

Artículo original

Fibroma esclerótico. Comunicación de 16 casos. Estudio clínico-patológico y revisión del tema^o

Gisela Navarrete Franco,¹ José Alberto Ramos Garibay,² Maribet González González,² Susana Esther Maya Aranda,³ Iliana López Zaragoza,³ Edna A Gaxiola Alvarez⁴

RESUMEN

Antecedentes: El Fibroma Esclerótico (FE) es un tumor benigno poco frecuente, que muestra una histopatología característica. Inicialmente fue descrito en asociación con la enfermedad de Cowden o síndrome de hamartomas múltiples.

Objetivo: Conocer la frecuencia, así como las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de esta lesión en el Centro Dermatológico Pascua.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo de 20 años en el Servicio de Dermatopatología del Centro Pascua, seleccionando los casos con diagnóstico histopatológico de FE. Las biopsias fueron fijadas previamente en formol al 10% y procesadas por el método de parafina, teñidas con H y E, Masson y Van Gieson. Los datos clínicos se obtuvieron de la solicitud del estudio histopatológico.

Resultados: Se encontraron 16 casos de FE sin asociación a Cowden, 9 mujeres y 7 hombres, cuya edad fue de 18 a 67 años. La topografía que predominó fue extremidades, con morfología variable y una evolución de 18 a 67 años; asintomática. Histopatológicamente todas las lesiones mostraron una neoformación de tejido colágeno, con un patrón verticilado.

Conclusión: El FE es una lesión poco frecuente, que puede o no asociarse a Cowden y cuyo diagnóstico es básicamente histológico.

Palabras clave: Fibroma Esclerótico, colagenoma estoriforme.

ABSTRACT

Background: The sclerotic fibroma (SF) is an infrequent benign tumor, that shows characteristic histopathology. Initially it was described in association with the Cowden disease or multiple hamartomas syndrome.

Objective: To know the clinical, histopathological and epidemiological characteristics of this lesion, and the frequency in our dermatological center (Centro Dermatológico Pascua in Mexico City).

Materials and methods: A retrospective study of 20 years was made in the Dermatopathology department of our Center, selecting the cases with histopathological diagnosis of sclerotic fibroma. The biopsies were previously fixed in formol at 10%, processed by the paraffin method and stained with H and E, Masson and Van Gieson. Clinical data were obtained from the request form for histopathological study.

Results: There were 16 cases found without association with Cowden disease, 9 women and 7 men, with an age range of 18 to 67 years. The limbs were the predominant site of the lesions, with variable morphology and asymptomatic clinical course with an age range of 18 to 67 years. Histopathologically all lesions demonstrate a collagen tissue neoformation with a whorled pattern.

Conclusion: The FE is a rare lesion, that may or may not be associated with Cowden disease and its diagnosis is basically histological.

Key words: solitary sclerotic fibroma, storiform collagenoma.

^o Este artículo se publica tal cual fue enviado por los autores.

¹ Jefa del servicio de Dermatopatología.

² Dermatólogo y dermatopatólogo adscrito al servicio de Dermatopatología.

³ Residente de segundo año de Dermatopatología.

⁴ Residente de primer año de Dermatopatología
Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, SSDF, México, DF.

Correspondencia: Dra. Gisela Navarrete Franco. Dr. Vértiz 464, colonia Buenos Aires, CP 06780, México, DF. Correo electrónico: giselanavarrete@hotmail.com. Tel.: 5519-6351 ext. 208.

