

Dermatofibroma: análisis clínico y de variedades histológicas

Dermatofibroma: clinical analysis and histological varieties.

Itzel Anayn Flores-Reyes,¹ Genaro Briseño-Gascón,² Israel Antonio Esquivel-Pinto,³ Sonia Toussaint-Caire,⁴ María Elisa Vega-Memije⁴

Resumen

ANTECEDENTES: El dermatofibroma es un tumor fibrohistiocítico con etiopatogenia controvertida, pues se duda si se trata de un proceso reactivo o neoplásico.

OBJETIVOS: Identificar y describir las características clínicas y variantes histológicas de los dermatofibromas provenientes del Hospital Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México y una clínica privada.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de muestras histológicas e historias clínicas, provenientes de la División de Dermatología del Departamento de Dermatopatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González y del laboratorio de Dermatopatología de una práctica privada de uno de los autores, de agosto de 1996 a junio de 2016.

RESULTADOS: Se incluyeron 602 muestras histológicas. La edad media de los pacientes fue de 41.3 ± 13.69 años. El sexo más afectado fue el femenino en el 73% ($n = 440$), con afectación en las extremidades inferiores en el 48.5% ($n = 292$). La variedad histológica más reportada fue la fibrocolagenosa ($n = 522$, 86.7%).

CONCLUSIONES: El dermatofibroma es un tumor fibrohistiocítico que afecta mayormente a mujeres de la tercera y quinta décadas de la vida en las extremidades inferiores. Se identificaron nueve variables histológicas: fibrocolagenosa o clásica, celular, hemosiderótica, atrófica, profunda, xantomatosa, traumatizada, mixoide y hemangioma-esclerosante; la variante histológica más frecuente fue la fibrocolagenosa.

PALABRAS CLAVE: Dermatofibroma; tumor fibrohistiocítico.

Abstract

BACKGROUND: Dermatofibroma is a fibrohistiocytic tumor with a controversial etiopathogenesis, since it is questionable whether it is a reactive or neoplastic process.

OBJECTIVES: To identify and describe the clinical and histopathological variants of dermatofibromas, coming from the General Hospital Dr. Manuel Gea González, Mexico City, and private practice.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive study of histological samples and medical records from the Dermatology Division, Department of Dermatopathology of the General Hospital Dr. Manuel Gea González and a private practice Dermatopathology laboratory of one of the authors (in Mexico City), from August 1996 to June 2016.

RESULTS: Six hundred and two histological samples were included. The mean age of the patients was 41.3 ± 13.69 years. The most affected sex was female in 73% ($n = 440$), with topography in the lower extremities in 48.5% ($n = 292$). The evolution time was varied. The most reported histological variety was the fibrocollagenous 86.7% ($n = 522$).

CONCLUSIONS: Dermatofibroma is a fibrohistiocytic tumor that mainly affects women of the third and fifth decades, in the lower extremities. Nine histological variables

¹ Residente de Dermatología, Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Jalisco, México.

² Residente de Dermatología.

³ Dermatólogo.

⁴ Dermatóloga y dermatopatóloga adscrita.

División de Dermatología, Departamento de Dermatopatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Recibido: septiembre 2020

Aceptado: octubre 2020

Correspondencia

Sonia Toussaint Caire
tussita@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Flores-Reyes IA, Briseño-Gascón G, Esquivel-Pinto IA, Toussaint-Caire S, Vega-Memije ME. Dermatofibroma: análisis clínico y de variedades histológicas. Dermatol Rev Mex. 2021; 65 (2): 138-148.

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i2.5588>

were identified: 3 frequent (fibrocollagenous or classic, cellular and hemosiderotic), 4 infrequent (atrophic, deep, xanthomatous and traumatized), a histological curiosity (myxoid) and a combined variety (hemangioma-sclerosing); the most frequent variant was fibrocollagenous.

KEYWORDS: Dermatofibroma; Fibrohistiocytic tumor.

