

Fibromixoma acral superficial

Superficial acral fibromyxoma.

Juan Manuel Ruiz-Matta,¹ Miriam Puebla-Miranda,² Yuriria Asbel Gálvez-Juárez,³ Alejandro Rodríguez-Sánchez⁴

Resumen

El fibromixoma acral superficial es una dermatosis poco frecuente, hasta 2012 se habían reportado aproximadamente 100 casos, en los últimos años se han agregado nuevos reportes. Se comunica el caso de una paciente en la cuarta década de la vida que tuvo un fibromixoma acral superficial en el dedo índice de la mano derecha tratado exitosamente con cirugía.

PALABRAS CLAVE: Fibromixoma acral; dermatoscopia.

Abstract

Superficial acral fibromyxoma is a rare dermatosis, until 2012 approximately 100 cases had been reported, in recent years new reports have been added. This paper reports the case of a woman of the fourth decade of life, who presented superficial acral fibromyxoma in the first finger of the right hand successfully treated with surgery.

KEYWORDS: Acral fibromyxoma; dermoscopy.

¹ Médico adscrito al Servicio de Dermatología.

² Jefa del Servicio de Dermatología.

³ Residente de Medicina Interna.

⁴ Médico adscrito al Servicio de Patología.
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Recibido: agosto 2018

Aceptado: octubre 2018

Correspondencia

Juan Manuel Ruiz Matta
juanruizmatta@gmail.com.mx

Este artículo debe citarse como

Ruiz-Matta JM, Puebla-Miranda M, Gálvez-Juárez YA, Rodríguez-Sánchez A. Fibromixoma acral superficial. Dermatol Rev Mex. 2019 septiembre-octubre;63(5):504-508.

ANTECEDENTES

El fibromixoma acral superficial es una dermatosis poco frecuente, hasta 2012 se habían reportado aproximadamente 100 casos, en los últimos años se han agregado nuevos reportes. Es una afección probablemente subdiagnosticada debido a que es relativamente nueva en su descripción.

Se comunica el caso de una paciente que tuvo un fibromixoma acral superficial en el dedo índice de la mano derecha.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 33 años de edad, con una dermatosis localizada al miembro torácico derecho, del que afectaba el dedo índice a nivel subungueal distal, caracterizada por una neoformación de aspecto nodular, de superficie lisa, eritematosa, con una zona queratósica en la superficie. La neoformación ocasionaba deformación de la lámina ungueal y pérdida parcial de ésta en su zona lateral (**Figura 1**).



Figura 1. Dermatitis localizada en el miembro torácico derecho, del que afectaba el dedo índice a nivel subungueal, caracterizada por una neoformación de aspecto nodular, de aspecto liso y eritematoso que ocasionaba deformación del lecho ungueal y pérdida parcial de ésta en su zona lateral.

A la dermatoscopia se observaron prolongaciones digitiformes, así como eritema difuso (**Figura 2**).

La dermatosis tenía un año de evolución con dolor al contacto con agua fría y al roce. La paciente no tenía antecedentes patológicos de importancia para su padecimiento actual. Con lo anterior se decidió su extirpación con diagnóstico probable de tumor glómico vs fibromixoma acral superficial.

El estudio histopatológico reportó una neoformación sólida en la dermis, de aspecto nodular, bien delimitada, no encapsulada (**Figura 3A**), constituida por células de citoplasma eosinófilo, fusiformes, dentro de un estroma mixoide (**Figura 3B**). La inmunohistoquímica fue negativa para S-100 (**Figura 4**). Con los hallazgos histopatológicos se estableció el diagnóstico de fibromixoma acral superficial.

La paciente tuvo evolución adecuada, actualmente sin datos de recidiva a cuatro meses de seguimiento.



Figura 2. A la dermatoscopia se observaron prolongaciones digitiformes y eritema difuso.