Recibido: junio, 2012. Aceptado: octubre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Navarrete-Franco G, Ramos-Garibay JA, González-González M, Maya-Aranda SE y col. Fibroma esclerótico. Comunicación de 16 casos. Estudio clínico-patológico y revisión del tema. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:104-110.

www.nietoeditores.com.mx

El Fibroma Esclerótico (FE) fue descrito por Weary, en 1972, en asociación con la enfermedad de Cowden.¹ Mas tarde, Brownstein, Starink y Barax, hacen observaciones similares, por lo que este último propone el nombre de fibroma de Cowden, señalándolo como específico del síndrome.²⁻⁴ En 1988, Pujol y colaboradores, publican 2 casos de Cowden, uno de los cuales presentaba este fibroma, por lo que sugiere considerarlo como un criterio mayor en dicha entidad.⁵

Es en 1989, cuando Rapini y Golitz, comunican 11 casos de esta lesión, sin asociación con Cowden, acuñando el término de fibroma esclerótico de la piel, sosteniendo

por lo tanto que dicho fibroma puede o no acompañar al síndrome de Cowden.⁶

Lo y Wong en 1990, al describir otro caso sin este síndrome, deciden llamarlo Fibroma Esclerótico solitario.⁷ A partir de entonces, aparecen en la literatura numerosas publicaciones del FE con o sin asociación al síndrome de hamartomas múltiples⁸⁻¹³ por lo que se observa y acepta desde entonces que el FE tiene dos presentaciones: solitaria, sin asociación a Cowden y la que lo acompaña, misma que puede ser una sola lesión o múltiple.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron los archivos del servicio de Dermatopatología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, en un periodo de 20 años; seleccionando los casos cuyo diagnóstico histológico correspondió a FE. Los datos clínicos fueron obtenidos de la solicitud del estudio histológico.

Todas las biopsias fueron fijadas previamente en formol al 10%, procesadas por el método de parafina y teñidas con hematoxilina y eosina, tricrómico de Masson y tinción para fibras elásticas.

RESULTADOS

Se encontraron 16 casos en un periodo de 20 años, correspondiendo 9 pacientes al sexo femenino y 7 al masculino. Las edades fluctuaron desde los 18 años hasta los 67, observándose mayor predominio en adultos jóvenes.

Clínicamente la topografía más frecuente fue en extremidades: 8 casos, de los cuales 6 en las superiores y 2 en las inferiores; seguida por 6 en la cabeza: 1 en piel cabelluda y 5 en la cara (figuras 1 y 2) y 2 en tronco: en región glútea (figura 3) y supraescapular. Morfológicamente, las lesiones fueron descritas como neoformaciones únicas, firmes, bien circunscritas; la mayoría cupuliformes, de tamaño que varió de 0.5 a 4.5 cm.; 5 fueron del color de la piel, 2 hiperpigmentadas, 2 eritematosas, 1 blanco-amarillento y 5 con presencia de telangiectasias en su superficie.

La evolución de las lesiones fue desde 4 meses hasta 17 años. Todas se refirieron asintomáticas.

Los diagnósticos clínicos enviados correspondieron a tumor de anexos en 4 casos, fibromas en 4, quiste en 2, basocelular 2, dermatofibroma, neurofibroma, sarcoidosis y en estudio: uno de cada diagnóstico. (cuadro 1)



Figura 1. Neoformación exofítica, bien circunscrita en piel cabelluda.



Figura 2. Neoformación cupuliforme, eritematosa, con hiperpigmentación periférica en región glútea.

Desde el punto de vista histopatológico, todos los casos mostraron cambios similares: una neoformación exofítica, bien circunscrita, constituida por haces colágenos, gruesos, hialinizados, hipocelulares, que se entrelazan dejando entre sí la presencia de hendiduras, mismas que presentan mucina. La epidermis presentó atrofia en 9 casos, acantosis en 5, ausencia de la misma en 1 y zonas de atrofia alternando con acantosis en otro caso. La hiperpigmentación de la capa basal se observó en 6 de los casos estudiados. Figuras 4, 5, 6 y 7

La tinción especial de Masson, Figuras 8, 9 y 10 hizo evidentes las fibras colágenas hialinizadas que forman la tumoración, así como la de Verhoeff Van Gieson que mostró ausencia de fibras elásticas dentro de la neoformación.