ANTECEDENTES

El dermatofibroma es un tumor fibrohistiocítico, también llamado histiocitoma fibroso benigno subepidérmico nodular, hemangioma esclerótico o histiocitoma cutis.^{1,2}

En términos epidemiológicos, se observa en cualquier grupo de edad, aunque es ligeramente más común en mujeres jóvenes.^{1,3} En la práctica quirúrgica y dermatopatológica representa hasta el 3% de las lesiones extirpadas y analizadas.^{1,3}

La etiopatogenia es desconocida y controvertida, se desconoce si se trata de un proceso reactivo derivado de células dendríticas o de un proceso neoplásico por alteración citogenética.^{1,4} Se ha asociado con traumatismo menor (picadura de insectos, perforaciones), enfermedades autoinmunitarias (lupus eritematoso cutáneo) y diversos estados de inmunosupresión.^{1,5}

En cuanto a su topografía, afecta las extremidades inferiores, superiores y el tronco, en ese orden.^{1,5} Se manifiesta como una neoformación hiperpigmentada en forma de domo.^{1,2} La mayoría tienen un tamaño menor de 1.5 cm, pero existe la variante gigante benigna de tamaño mayor a 5 cm.^{4,5,6} Por lo general, son únicas, aunque se ha descrito una variante eruptiva, en la que se observan 5 a 8 lesiones en un periodo de cuatro meses o menos, y una variante múlti-

ple, en la que puede haber más de 15 lesiones sin importar el periodo; estas dos variantes casi siempre se acompañan de comorbilidades, como estado de inmunosupresión, VIH, enfermedad autoinmunitaria, neoplasia hematológica o embarazo.^{4,7} La piel periférica puede ser eritematosa o hiperpigmentada con degradación hasta el color de la piel normal (fenómeno de Meyerson).³ Son de consistencia firme y característicamente muestran el signo del hoyuelo, en el que al comprimir los bordes se genera una depresión central (**Figura 1**).^{2,3} Tienen evolución de meses, persisten sin aumentar de tamaño por años y pueden mostrar regresión espontánea.^{1,3} El dolor a la palpación es el síntoma acompañante más frecuente.³

El diagnóstico se sospecha con la manifestación clínica y se confirma con el análisis histopatológico. A la dermatoscopia, se observa una lesión no melanocítica, compuesta por un parche blanco y una delicada red de pigmento en la periferia.^{6,7} **Figura 2**

En términos histológicos, el dermatofibroma fibrocolagenoso o clásico, es una lesión simétrica, circunscrita, no encapsulada, redonda, localizada en la dermis reticular, con fascículos de fibroblastos dispuestos en remolino (**Figura 3**).^{1,2} Puede haber hiperpigmentación de la capa basal, con hiperplasia epidérmica. El grado de esclerosis es mayor en lesiones tardías



Figura 1. Aspecto clínico del dermatofibroma y signo del hoyuelo.



Figura 2. Dermatoscopia del dermatofibroma. Se observa un parche blanco central y red de pigmento en la periferia.

y se observan fibras de colágena nodulares de aspecto queloidal.

Debido a la heterogeneidad en su vasculatura, depósito de hemosiderina, composición celular