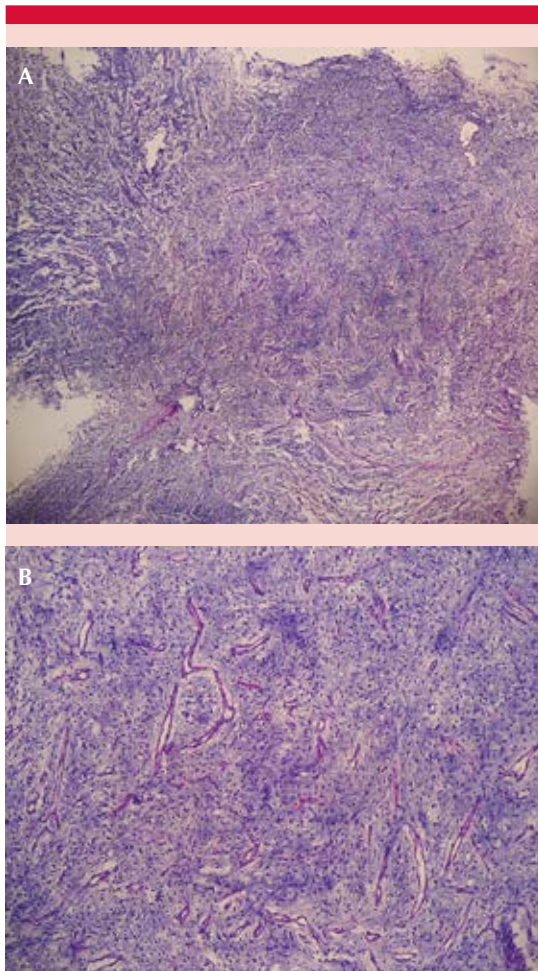


Figura 3. A. A la histopatología se observa una neoformación sólida, de aspecto nodular, bien delimitada, no encapsulada en la dermis. **B.** En el acercamiento se observa el estrato espinoso del lecho ungüal y por debajo de éste células de citoplasma eosinófilo, fusiformes, dentro de un estroma mixoide.

DISCUSIÓN

El fibromixoma acral superficial es un tumor mixoide descrito por primera vez en 2001 por Fesch. Es una neoformación de tejidos blandos, que muestra predilección por la región subungüal y periungüal. Es más frecuente en hombres en proporción 2:1.^{2,3}

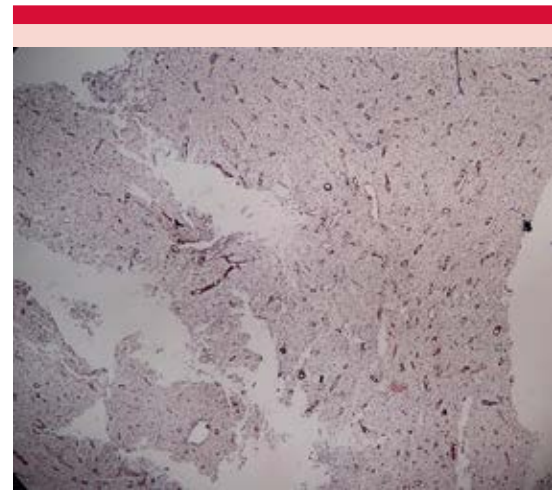


Figura 4. Tinción inmunohistoquímica negativa para S-100.

La topografía más frecuente es en los miembros pélvicos, principalmente en el primer dedo, y menos común en los dedos de las manos, así como las palmas, las plantas y algunos casos en los talones. En términos clínicos, se manifiesta como una neoformación de aspecto nodular, con borde queratósico, el tamaño de las lesiones es, en promedio, de 1.75 cm.⁴ Hay afectación ungüal en 50% de los casos, se observa como sobrecurvatura de la lámina ungüal, onicólisis, traquioniquia y en ocasiones paquioniquia. La afectación al hueso es poco frecuente y cuando ocurre es mediante lesiones líticas y erosiones.⁵ Esta neoformación es de crecimiento lento, desde tres meses hasta 30 años de evolución, con media de aparición de 3 años.¹ Puede ser asintomática; sin embargo incluso 41% de los casos padece dolor.³ La causa se desconoce; sin embargo, existen reportes de caso de manifestación posterior a un traumatismo.²

Entre los hallazgos en dermatoscopia se describen áreas amarillentas hiperqueratósicas en el centro, así como proyecciones digitiformes con estructuras vasculares en la periferia y

agrupaciones de vasos en forma de cabeza de alfiler.² Nuestra paciente mostraba a la imagen dermatoscópica las proyecciones digitiformes. Otros hallazgos dermatoscópicos son pápulas queratósicas amarillentas, sin ningún patrón vascular,⁶ áreas rojas homogéneas dentro del tumor,⁷ parches blancos con aspecto de cicatriz con vasos arboriformes pequeños, telangiectasias centrales y líneas blancas brillantes.⁸

El diagnóstico es esencialmente histológico, si bien la manifestación clínica y dermatoscópica puede ser muy sugerente de esta tumoración. La imagen histopatológica muestra proliferación de células estrelladas y en huso dentro de un estroma mixoide, colagenoso o mixocolagenoso, así como proliferación vascular en parches.²

La inmunohistoquímica es positiva para CD34, CD10, nestina, antígeno de la membrana epitelial y CD99 y negativa para S100, actina, desmina, citoqueratina, HMB45.³ Por estos hallazgos existe la teoría de que proviene de las células mesenquimatosas ubicadas en las zonas acrales.⁴ En algunas ocasiones se han reportado cambios consistentes con infección viral, por lo que se propone que existe relación con el virus del papiloma humano como parte de su patogenia.⁹

Los diagnósticos diferenciales clínicos incluyen el tumor glómico, fibroqueratoma digital adquirido y el tumor de Koenen.

