característicos de hiperqueratosis y bandas de colágeno dispuestas en capas³. Su tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica completa².

CASO CLÍNICO

Mujer de 65 años con los antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia, con faquectomía en el ojo derecho como antecedente quirúrgico, y en tratamiento con atorvastatina 10 mg, lormetazepam 2 mg y telmisartán/hidroclorotiazida 80/12,5 mg. Acude a consulta de Dermatología derivada desde Atención Primaria por presentar una lesión en el quinto dedo de la mano derecha de unos 4-5 años de evolución y que comenzaba a producirle molestias en sus rutinas diarias. La paciente no recordaba ningún traumatismo previo en dicha localización. A la exploración se aprecia una lesión polipoide, indurada y no móvil, con un tamaño de 1,1 cm x 0,9 cm aproximadamente en el pulpejo del 5º dedo de la mano derecha (Figuras 1 y 2). Se realizó exéresis de la misma, observando en el análisis de la pieza abundante hiperqueratosis y bandas de colágeno dispuestas en capas, compatible con fibroqueratoma acral. Posteriormente, trascurrido un año desde la cirugía no hubo recidiva de la lesión.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).





Figura 1. Lesión polipoide, indurada y no móvil, con un tamaño de 1,1 cm x 0,9 cm aproximadamente en el pulpejo del 5º dedo de la mano derecha.



Figura 2. Vista lateral de la lesión.

DISCUSIÓN

El fibroqueratoma acral adquirido es un tumor fibroso benigno relativamente frecuente que aparece en los adultos como lesión única, predominantemente en los dedos de las manos y los pies¹. A pesar de ello, se han informado otras localizaciones como muñecas, codos, región patelar, pantorrillas y talones⁴. Fue descrito por primera vez por Bart et al¹ en 1968 y predomina a partir de la segunda década de la vida en el sexo masculino². El tamaño es generalmente pequeño (3-5 mm), aunque algunos autores han encontrado fibroqueratomas acrales adquiridos gigantes¹ (definidos como aquellos mayores de 1 cm⁵). Este sobrecrecimiento puede ser doloroso, firme, de coloración rosácea o encarnada, circunscrita a la zona periungueal, y puede incluso llegar a deformar la lámina ungueal. Su etiología se ha relacionado con posibles agentes traumáticos (utilización de calzado estrecho y rígido, microtraumatismos de repetición por deportes, etc.), pero en la mayoría de los casos es desconocida². El diagnóstico es histológico⁶, con la presencia de un incremento en el número de vasos sanguíneos de pequeño tamaño y fibrosis perivascular y perianaxial dispuestos concéntricamente a modo de "hojas de cebolla". Además, como hallazgo característico presenta hiperqueratosis y bandas de colágeno dispuestas de forma vertical³. También, como parte del diagnóstico, se recomienda realizar dos radiografías: una anteroposterior y otra lateral del dedo, con el objetivo de descartar patología ósea subyacente. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa del mismo². Las recurrencias son escasas, pero a pesar de ello éstas son posibles, principalmente debido a la dificultad técnica de la zona para la cirugía⁴.

Es importante añadir que el diagnóstico diferencial de los tumores digitales es amplio. El fibroqueratoma acral adquirido debe diferenciarse de lesiones como el tumor de Koenen, quistes mixoides digitales, verruga vulgar y granuloma piógeno^{1,7}:

- Quiste mixoide digital: Son lesiones muy comunes, afectando más al sexo femenino. Generalmente se trata de nódulos pequeños únicos y asintomáticos que surgen en el dorso del dedo y que se encuentra entre el pliegue de la articulación interfalángica distal y el pliegue ungueal proximal (Figura 3A). El diagnóstico es clínico, aunque en caso de dudas se puede obtener histología. Se han descrito diferentes tratamientos, aunque el que se recomienda es la exéresis completa⁸.
- Verruga vulgar: Es la tumoración más común en la mano y los dedos y es debida a la infección cutánea por el virus del papiloma humano. Tienen predilección por sitios de traumatismos repetidos y suelen involucionar de forma espontánea en unos 2 años, tiempo más prolongado en casos de inmunodeprimidos². Se trata de excrescencias circunscritas de la coloración de la piel, con superficie córnea y tacto rasposo (Figura 3B). En zonas como el párpado, cara y cuello pueden manifestarse con aspecto más pequeño, blando y alargado⁹. Raramente malignizan, aunque hasta el 90 % se pueden infectar con el VPH 16 y dar lugar a carcinoma de células escamosas. Los tratamientos son múltiples y ninguno es de elección, incluyendo crioterapia, salicilatos tópicos y cauterización⁹. La biopsia se recomienda cuando son resistentes al tratamiento para descartar carcinoma de células escamosas¹⁰.
- Granuloma piógeno: Se trata de unas lesiones rojizas, relucientes, friables, pedunculadas o en forma de cúpula en el dedo, con un collarite escamoso y crecimiento rápido que sangra ante el más mínimo traumatismo (Figura 3C). Histológicamente distintas del fibroqueratoma acral en sus etapas iniciales, a medida que crecen aumenta su fibrosis y disminuye la vascularización, lo que puede hacerlas difíciles de diferenciar¹. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa o tratamiento por curetaje¹⁰.
- Tumor de Köenen: Generalmente los encontramos asociados a la esclerosis tuberosa⁸ y habitualmente se encuentran asociadas otras lesiones dermatológicas de esta enfermedad, como los angiofibromas faciales, las manchas en hoja de fresno o los parches de Shagreen⁴. Se desarrollan principalmente en la pubertad, predominantemente en los dedos de los pies (Figura 3D) y su número incrementa con la edad⁸. Se trata de proliferaciones del color de la piel, alargadas, con una extremidad libre cornificada, que se desarrollan por debajo del repliegue ungueal proximal y descansan sobre el lecho ungueal, pudiendo llegar a destruirlo¹¹. Su diagnóstico histológico y su tratamiento no difieren del fibroqueratoma acral adquirido^{8,10}.