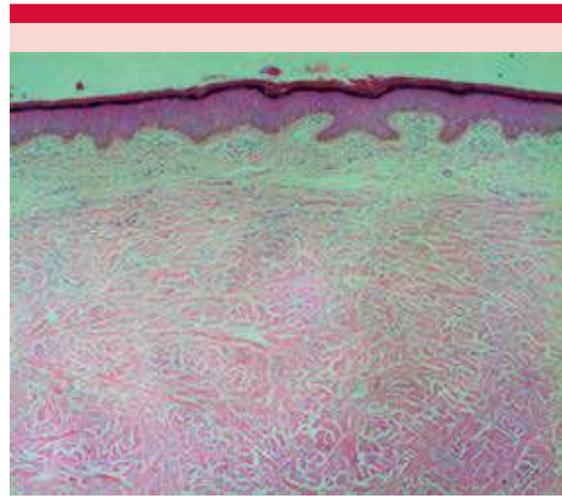


Figura 3. Aspecto histológico del dermatofibroma colagenoso o clásico: hiperplasia epidérmica con hiperpigmentación de las células de la capa basal. Proliferación en la dermis reticular, formada por abundantes fascículos fibrohistiocíticos dispuestos en forma de remolino, entremezclados con colágena gruesa (de aspecto queloidal). HE 4x.

y hemorragia, existen múltiples variantes que se agrupan en tres grupos: frecuentes, infrecuentes y curiosidades histológicas (**Cuadro 1 y Figuras 4 a 6**).⁸ Además, pueden coexistir en una misma lesión características histológicas de las diferentes variantes.⁴

El **Cuadro 2** muestra las características clínicas e histológicas de las variantes frecuentes descritas en la bibliografía.⁹⁻²⁴

El diagnóstico diferencial depende de cada variante histológica (**Cuadro 2**).

Como parte del manejo y tratamiento, las lesiones pueden ser extirpadas para excluir otra neoplasia mesenquimatosa, aunque es muy cuestionable pues la cicatriz resultante puede ser mayor a la propia lesión; la recurrencia varía de acuerdo con la variante clínico-histológica, en la variedad fibrocolagenosa son poco frecuentes.²

Cuadro 1. Variedades histológicas de los dermatofibromas

Frecuentes	Infrecuentes	Curiosidad histológica
Fibrocolagenoso (clásica) Celular En empalizada Con células claras Aneurismático Hemosiderótico Atípico Epiteliode	Atrófico Profundo Osificante Xantomatoso Traumatizada (liquenoide, erosiva y ulcerada)	Osteoclástico Miofibroblástico Mixoide Queloides De células granulares

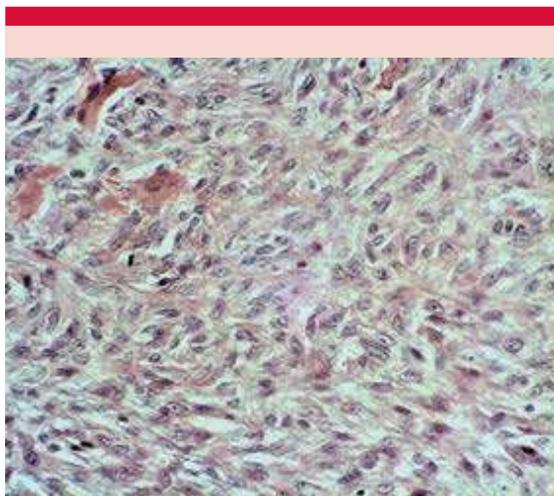


Figura 4. Histología del dermatofibroma celular, se observa importante celularidad y sólo algunas fibras de colágeno. HE 20x.

La importancia del estudio del dermatofibroma radica en la existencia de múltiples variantes histológicas y la semejanza de las mismas con lesiones malignas, especialmente melanoma, cuando es pigmentado, lo que puede dificultar el diagnóstico clínico e histológico.^{1,3,7}

El objetivo de este artículo es identificar y describir las características clínicas y variantes histológicas de los dermatofibromas provenientes del laboratorio de Dermatopatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González y una clínica privada.

