

## Cuando lo común sorprende

### When the usual doesn't surprise

María Eugenia Amoreo<sup>1</sup>, Mara Lorena Ivanov<sup>1</sup>, Carlos Martín<sup>2</sup> y María Alejandra Vereá<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médicas Dermatólogas, Servicio de Dermatología, Hospital Interzonal especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup> Patólogo, Práctica privada, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Eugenia Amoreo

E-mail: meuge.amoreo@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 19/11/2024

Fecha de trabajo aceptado: 13/5/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 88-90

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 20 años, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, consultó por una lesión tumoral en el miembro superior derecho, de aproximadamente 3 meses de evolución con crecimiento acelerado en el último mes. Al examen físico se evidenciaba un tumor solitario, cupuliforme, eritematovioláceo, de aproximadamente 1 cm de diámetro, de superficie lisa, duroelástico, doloroso a la palpación y no adherido a planos profundos, ubicado en la cara externa de la región del codo derecho. La paciente negaba alguna lesión preexistente o antecedentes de trauma local. A la dermatoscopia se observaba un área rosada central con líneas blanco brillantes y un retículo pigmentado periférico. El resto del tegumento y las mucosas se encontraban respetados.

Como diagnósticos diferenciales se plantearon dermatofibroma, hemangioma, dermatofibrosarcoma *protuberans*, linfoma cutáneo y melanoma amela-

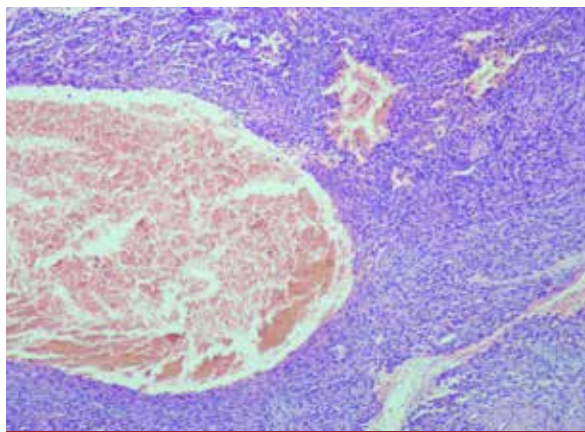
nótico. Se realizó una biopsia escisional para estudio histopatológico, y eventual tratamiento, el cual informó epidermis conservada con área central acantótica irregular, densa proliferación fusiforme en dermis con patrón de crecimiento fasciculado y verticilar con células de núcleos cromáticos y citoplasmas acidófilos y aisladas células de aspecto histiocitoide. Además, se asociaba a mitosis dispersas y vasos ectásicos centrales con focos de hemorragias. El estudio inmunohistoquímico mostró intensa reactividad para CD10 con coexpresión de vimentina y FXIIIa en las células tumorales siendo negativas para CD34, CD31, alfa-actina y S100, y vasos sanguíneos con endotelios CD34 y CD31 positivos. El Ki67 fue menor al 5%. La analítica sanguínea no arrojó particularidades. A 4 meses de la escisión quirúrgica, actualmente la paciente continúa con seguimiento periódico sin aparición de nuevas lesiones ni recurrencia local.



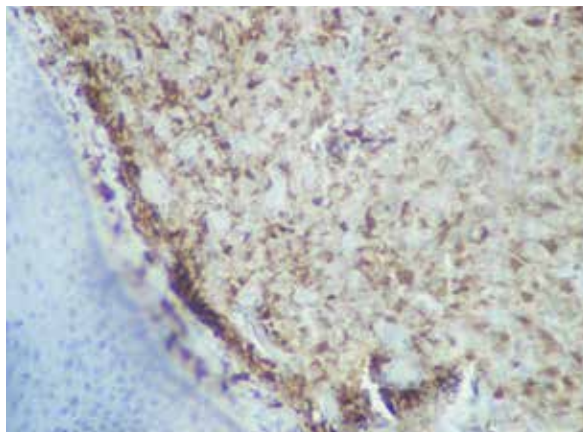
FOTO 1: Tumor en la cara externa del codo derecho.



FOTO 2: Hallazgos dermatoscópicos.



**FOTO 3:** Proliferación dérmica fusiforme, mitosis dispersas y vasos ectásicos centrales (HyE, 40X).



**FOTO 4:** Inmunohistoquímica con intensa reacción al factor XIIIa.

## DIAGNÓSTICO

Fibrohistiocitoma aneurismático.