Cuadro 1. Fibroma esclerótico (n=16)

Núm. de casos	Sexo	Edad (años)	Topografía	Morfología Neoformación	Evolución	Diagnóstico clínico
1	F	18	Piel cabelluda	0.7 cm pediculada, dura con telangiectasias	2 años	T. de anexos
2	F	21	Región glútea izquierda	0.8 cm hiperpigmentada	1 año	Dermatofibroma
3	F	53	Región palmar derecha	0.5 cm lisa, blanda	5 años	T. de anexos: poroma ecrino
4	F	34	Ala nasal izquierda	0.5 cm con telangiectasias	4 meses	Carcinoma basocelular
5	F	41	Dorso de tercer dedo mano derecha	0.5 cm dura	1 año	Tumor de la vaina vs quiste
6	M	45	Región supraescapular izquierda	4.5 cm dura, eritematosa con telangiectasias	1 año	Neurofibroma
7	M	40	Región supraciliar izquierda	1.5 x 1.4 cm blanda del color de la piel	2 años	Hidradenoma
8	F	39	Pierna derecha	1.5 cm hipercrómica	17 años	Quiste calcificado
9	M	59	Brazo izquierdo	1 cm dura, del color de la piel	8 años	Fibroma digital adquirido
10	F	36	Quinto dedo mano izquierda	oval 1 cm blanco amarillenta	2 años	Fibroma digital adquirido
11	F	67	Antebrazo izquierdo	1 cm de color de la piel	?	Fibroma
12	F	61	Región palmar	0.3 cm con telangiectasias	2 años	Poroma
13	M	38	Segundo orjejo pie izquierdo	0.5 cm de color de la piel	10 años	Fibroma
14	M	25	Dorso de nariz	1 cm con telangiectasias	1 año	Carcinoma basocelular
15	M	56	Frente	1 cm	2 años	En estudio
16	M	39	Ceja derecha (cola)	0.3 cm eritematosa	4 años	Sarcoidosis

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El FE es una entidad poco frecuente como lo confirma nuestro estudio de 16 casos en 20 años.

Inicialmente, este fibroma fue descrito en pacientes con enfermedad de Cowden o síndrome de hamartomas múltiples¹⁻⁵ por lo que se consideró como marcador de dicha patología; sin embargo, cuando Rapini y Golitz comunicaron 11 casos sin asociación al síndrome mencionado⁶ seguidos de Lo y Wong, quienes incluso le llaman Fibroma Esclerótico Solitario para hacer énfasis en la presentación de dicha lesión sin asociación al síndrome hamartomatoso,⁷ se establece que puede o no, acompañarse de la enfermedad de Cowden ya que a partir de entonces se observan publicaciones de FE relacionadas o no a dicho síndrome⁸⁻¹⁰ de hecho, en nuestra revisión de la literatura, es 3 veces mayor la presentación de la forma solitaria como se demuestra en las series de casos de Rapini⁶, Herdt¹⁴ y la nuestra.

El FE se presenta en todas las razas,¹¹⁻¹³ ambos sexos, con discreto predominio en mujeres. Con respecto a

la edad, prevalece en adultos jóvenes, entre la 3^{a.} y 4^{a.} décadas de la vida.

Clínicamente, la topografía es muy variable, se ha observado en todos los segmentos de la superficie corporal, predominando en la cabeza, seguida de los miembros superiores, según los casos publicados en la literatura, a diferencia de nuestra casuística, que fue a la inversa.

Es importante hacer notar que el fibroma esclerótico no es exclusivo de la piel, también afecta mucosa oral. De hecho, el primer caso descrito correspondió a una lesión en lengua¹ y en los últimos años se han comunicado otros más con localización en cavidad oral,¹⁵⁻¹⁷ por lo que no estamos de acuerdo en el término tan utilizado de Fibroma Esclerótico Cutáneo (FEC).^{9-13,18-22,24,25}

Morfológicamente, son lesiones cupuliformes, bien circunscritas, de tamaño y color variables, como lo constatamos en nuestras observaciones. La consistencia de estas lesiones generalmente es firme, incluso dura.¹² La evolución varía de meses a años y es totalmente asintomática.