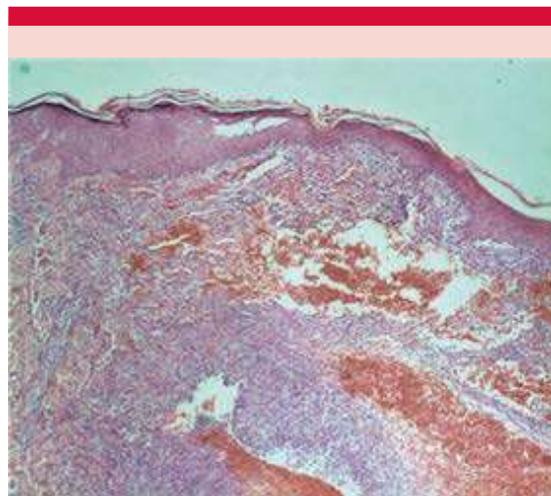


Figura 5. Dermatofibroma hemosiderótico: la epidermis con acantosis irregular, en la dermis se observan hendiduras vasculares con extravasación de eritrocitos y abundante depósito de hemosiderina rodeados de fascículos fibrohistiocíticos, HE 40x.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de reportes de muestras histológicas e historias clínicas, provenientes de la División de Dermatología, Departamento de Dermatopatología del Hospital General Dr. Manuel Gea González y laboratorio de Dermatopatología de la práctica privada de uno de los autores, de agosto de 1996 a junio de 2016.

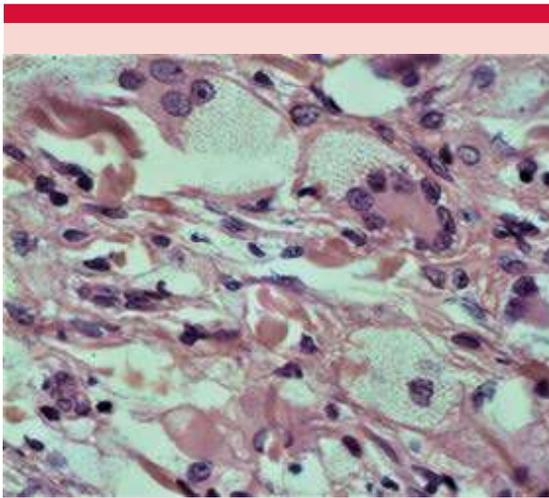


Figura 6. Aspecto histológico de un dermatofibroma con células xantomatosas (histiocitos espumosos) y formación de células gigantes. HE 40x.

Se incluyeron las muestras histológicas con diagnóstico clínico y confirmación histológica de dermatofibroma. Se eliminaron los reportes que no contaran con información clínica suficiente o con bloque de tejido o laminilla para su estudio y análisis histológico. Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, topografía, diagnóstico clínico, variedad histológica y tiempo de evolución. Se efectuó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se incluyeron 602 muestras histológicas de las que el 32.2% (n = 194) provino del Hospital Dr. Manuel Gea González y 67.8% (n = 408) de la práctica privada. El sexo más afectado fue el femenino en el 73% (n = 440), en comparación con el masculino en el 26.91% (n=162), relación

Cuadro 2. Variedades clínico-histológicas de dermatofibromas (continúa en la siguiente página)

Dermatofibroma (variante histológica)	Peculiaridad clínica	Descripción histológica	Inmunohistoquímica	Diagnóstico diferencial
Clásica (fibrocolagenosa) ^{4,5,6} Figura 3	Más frecuente	Lesión no encapsulada compuesta por fascículos de fibroblastos fusiformes dispuestas en espiral, vasos sanguíneos y células inflamatorias	Factor XIIIa y CD34 negativo	Angiohistiocitoma multinucleado: múltiples lesiones
Celular ^{4,7} Figura 4	En sitios inusuales y de gran tamaño	Altamente celular y con un fascículo prominente. Las células tienen citoplasma muy eosinófilico. Mitosis comunes	α-SMA y calponina positivo	Dermatofibrosarcoma protuberans: mayor tamaño, con predominio en el tronco, alta recurrencia; afecta la hipodermis, con mayor número de mitosis; factor XIIIa negativo
Atípico (células monstruo o pseudosarcomatoso) ^{4,7}	Más frecuente en el tronco, cabeza y cuello	Células, con pleomorfismo marcado y con núcleos prominentes, irregulares y grandes; la tasa mitótica puede ser muy alta	Factor XIIIa y Ki-M1p positivo	Dermatofibrosarcoma protuberans Fibroxiantoma atípico: pleomorfismo difuso, atipia citológica y numerosas mitosis
Aneurismático (hemosiderótico, vascular) ^{4,5,8} Figura 5	Más frecuente en niños, crecimiento rápido	Vasos ramificados (hendiduras y cavidades), con hemorragia intersticial carentes de revestimiento endotelial, con abundante hemosiderina	Desmina, CD68 y EMA positivo	Tumores vasculares (hemangioma de células fusiformes y sarcoma de Kaposi)

