

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i2.11123>

Dermatofibroma queloideo: una variante rara de un tumor común y sus hallazgos dermatoscópicos

Keloidal dermatofibroma: A rare variant of a common tumor and its dermoscopic findings.

Luis David Díaz Hill,¹ Juan Antonio Zavala Manzanares,² Erick Ricardo Aguilar Neri³

Estimado editor:

El dermatofibroma es una neoplasia cutánea común que afecta, principalmente, a adultos de mediana edad, con un ligero predominio en mujeres. Se distingue por múltiples variantes clínicas.^{1,2} Como parte de esta diversidad, la variante queloidea o dermatofibroma queloideo es particularmente infrecuente;^{1,2,3} representa sólo entre el 1 y el 2.4% de todos los dermatofibromas;⁴ es más común en poblaciones asiáticas.⁵

En términos clínicos, el dermatofibroma queloideo se manifiesta como una neoformación nodular firme,⁶ de color marrón o rojizo, o como múltiples pápulas eritematosas y duras dispersas en su variante diseminada.⁷ Estas lesiones suelen ser neoformaciones nodulares de aproximadamente 1 cm o pápulas firmes con base eritematosa no menores a 1 cm.⁶

En cuanto a su descripción dermatoscópica, la bibliografía ha reportado los siguientes hallazgos: eritema, telangiectasias, áreas y líneas blancas brillantes, junto con pigmento marrón o amarillo.^{3,5,6,8} Desde el punto histológico, el dermatofibroma queloideo se distingue por áreas circunscritas con aspecto queloide, compuestas por fibras de colágeno eosinofílicas gruesas, orientadas irregularmente en la parte superficial del tumor, que alternan con islas de fibroblastos fusiformes; la coexistencia de anexos es variable.²

¹ Residente de tercer año de medicina interna, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro, México.

² Dermatólogo, práctica privada, Mineral de la Reforma y Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

³ Patólogo, práctica privada, OncoLab, Pachuca, Hidalgo, México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0000-9934-8776>
<https://orcid.org/0000-0001-5551-797X>

Recibido: agosto 2025

Aceptado: noviembre 2025

Correspondencia

Luis David Díaz Hill
luisdavidhdh@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Díaz-Hill LD, Zavala-Manzanares JA, Aguilar-Neri ER. Dermatofibroma queloideo: una variante rara de un tumor común y sus hallazgos dermatoscópicos. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (2): 314-317.

Si bien su origen exacto se desconoce,¹ el dermatofibroma queiloideo comparte con las cicatrices queloides un desequilibrio en la activación de miofibroblastos y fuerzas de tensión, asociado con inflamación crónica. No obstante, se diferencian en su topografía porque el dermatofibroma queiloideo es más común en las extremidades, mientras que las cicatrices queloides prevalecen en el torso. Además, el dermatofibroma queiloideo se manifiesta típicamente sin una lesión previa o antecedentes familiares.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 88 años, que acudió a valoración por una dermatosis localizada en el tórax anterior, específicamente a la altura de la quinta costilla derecha, lateral al esternón. La lesión era unilateral y asimétrica, constituida por una neoformación nodular ovalada de 3 x 1.5 cm, de consistencia firme y coloración amarilla. Tenía bordes bien definidos y era asintomática, con dos meses de evolución y un crecimiento abrupto. El paciente no refería antecedentes de un lesión previa en la zona ni otros antecedentes relevantes para el caso.

Figura 1

En términos dermatoscópicos, la lesión no melanocítica mostraba un área homogénea blanco-amarillenta que abarcaba toda la porción central. Asimismo, se observaron líneas blancas ortogonales (visibles con luz polarizada) en la superficie, áreas con pigmento marrón en la periferia y pequeñas islas con vasos puntiformes.

Figura 2

El estudio de la biopsia por escisión de la lesión reveló una neoformación nodular circunscrita. Estaba compuesta por fibroblastos de aspecto fusiforme con núcleos ovales hiper cromáticos sin atipia y citoplasma poco definido, que alternaban con fibras de colágeno de grosor variable y tipo queiloide, dispuestas en haces cortos sin un patrón característico. Estos hallaz-