El diagnóstico se realiza a través del estudio histológico, ya que los hallazgos microscópicos son muy



Figura 3. Neoformación cupuliforme, eritematosa y bien circunscrita, con escama fina en su superficie.

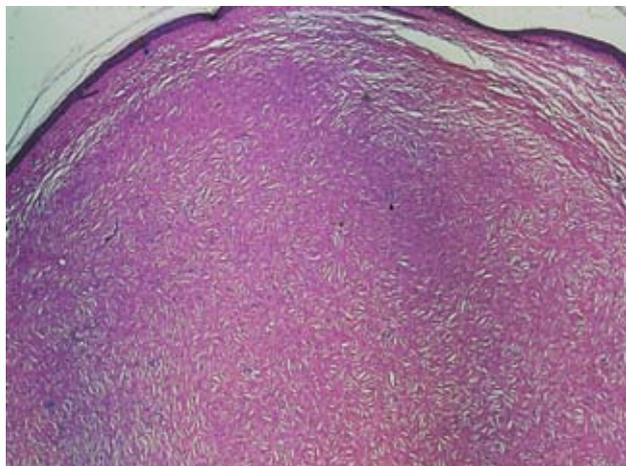


Figura 4. Neoformación exofítica con epidermis atrófica. En dermis tumoración de haces colágenos entrelazados (H/E, 4x).

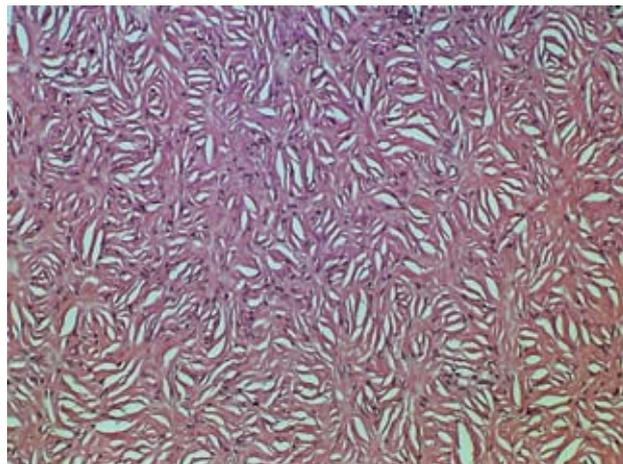


Figura 5. Haces colágenos hipocelulares, de aspecto verticilado, con presencia de hendiduras (H/E 20x).

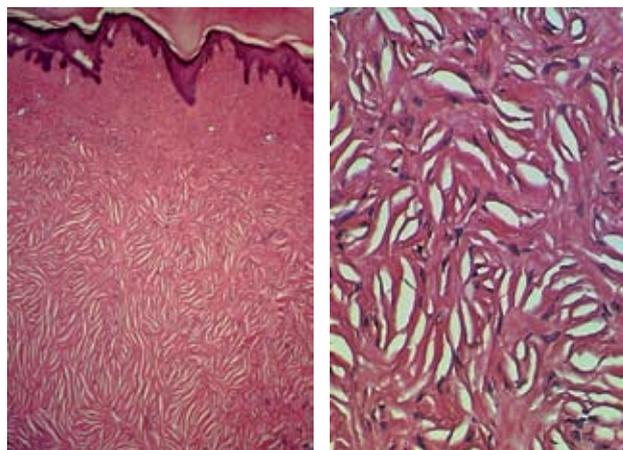


Figura 6. Panorámica y gran aumento del fibroma esclerótico (H/E 4 y 20X).