Cuadro 2. Variedades clínico-histológicas de dermatofibromas (continuación)

Dermatofibroma (variante histológica)	Peculiaridad clínica	Descripción histológica	Inmunohistoquímica	Diagnóstico diferencial
Esclerosante (atrófico) ^{4,5,9}	Probable estadio final de todos los dermatofibromas	Más de 50% de atrofia; hialinización e hipocelularidad progresiva	Factor XIIIa positivo	Angiohistiocitoma multinucleado Cicatriz o anetodermia: depresión o retracción central
Epitelioide ^{4,5,10,11}	Raro Nódulo rojo polipoide	Células tumorales epitelioides redondas con abundante citoplasma eosinofílico y un núcleo vesicular con pequeños núcleos eosinofílicos	NKIC3, CD68, Ki-M1p positivas	Nevo de Spitz: proteína S-100 negativa. Perineuroma cutáneo: EMA y claudina-1 positivo
En empalizada ^{4,5}	Más frecuente en zonas acrales	Núcleos prominentes en empalizada	Factor XIIIa positivo	Schwannoma: imita cuerpos de Verocay
Liquenoide ^{4,5,12}	Asociado con traumatismo	Denso infiltrado celular inferior a la epidermis con daño en las células basales	CD34 negativo	
Lipidizado (células xantomatosas) ^{4,5} Figura 6	Lesión polipoide amarilla	Predominan histiocitos espumosos y fascículos de colágeno hialinizado	CD34 negativo	
De células granulares ^{4,5,13}		Abundante citoplasma eosinófilo (lisosomas)	Factor XIIIa y vimetina positivo	Schwannoma, leiomioma y angiosarcoma de células granulares
De células en anillo de sello ^{4,5,14}	Descartar adenocarcinoma metastásico	Acumulaciones citoplasmáticas (glucógeno, mucina, queratina, etc.) que empujan el núcleo hacia el borde de la célula	CD34 negativo	Metástasis de mama o gástrico: infiltrado dérmico difuso y áreas de epidermis sana, zona de Grenz, células atípicas o figuras mitóticas atípicas
Queloides ¹⁵		Colágeno queloidal dentro de un dermatofibroma típico	Factor XIIIa positivo y CD68 y Ag CD163 débil	Carcinoma basocelular, sarcoma de Kaposi, fibroxantoma atípico
De células gigantes ^{4,5,16-21}	Más frecuente en los dedos. Afecta el tendón y la cápsula articular	Células gigantes multinucleadas, dentro de un estroma de colágeno; es común ver figuras mitóticas	Monocitos CD68 positivo	Sarcoma sinovial: ausencia de revestimiento epitelial en las hendiduras y negatividad para los marcadores epiteliales
De células claras ^{4,5}		Láminas de células claras con núcleos vesiculares en la dermis reticular	NK1.C3 y CD68 positivo	
Profundo ^{4,5}	Más frecuente en la cabeza, cuello y tronco	Lesión bien circunscrita en hipodermis con células fusiformes	CD34 positivo	Dermatofibrosarcoma protuberans Tumor fibroso solitario
Mixoide ^{4,5,22}		Abundante mucina estromal	CD68 y CD99 positivo	Fibromixoma acral superficial
Osteoclastico ^{23,24}	Asociado con traumatismo	Centro fibroblástico y zona periférica de osificación con tejido osteoide y osteoclastos	Factor XIIIa, actina y CD68 positivo	Osteosarcoma
Combinado (compuesto) ^{4,5,10}		Dos o más variantes en una lesión		