## COMENTARIOS

El dermatofibroma, o también denominado fibrohistiocitoma benigno, es uno de los tumores cutáneos benignos más frecuentes. A la fecha se describen más de 25 variantes clínicas e histopatológicas, que pueden coexistir en la misma lesión o corresponder a diferentes etapas de una misma enfermedad<sup>1</sup>.

Descrito por primera vez por Santa Cruz y Kyriakos en 1981 en una serie de 17 casos, el fibrohistiocitoma aneurismático es una variante inusual pobremente reconocida en la práctica clínica diaria, representando menos del 2%. Su etiología se desconoce, pero se cree que a partir de microtraumatismos repetidos se produce una extravasación sanguínea que forma las hendiduras características. A la vez, las células tumorales fagocitan el pigmento hemosiderínico depositado en el estroma, por lo que se considera que el fibrohistiocitoma hemosiderótico constituye su fase temprana<sup>1</sup>.

Clínicamente, se presenta como una lesión nodular tumoral de 0,5 a 1 cm de diámetro, de coloración de rojiza a azulada, superficie lisa o escamosa y en ocasiones de consistencia quística, ubicada más frecuentemente en las extremidades inferiores de mujeres de mediana edad. Los síntomas más comunes son el rápido crecimiento y el dolor debido a la hemorragia intralésional, pudiéndose incluir como lesiones dolorosas de la piel, aunque ello no sea constante<sup>1-3</sup>. La dermatoscopia puede identificar estructuras blancas lineales, estructuras vasculares y una delicada red pigmentada en la periferia<sup>4</sup>.

El diagnóstico de dicha entidad es un reto por su

rareza, similitud clínica con otros tumores benignos o malignos, y por la variable presentación histológica.

Histológicamente, se caracteriza por ser una lesión dérmica profunda, con colágeno esclerótico en la periferia, donde la epidermis muestra una acantosis irregular y una hiperplasia reactiva. Está compuesta por miofibroblastos, dendrocitos dérmicos y células espumosas con pigmento hemosiderínico en su interior, en un patrón estoriforme. En el seno de esta lesión se encuentran grandes espacios llenos de sangre y sin revestimiento endotelial, que pueden llegar a ocupar más de un 50% de la masa tumoral<sup>1</sup>. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, las células fusiformes tienen una reacción al XIIIa en estadios tempranos, lo que demuestra la participación de dendrocitos dérmicos. Mac 387 (antígeno histiocítico), vimentina, actina y CD57 revelan diferenciaciones fibroblásticas y miofibroblásticas, siendo negativas para el factor VIII, desmina y proteína S-100<sup>4</sup>. El diagnóstico diferencial histopatológico debe realizarse con cicatrices tipo que-loide, dermatofibrosarcoma *protuberans*, neurofibroma, xantogranuloma, lesiones melanocíticas, incluido el melanoma desmoplásico y el nevo de Spitz, además de lesiones vasculares como la malformación arteriovenosa y el hemangioma<sup>5</sup>.

El examen *Doppler* puede ser de gran utilidad, en el cual las áreas anecoicas sin flujo se corresponderían con zonas ectásicas y aquellas con flujo *Doppler* se corresponderían con zonas vascularizadas y celulares<sup>6</sup>.

El tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica y se recomienda dar un margen quirúrgico de al menos de 3 a 5 mm. Sin embargo, la tasa de recurrencia puede rondar el 20%, por lo que se requiere el seguimiento clínico de los pacientes<sup>7</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Fernández JG, Pérez-Campos A, Romero-Mate A, Gómez de la Fuente E, et al. Histiocitoma fibroso aneurismático (angiomatoide). *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90:128-131.
2. Pegas J, Santos B, Prado I, Tebcherani A, et al. Dermatofibroma aneurismático. *Surg Cosmet Dermatol.* 2010;2:225-227.
3. Zalazar ME, Garais JA, Mainardi CM, Ruiz-Lascano A, et al. Fibrohistiocitoma aneurismático. A propósito de un caso. *Rev Argent Dermatol.* 2017;98:55-62.
4. Carvalho RM, Botarelli T, dos Santos Rodrigues NC, Marques da Costa J. Dermoscopy of aneurysmal dermatofibroma: report of two cases. *Surg Cosmet Dermatol.* 2020;12:159-162.
5. Ríos RD, Zetina G, Salgado C, Camacho S, et al. Histopathological features of hemosiderotic and aneurismatic dermatofibroma. Report of three cases and review of the literature. *DCMQ.* 2019;17:16-20.
6. Echeverría-García B, García-Donoso C, Tardío JC, Borbujo J. Ecografía Doppler en el dermatofibroma aneurismático. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:159-161.
7. Nascimento DM. Dermatofibroma aneurismático. *BWS Journal.* 2020;3:1-5.