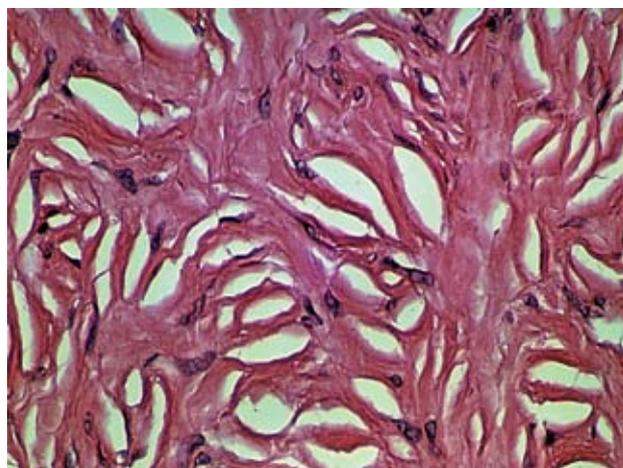


Figura 7. Hendiduras dentro de la neoformación (H/E 40x).

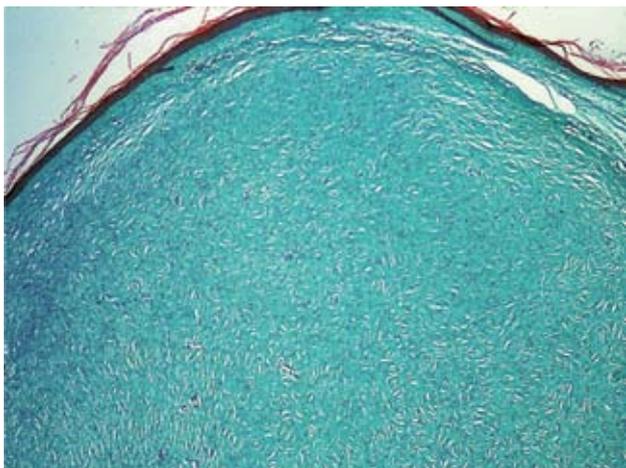


Figura 8. Aspecto panorámico del fibroma esclerótico (tricrómico de Masson 4x).

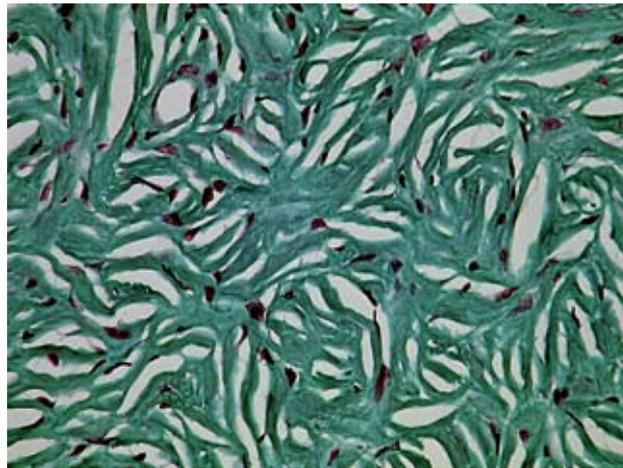


Figura 10. Haces de colágena hipocelulares con presencia de hendiduras (Masson 20x).

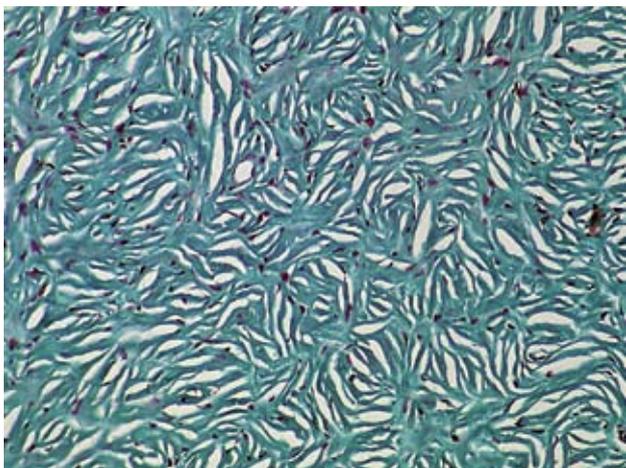


Figura 9. Haces colágenos hipocelulares (Masson 10x).