mujer: hombre de 2.71:1 (**Cuadro 3**). En cuanto a la edad de los pacientes, el intervalo fue de uno a 88 años, con media de 41.3 ± 13.69 años. Los grupos etarios con mayor número de pacientes fue el de 31-40 años ($n = 179$, 29.7%) y 41-50 años ($n = 156$, 25.9%) en ambas poblaciones de estudio (**Cuadro 4**). El segmento más afectado fue el de las extremidades inferiores en el 48.5% ($n = 292$), seguido de las extremidades superiores en el 34.5% ($n = 208$) (**Cuadro 5**). El tiempo de evolución fue variado, mínimo de 2 meses y máximo de 55 años.

La variedad histológica más frecuente fue la fibrocolagenosa o clásica en el 86.7% ($n = 522$), seguida de la variedad celular en el 4.5% ($n = 27$) y hemosiderótica en el 3.3% ($n = 20$), por grupo de origen, en el Hospital Dr. Manuel Gea González fueron la variedad fibrocolagenosa 79.9% ($n = 155$), celular 9.8% ($n = 19$) y hemosiderótica 5.1% ($n = 10$). Las variedades encontradas en la práctica privada fueron: fibrocolagenosa 90% ($n = 367$), hemosiderótica 1.9% ($n = 10$) y traumatizada 1.2% ($n = 9$), en ese orden, respectivamente (**Cuadro 6**). Otras varie-

Cuadro 3. Clasificación de pacientes por sexo

Sexo	Hospital General Dr. Manuel Gea González	Práctica privada	Número de pacientes	Porcentaje
Mujeres	146	294	440	73
Hombres	48	114	162	27
Total	194	408	602	100

Cuadro 4. Clasificación de pacientes por grupo etario

Edad (años)	Hospital General Dr. Manuel Gea González	Práctica privada	Total de pacientes	Porcentaje
01-10	4	4	8	1.3
11-20	14	13	27	4.5
21-30	35	56	91	15.1
31-40	50	129	179	29.7
41-50	57	99	156	25.9
51-60	23	64	87	14.4
61-70	9	35	44	7.3
Más de 70	2	8	10	1.7
Total	194	408	602	100.00

Cuadro 5. Topografía

Localización	Hospital General Dr. Manuel Gea González	Práctica privada	Total de pacientes	Porcentaje
Cabeza y cuello	5	65	70	11.6
Extremidad superior	58	150	208	34.5
Extremidad inferior	106	186	292	48.5
Tronco	25	7	32	5.31
Total	194	408	602	100

Cuadro 6. Dermatofibroma, variedades histopatológicas

Variedad histológica	Hospital General Dr. Manuel Gea González Número de muestras (%)	Práctica privada Porcentaje (%) Número de muestras (n)	Total Número de muestras (%)
Fibrocolagenosa	155 (79.9)	367 (90)	522 (86.7)
Celular	19 (9.8)	8 (1.9)	27 (4.5)
Hemosiderótica	10 (5.1)	10 (2.4)	20 (3.3)
Atrófica	2 (1)	7 (1.7)	9 (1.5)
Traumatizado	-	9 (2.2)	9 (1.5)
Profundo	-	6 (1.5)	6 (1)
Hemangioma esclerosante (mixto o combinado)	5 (2.6)	-	5 (0.8)
Con células xantomatosas	2 (1)	1 (0.2)	3 (0.5)
Mixoide	1 (0.5)	-	1 (0.2)
Total	194 (100)	408 (100)	602 (100)

dades reportadas en el Hospital Dr. Manuel Gea González fueron la atrófica, hemangioma esclerosante, con células xantomatosas y mixoide; en la práctica privada con las variedades celular, atrófica, profunda y con células xantomatosas.