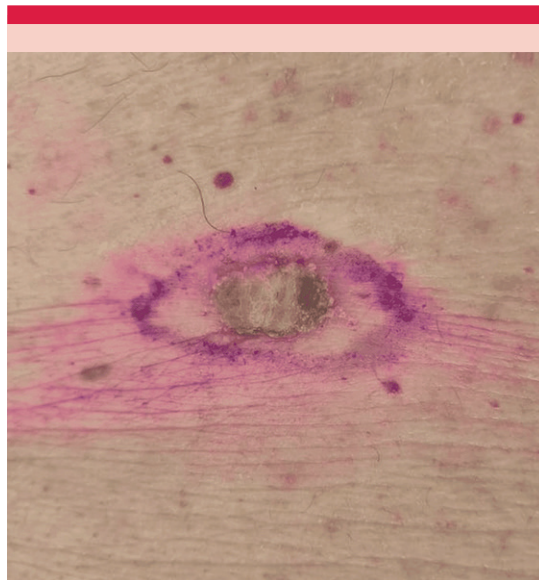


Figura 1. Neoformación localizada en el tórax anterior, de 3 x 1.5 cm, nodular, ovalada, de coloración amarilla y bordes bien definidos.

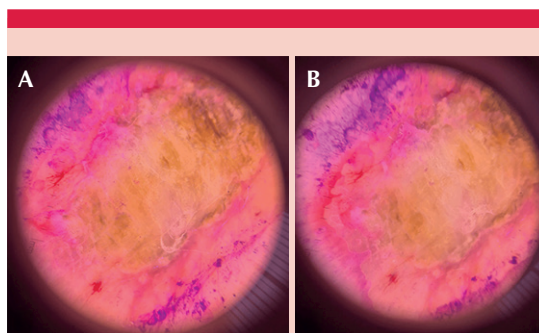


Figura 2. Dermatoscopia. **A.** Luz polarizada. **B.** Luz no polarizada.

gos confirmaron el diagnóstico de correlación clínica-dermatoscópica-histopatológica de dermatofibroma queiloideo. **Figura 3**

La lesión se resecó por completo y, hasta el momento del seguimiento, no había tenido recidiva.