característicos de la entidad: neoformación exofítica, bien circunscrita, constituida por fascículos de haces colágenos gruesos, hialinizados e hipocelulares que se entrelazan y dejan entre sí hendiduras, dentro de las cuales se observa mucina. Estos haces de colágena gruesa muestran un patrón verticilado, en remolino o rehilete, llamado también estoriforme.²⁵

Desde 1989, con la tinción de Masson, Rapini, confirmó la naturaleza colagenosa del FE así como la ausencia de fibras elásticas dentro de la lesión y la presencia de mucopolisacáridos ácidos en las hendiduras. Asimismo mostró la positividad de la vimentina, poniendo de manifiesto su naturaleza mesenquimatosas. Todos estos

estudios y resultados se repitieron posteriormente por diversos autores.^{11-13,18,25} La epidermis generalmente presenta atrofia¹⁸ como consecuencia de la presión ejercida por la masa de fibras colágenas entrelazadas.

La discusión que persiste hasta la fecha es la naturaleza de esta lesión: si realmente constituye un hamartoma de tejido fibroso como fue descrito inicialmente, o si representa la fase final de otras lesiones pre-existentes como el dermatofibroma^{20,26}

En 1994, Mc Calmont²⁷, Shitabata al año siguiente¹⁹ y Cohen en 1999,²¹ demostraron con estudios de inmunohistoquímica, que el FE es un tumor de crecimiento activo y por lo tanto, debe considerarse una entidad propia y no el final de otras neoplasias; a pesar de esto, algunos insisten que el aspecto microscópico puede deberse a un proceso de degeneración de otras patologías como el dermatofibroma, incluso hasta lesiones de tipo inflamatorio.^{19,23,28,29}

Hanft y colaboradores, comunican en tres casos de FE, expresión de CD34, considerando por lo tanto que son verdaderas células proliferantes y no sólo células dendríticas dérmicas atrapadas³⁰ esta observación así como la inmunorreactividad para CD99 del FE, hacen pensar en un posible enlace o relación de esta entidad con el fibroma pleomórfico,²⁴ lesión descrita por Kamino en 1989³¹ y esto no resulta extraño si se revisan comunicaciones como la de Rudolph y colaboradores en 1998, donde describe cinco casos de FE o colagenoma con la presencia de células gigantes multinucleadas,³² en el mismo año, otra de Garcia-Doval³³ y al año siguiente, Martin

López y cols., acuñan el término de Fibroma Pleomórfico Esclerótico, para estas lesiones que histológicamente combinan los cambios de un fibroma esclerótico con los de un fibroma pleomórfico,³⁴ sucediéndose algunas publicaciones de esta nueva entidad: Izquierdo, 2001³⁵ Hugo Brito³⁶ y Minsue Chen en 2002, proponiendo este último al Fibroma Esclerótico y al Fibroma Pleomórfico Esclerótico como partes de un espectro.³⁷

Por otro lado, la presencia de células gigantes multinucleadas en el fibroma esclerótico, tampoco es nuevo, ya que desde las primeras publicaciones de Barax se menciona este hallazgo y más tarde Pujol.²⁰

Otros autores como High y Abbas, consideran que el aspecto microscópico del FE puede representar un patrón de reacción común en la piel.^{29,38} Nosotros diferimos de este concepto, ya que si así fuese, el FE sería mucho más frecuente que lo publicado en la literatura. Por otro lado, no es suficiente observar una zona o pequeñas áreas del patrón verticilado para etiquetarlo como tal, ya que desde la descripción original, está referida toda la neoformación con dichos cambios, sin otros datos acompañantes, por lo que pensamos se trate de un hamartoma con características propias bien definidas.