DISCUSIÓN

El dermatofibroma es un tumor fibrohistiocítico, cuyos sinónimos son histiocitoma fibroso benigno subepidérmico nodular, hemangioma esclerótico e histiocitoma cutis.^{1,2}

Se observa en cualquier grupo de edad, aunque es ligeramente más común en mujeres jóvenes.^{1,3} En la práctica quirúrgica y dermatopatológica, representa hasta el 3% de las lesiones extirpadas quirúrgicamente.^{1,3}

Moreno y colaboradores, en su estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de 10 años, analizaron en el Hospital General de México 187 especímenes con el diagnóstico de dermatofibroma, identificando una frecuencia general del 1.2%, con predominio en el grupo de 21-30 años, las mujeres fueron más afectadas en una relación 4:1.^{25,26}

Alves⁸ realizó un estudio retrospectivo en el Servicio de Dermatología y Venerología del Hospital García Orta durante un periodo de 5 años, en el que analizaron 192 muestras, observando mayor frecuencia en mujeres, con edad media de la población de estudio de 48 años (11 a 80 años).

Senel,⁶ en su estudio retrospectivo, analizó 200 muestras con diagnóstico de dermatofibroma en el departamento de Dermatología de la Universidad de Hitit, reportó una edad media de 42.18 ± 13.72 años (14 a 81 años). Fue más frecuente en mujeres en el 67%, con una relación mujer:hombre de 1.97:1.

El estudio que realizamos incluyó un poco más del triple de muestras, en comparación con los realizados por Moreno, Alves y Senel. El origen de nuestras muestras fue de dos centros diferentes y el mayor grupo provino del centro privado. Observamos mayor predilección por las mujeres, al igual que en los otros tres estudios; sin embargo, fue mayor a la reportada por Senel y Alves, pero menor que la de Moreno. En cuanto a los grupos de edad más afectados, Moreno encontró la tercera década, Alves y Senel la quinta década y este estudio la cuarta década.^{6,8,26}

En cuanto a la topografía afectada, en los tres estudios mencionados y el nuestro se reporta predilección por las extremidades inferiores.

En términos histológicos, el dermatofibroma fibrocolagenoso o clásico es una lesión simétrica, circunscrita, no encapsulada, redonda, localizada en la dermis reticular, con fascículos de fibroblastos dispuestos en remolino (**Figura 3**).^{1,2} A mayor aumento hay proliferación dérmica nodular de miofibroblastos y fibroblastos con núcleos ovalados grandes y nucléolos pequeños.^{1,2} Puede haber hiperpigmentación de la capa basal, con hiperplasia epidérmica, infiltrado de linfocitos y células plasmáticas perivasculares, así como histiocitos, osteoclastos y células gigantes multinucleadas tipo Touton.^{1,2} Pueden mostrar células atípicas como células gigantes e histiocitos cargados de lípidos, etc.^{1,5} El grado de esclerosis es mayor en lesiones tardías y se observan fibras de colágena nodulares de aspecto queloidal. Con inmunotinciones son positivos para vimentina, factor XIIIa, estromelina, actina y CD68.²

Dermatofibroma variedad celular

Se ha reportado hasta en el 5% de las variedades de dermatofibroma, en nuestro estudio reportamos 4.5%, cifras muy similares. Es más común en adultos jóvenes, hombres, tiene predilección por las extremidades, la cabeza y el cuello. Tienden a ser más grandes que la variante fibrocolagenosa. Llegan a tener alta tasa de recurrencia, hasta del 26%. En términos histopatológicos son altamente celulares, con patrón en crecimiento y fascículos prominentes. A mayor aumento las células tienden a ser eosinófilas, con citoplasma abundante, y es común observar algunas mitosis. Por inmunohistoquímica se observa AME y calciponina positiva focal y CD34 negativo. El principal diagnóstico diferencial incluye leiomioma, en el que se observan células en forma de cigarrillo, atipia citológica focal, patrón