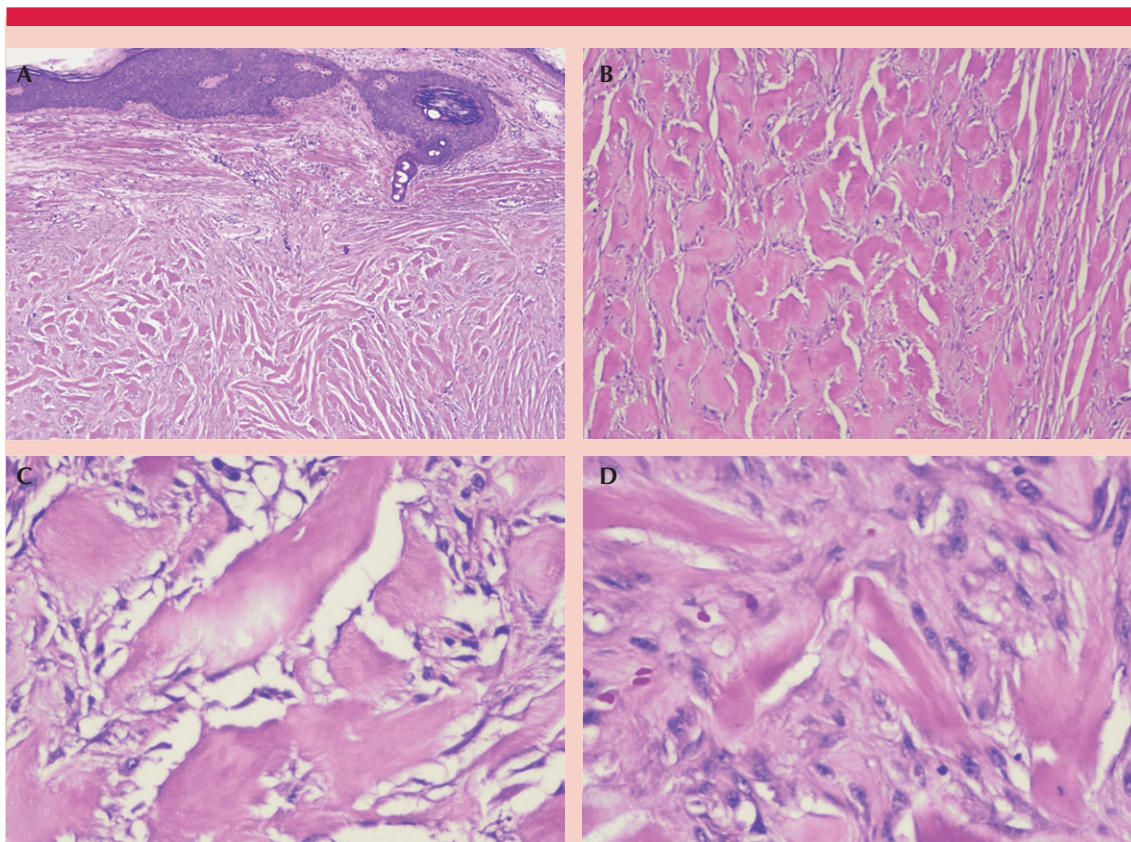


Figura 3. A. Piel delgada cuya epidermis muestra ortoqueratosis laxa; en la porción central se observa atrofia e hiperqueratosis. Crestas interpapilares fusionadas, así como aumento de melanocitos sin atipia. **B, C y D.** Fibroblastos de aspecto fusiforme con núcleos ovales hiper cromáticos sin atipia y citoplasma poco definido, que alternan con fibras de colágeno con variación del grosor de tipo queiloide dispuestas en haces cortos sin un patrón característico. La lesión está delimitada en la dermis.

DISCUSIÓN

El diagnóstico certero del dermatofibroma queiloideo es un desafío debido a su similitud clínica con otras lesiones cutáneas que incluyen cicatrices queloides, dermatofibrosarcoma protuberans, fascitis nodular y otros tumores de células fusiformes.⁶ Este padecimiento infrecuente plantea desafíos diagnósticos debido a la superposición de características con otras lesiones.

Existen pocos reportes que insistan en los hallazgos dermatoscópicos del dermatofibroma queiloideo. Al comparar este caso con las

descripciones previas en la bibliografía, se encontraron similitudes: tumoraciones blanco-amarillentas, pigmento marrón y líneas blancas brillantes. Sin embargo, las características vasculares observadas en el paciente del caso fueron completamente distintas a lo reportado previamente y no hubo eritema.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección del dermatofibroma queiloideo y la técnica usada dependerá de la localización y la extensión de la lesión y la experiencia del cirujano. Se ha reportado que las recidivas son excepcionales.^{5,7}

CONCLUSIONES

La dermatoscopia puede ser un método útil para la evaluación inicial de estas lesiones. No obstante, su interpretación requiere cautela y el análisis de otros casos, debido a la escasez de datos específicos de patrones dermatoscópicos asociados con el dermatofibroma queiloideo. Por lo tanto, el análisis histopatológico continúa siendo indispensable para confirmar el diagnóstico definitivo.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Ninguno.

REFERENCIAS

1. Zelger B, Zelger BG, Burgdorf WHC. Dermatofibroma: A critical evaluation. *Int J Surg Pathol* 2004; 12 (4): 333-44. <https://doi.org/10.1177/106689690401200406>
2. Alves JV, Matos DM, Barreiros HF, Bártole EAFL. Variants of dermatofibroma: a histopathological study. *An Bras Dermatol* 2014; 89 (3): 472-7.
3. Marinescu SA, Tatu AL, Mihai IR, Giuglea C. Correlations between clinics, dermoscopy, and histopathology in a female with two dermatofibromas - a case report. *Rom J Morphol Embryol* 2016; 57 (1): 323-6.
4. Nishimoto A, Ansai S-I, Akaishi S, et al. Keloidal dermatofibroma: Clinicopathological comparison of 52 cases with a series of 2077 other dermatofibromas. *J Dermatol* 2023; 50: 485-93. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.1663>
5. Kanitakis J. Keloidal dermatofibroma: Report of a rare dermatofibroma variant in a young white woman. *Am J Dermatopathol* 2013; 35 (3). <https://doi.org/10.1097/DAD.0b013e31825d9d30>
6. Kim JM, Cho HJ, Moon SH. Rare experience of keloidal dermatofibroma of forehead. *Arch Craniofac Surg* 2018; 19 (1): 72-4. <https://doi.org/10.7181/acfs.2018.19.1.7>
7. Jiahua X, Yi C, Liwu Z, et al. Innovative combined therapy for multiple keloidal dermatofibromas of the chest wall: A novel case report. *Chin J Plast Reconstr Surg* 2022; 4: 182-6. <https://doi.org/10.1016/j.cjprs.2022.09.002>
8. El Gaitibi FZ, Hamich S, Abdelmoutalib A, et al. Keloid-like dermatofibroma. *Our Dermatol Online* 2021; 12 (4): 460-1. <https://doi.org/10.7241/ourd.20214.27>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.