REFERENCIAS

1. Weary PE, Va C, Gortin R, Gentry WC, et al. Multiple Hamartoma Syndrome (Cowden's Disease). *Arch Derm* 1972;106:682-690.
2. Brownstein MH, Mehregan AH, Bikowski JB, et al. The dermatopathology of Cowden's syndrome. *Br J Dermatol* 1979; 100: 667-673.
3. Starink TM, Meijer CJ, M, Brownstein MH. The cutaneous pathology of Cowden's disease: new findings. *J Cutan Pathol* 1985;12:83-93.
4. Barax CN, Lebowitz M, Phelps RG. Multiple hamartoma syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:342-346.
5. Pujol RM, Ravella A, Noguera X, Moragas JM. Síndrome de Hamartomas múltiples. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1988;16:322-327.
6. Rapini RP, Golitz LE. Sclerotic fibromas of the skin. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:266-271.
7. Lo WL, Wong CK. Solitary sclerotic fibroma. *J Cutan Pathol* 1990;17: 269-273.
8. Casado JM, Borbujo MJ, Jiménez AF y cols. Enfermedad de Cowden (síndrome de los hamartomas y neoplasias múltiples). *Actas Dermo-Sif* 1990; 81:828-833.
9. Sun CU, Young HS, Chun S. Sclerotic fibroma of the skin. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:508-509.
10. Donati P, Amantea A, Carducci M, Balus L. Sclerotic (hypocellular) fibromas of the skin. *Br J Dermatol* 1991;124:395-396.
11. Nogita T, Akiyoshi E, Kawashima M. Sclerotic Fibromas of the Skin. *The J Dermatol* 1991;18:472-474.
12. Satoh T, Katsumata M, Asaka Y, et al. Solitary sclerotic fibroma of the skin. 1991;30:505-506.
13. Requena L, Gutiérrez J, Sánchez Y. Multiple sclerotic fibromas of the skin. A cutaneous marker of Cowden's disease. *J Cutan Pathol* 1991;19:346-351.
14. Herd KA, García SM, Schroh RG y cols. Fibroma esclerótico cutáneo. A propósito de 11 observaciones. *Arch Argent Dermatol* 2004;54:161-165.
15. Ide F, Mishima K, Saito I. Solitary sclerotic fibroma of the lip. *Br J Dermatol* 2003;149:433-434.
16. Alawi F, Freedman P. Sporadic sclerotic fibroma of the oral soft tissue. *Am J Dermatopathol* 2004; 26: 182-187.
17. González-Vela M, Val-Bernal J, Sánchez-Santolino S y cols. Solitary sclerotic fibroma of the oral mucosa. *Am J Dermatopathol* 2004; 26 (6): 519-520.
18. Furue M, Harada S. Sclerotic fibroma of the skin arising of the nasal ala. *J Dermatol* 1993; 252-253.
19. Shitabata PK, Crouch EC, Fitzgibbon JF et al. Cutaneous sclerotic fibroma. Immunohistochemical evidence of a fibroblastic neoplasm with ongoing type I collagen synthesis. *Am J Dermatopathol* 1995; 17:339-343.
20. Pujol RM, Castro F, Schroeter AL, Su D. Solitary sclerotic fibroma of the skin : a sclerotic dermatofibroma?. *Am J Dermatopathol* 1996;18:620-624.
21. Cohen PR, Tschen JA, Abaya-Blas R, Cochran RJ. Recurrent sclerotic fibroma of the skin. *Am J Dermatopathol* 1999;21:571-574.
22. Sung-Nam C, Soo C, Tae Kee M, Wook-Hwa P. Solitary sclerotic fibroma of the skin: degenerated sclerotic change of inflammatory conditions, especially folliculitis. *Am J Dermatopathol* 2000;22:22-25.
23. Sohn I-B, Hwang SM, Lee S. H, et al. Dermatofibroma with sclerotic areas resembling a sclerotic fibroma of the skin. *J Cutan Pathol* 2002;29:44
24. Mahmood MN, Salama ME, Chaffins M, et al. Solitary sclerotic fibroma of the skin: a possible link with pleomorphic fibroma with immunophenotypic expression for 013(CD99) and CD34. *J Cutan Pathol* 2003;30:631-636.
25. Metcalf JS, Maize JC, LeBoit PE. Circumscribed storiform collagenoma (sclerosing fibroma). *Am J Dermatopathol* 1991;13:122-129.
26. Nogita T, Akiyoshi E, Kawashima M, Hidano A. Deposits of fibronectin in sclerotic fibromas of the skin. *J Dermatol* 1993;20:125-126.
27. McCalmont TH. Sclerotic fibroma: a fossil no longer. *J Cutan Pathol* 1994; 21:82-85.
28. Guerrero E, Amérigo J, Roig J y cols. Fibroma esclerótico. Estudio clinicopatológico e inmunohistoquímico de cuatro casos. *Actas Dermosifiliogr* 2000; 91:294-296.
29. High WA, Steward D, Essary LR, et al. Sclerotic fibroma-like change in various neoplastic and inflammatory skin lesions: is sclerotic fibroma a distinct entity. *J Cutan Pathol* 2004; 31: 373-378
30. Hanft VN, Shea CR, McNutt NS, et al. Expression of CD34 in sclerotic ("plywood") fibromas. *Am J Dermatopathol* 2000;22:17-21.
31. Kamino H, Lee JY, Berke A. Pleomorphic fibroma of the skin: a benign neoplasm with cytologic atypia. A clinicopathologic study of eight cases. *Am J Surg Pathol* 1989;13:107-113.
32. Rudolph P, Schubert C, Harms D, et al. Giant cell collagenoma: a benign dermal tumor with distinctive multinucleated cells. *Am J Surg Pathol* 1998;22: 557-63.