Con ello, concluimos que a pesar de que la verruga vulgar es muy frecuente en zonas acrales, existen otras entidades poco conocidas como el fibroqueratoma digital adquirido. Con un diagnóstico adecuado éstos podrían beneficiarse de un tratamiento

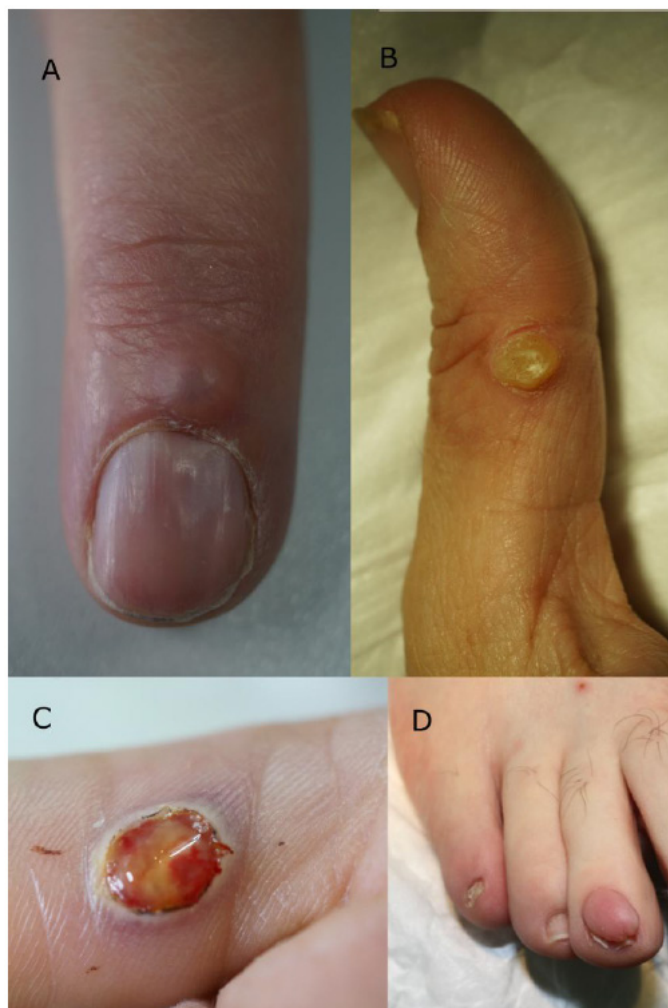


Figura 3. Diagnóstico diferencial de tumores digitales. A. Quiste mixoide digital. B. Verruga vulgar. C. Granuloma piógeno. D. Tumor de Köenen.

definitivo apropiado y así evitar otros tratamientos que resultarían ineficaces y económicamente costosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ali M, Mbah CA, Alwadiya 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: 187-90.
2. López López D, López López L, Barriuso Cao M, Álvarez-Calderón Iglesias O, Fornos Vieitez B. Fibroqueratoma periungueal adquirido: tratamiento quirúrgico. *Rev Int Cienc Podol.* 2007; 1 (2): 47-53.
3. Requena Caballero L. Tumores cutáneos de partes blandas. Madrid: Aula Médica; 2012. p. 709-17.
4. Tsai YC, Hsiao PF, Wu YH. Anatomical distribution and outcome of surgical excision of fibrokeratoma - a clinical analysis of 124 cases. *Int J Dermatol.* 2017; 56 (3): 337-40.
5. Ehara Y, Yoshida Y, Ishizu S, Shiomi T, Yamamoto O. Acquired subungual fibrokeratoma. *J Dermatol.* 2017; 44 (6): e140-e141.
6. Hayashi K, Matori S, Kariya Y, Sonosaki T, Yamaguchi S, Hagiwara K et al. Dermoscopic observation of acquired digital fibrokeratoma developed on the dorsum of the fourth left toe. *J Dermatol.* 2016; 43 (1): 107-8.
7. Vázquez Viudas R, Balaciart Gadea A. Fibroqueratoma digital. Caso clínico. *Rev Esp Pod.* 2012; XXIII (2): 76-8.
8. Richert B, Lecerf P, Caucanas M, André J. Nail tumors. *Clin Dermatol.* 2013; 31 (5): 602-17.
9. García Sieiro R. Verrugas cutáneas [Internet]. *Fisterra.com.* 2018 [acceso 7 de mayo 2018]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/verrugas-cutaneas/>
10. Longhurst WD, Khachemoune A. An unknown mass: the differential diagnosis of digit tumors. *Int J Dermatol.* 2015; 54 (11): 1214-25.
11. Lara-Villagrán A. Tumor de Koënen, presentación de un caso y tratamiento quirúrgico. *Rev Costarric Cienc Med [Internet].* 2000; 21 (1-2): 81-5 [acceso 7 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-2948200000100007&lng=en.