Entre los diagnósticos diferenciales histopatológicos de causa benigna a considerar y con positividad a CD34 al igual que el fibromixoma acral superficial está el dermatofibroma, que es CD34 negativo en la mayor parte de los casos y se distingue de éste por su celularidad no mixoide. Puede diferenciarse del neurofibroma por ser este último positivo a la inmunomarcación con S-100.³

Entre los de causa maligna está el sarcoma fibromixoide de bajo grado, en el que se observa aumento en las mitosis atípicas, gran pleomorfismo celular, vasos capilares prominentes y curvilíneos. El dermatofibrosarcoma protuberans muestra infiltración subcutánea digitiforme y es positivo para CD34 y negativo para FXIII. También está el angiosarcoma, en el que se aprecian depósitos de hemosiderina y vasos infiltrativos y es positivo para CD31.³

Si bien no se han reportado casos de transformación maligna, es importante su resección quirúrgica completa porque se ha relacionado con recidiva cuando los bordes quirúrgicos se reportan positivos.⁹

CONCLUSIÓN

El fibromixoma es un tumor de tejidos blandos, es una afección poco conocida, por lo que pensamos en ella como un padecimiento subdiagnosticado porque sus características clínicas, histopatológicas e inmunohistoquímicas se describieron hace poco tiempo. Es importante reconocer este diagnóstico porque puede confundirse con afecciones malignas que significan pronóstico y tratamientos diferentes.

REFERENCIAS

1. Fetsch JF, Laskin WB, Miettinen M. Superficial acral fibromyxoma: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 37 cases of a distinctive soft tissue tumor with a predilection for the fingers and toes. *Hum Pathol* 2001 Jul;32(7):704-14.
2. Kara Polat A, Gore Karaali M, Turgut Erdemir AV, Koku Aksu AE, Leblebici C, Gurel MS. Superficial acral fibromyxoma in the heel with new vascular features on dermoscopy. *J Cutan Pathol* 2018 Feb 15.
3. Messeguer F, Nagore E, Agustí-Mejías A, Traves V. Superficial acral fibromyxoma: a CD34+ periungual tumor. *Actas Dermosifiliogr* 2012 Jan;103(1):67-9.
4. Robati RM, Dadkhahfar S, Rakhshan A. CD34 negative superficial acral fibromyxoma: A rare case report. *Indian Dermatol Online J* 2017 Jan-Feb;8(1):45-47.

5. Prescott RJ, Husain EA, Abdellaoui A, Al-Mahmoud RM, Khan M, Salman WD, et al. Superficial acral fibromyxoma: a clinicopathological study of new 41 cases from the U.K.: should myxoma (NOS) and fibroma (NOS) continue as part of 21st-century reporting? *Br J Dermatol* 2008 Dec;159(6):1315-21.
6. Sánchez Neila N, Fonda Pascual P, Hermosa Zarza EM, García del Real CM, García de la Vega MU. A solitary hyperkeratotic papule on the palm. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2016;82(2):237-238.
7. Grigore L, Baican CI, Botar-Jid C, Rogojan L, Letca AF, Ungureanu L, et al. Clinico-pathologic, dermoscopic and ultrasound examination of a rare acral tumour involving the nail-case report and review of the literature. *Clujul Med* 2016;89(1):160-164.
8. Aguado M, Meseguer C, Tardío JC, Borbujo J. Dermoscopy of acral fibromyxoma. *J Am Acad Dermatol* 2014;70(1):e5-6.
9. Al-Daraji WI, Miettinen M. Superficial acral fibromyxoma: a clinicopathological analysis of 32 tumors including 4 in the heel. *J Cutan Pathol* 2008 Nov;35(11):1020-6.

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOPATOLOGÍA
SERVICIO DE DERMATOPATOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA**

Requisitos para presentar la solicitud como candidato al curso de especialización y residencia en Dermatopatología:

1. Ser dermatólogo con reconocimiento universitario o estar cursando el último año de la especialidad de Dermatología.
2. Presentar solicitud por escrito dirigida a la Dra. Patricia Mercadillo Pérez, profesora titular del curso universitario de la especialidad en Dermatopatología, jefa del servicio de Dermatopatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Tel.: 2789-2000 ext. 5632.
3. Anexar a la solicitud currículum vitae.
4. Entrevista con el profesor titular del curso. La documentación debe entregarse en el periodo del 1 de agosto al 30 de septiembre de 2019.
5. Se seleccionan dos candidatos.
6. El curso tendrá duración de dos años, iniciando el 1 de marzo y concluyendo el último día de febrero. El curso es de tiempo completo con duración diaria de ocho horas.
7. Se extenderá diploma universitario de la especialización en Dermatopatología por la Universidad Nacional Autónoma de México.