33. Garcia-Doval I, Casas L, Toribio J. Pleomorphic fibroma of the skin, a form of sclerotic fibroma: an immunohistochemical study. *Clin Exp Dermatol* 1998;18:620-4.
34. Martin-Lopez R, FEal-Cortizas C, Fraga J: Pleomorphic sclerotic fibroma. *Dermatology* 1999;198:69-72.
35. Izquierdo M. J, Pastor M. A, Carrasco L, y cols. Fibroma esclerótico con células gigantes multinucleadas. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:419-421.
36. Brito H, Pereira E, Reis-Filho J, Maeda S. Giant cell collagenoma: case report and review of the literature. *J Cutan Pathol* 2002;29:48-51.
37. Minsue C. T, Purohit S, Wang A. Pleomorphic sclerotic fibroma. *Am J Dermatopathol* 2002; 24:54-58.
38. Abbas O, Ghosn S, Bahhady R, Salman S. Solitary sclerotic fibroma on the scalp of a young girl: reactive sclerosis pattern. *J Dermatol* 2010;37:575-577.

Actividades dermatológicas de 2013

71th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology

1 al 5 de marzo, 2013, Miami Beach, Fla., Estados Unidos
www.aad.org

1^{er} Curso Internacional Teórico-Práctico de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología

21 al 23 de marzo, 2013, Guayaquil, Ecuador

LIX Congreso Anual de Terapéutica de la Academia Mexicana de Dermatología

10 al 13 de abril, 2013, México, DF
www.amd.org.mx

XXXI RADLA Reunión Anual de Dermatólogos Latino-americanos

27 al 30 de abril, 2013, Punta del Este, Uruguay
www.radla2013.com

VIII Congreso Internacional de Dermatología (DermoCaribe)

23 a 25 de mayo, 2013, Isla de San Andrés, Colombia
www.cmykcreativos.com/dermocaribe2

41^o Congreso Nacional de Dermatología y Venereología (AEDV)

5 al 8 de junio, 2013, Valencia, España
www.congresoaedv.net

IV Reunión Nacional Clínico Terapéutica-Q'ara Raymi

29 de agosto al 1 de septiembre, 2013, Lima, Perú

12th World Congress of Pediatric Dermatology

25 al 27 de septiembre, 2013, Madrid, España
www.wcpd2013.com

22nd European Academy Dermatology Venereology Congress

3 al 6 de octubre, 2013, Estambul, Turquía
www.eadv.org/eadv-meetings

XXVIII Congreso Centroamericano y del Caribe de Dermatología

19 al 23 de noviembre, 2013, Panamá, Panamá
www.sccad.net