en crecimiento folicular difuso y positividad difusa para CD34.⁴ **Figura 4**

Dermatofibroma variedad hemosiderótica

También es llamada aneurismática o vascular, incluso, se ha planteado que surge primero una fase hemosiderótica y posteriormente aneurismática. Puede representar hasta el 2% de los dermatofibromas, en este estudio reportamos el 3.3%, ligeramente mayor. Se manifiesta como un nódulo azul a marrón, mayormente en las extremidades, en mujeres adultas de edad media. Tienden al crecimiento rápido debido a hemorragia extensa. El diagnóstico diferencial incluye tumores vasculares. La tasa de recurrencia es del 19%.

En términos histopatológicos en el centro se observa hemorragia irregular con formación de hendiduras y espacios que imitan canales vasculares, pero sin revestimiento endotelial; la hemorragia intersticial multifocal y el depósito de hemosiderina intra y extracelular es prominente y es común observar figuras mitóticas. Las áreas adyacentes muestran las características habituales.⁴ **Figura 5**

Dermatofibroma variedad atrófica

Se piensa que podría representar la etapa final de los dermatofibromas, en este estudio representó el 1.5% de todos los casos. En términos clínicos, semeja una cicatriz. Histopatológicamente son lesiones hipocelulares y muestran hialinización del colágeno. Su diagnóstico diferencial incluye el angiohistiocitoma multinucleado, que generalmente en la clínica se manifiesta como lesiones múltiples.⁴

En cuanto al análisis de las variedades histopatológicas, Moreno reportó las variedades, fibrocolagenosa en el 62.2% y atípicas en el 18.7%, entre ellas: fibrohistiocitoma (14.4%) e

histiocitoma (1.6%), 2 muestras se clasificaron como variante liquenoide y 3 como traumatizada (erosiva y ulcerada), lo que representó 6 subtipos: 2 variedades frecuentes, 2 infrecuentes y 2 curiosidades histológicas.

Asimismo, Alves reportó las variedades fibrocolagenosa (80%), aneurismática (5.7%), hemosiderótica (5.7%), epitelioides (2.6%), celular (2.1%), lipidizado (2.1%), atrófica (1%) y de células claras (0.5%). El 31% del total de los dermatofibromas se consideraron dentro de la variante profunda, por lo que en este trabajo hubo 9 variantes: 6 variedades frecuentes, 2 infrecuentes y una curiosidad histológica.

Senel reportó las variedades fibrocolagenosa (49%), esclerótica (19%), histiocítica (13%), celular (8%), y 6.5% fueron profundos, habiendo así 5 variantes: 2 frecuentes, una infrecuente y 2 curiosidades.

En nuestro estudio se identificaron 9 variantes histopatológicas: 3 frecuentes (fibrocolagenoso o clásico, celular y hemosiderótico), 4 infrecuentes (atrófico, profundo, xantomatoso [Figura 6] y traumatizado), una curiosidad histológica (mixoide) y una variedad combinada (hemangioma-esclerosante); 3 variedades más que Moreno, 4 más que Senel y el mismo número, pero diferentes tipos que Alves; lo que deja claro que en ocasiones las curiosidades histológicas no se consideran propiamente una variedad. La variante más frecuente fue la clásica, al igual que lo reportado por Moreno, Alves y Senel.^{6,8,26}

CONCLUSIONES

El dermatofibroma es un tumor fibrohistiocítico que afecta mayormente a mujeres de la tercera y quinta décadas de la vida en las extremidades inferiores. Se identificaron 9 variables histológicas: 3 frecuentes (fibrocolagenosa o clásica,

celular, hemosiderótico), 4 infrecuentes (atrófico, profundo, xantomatoso y traumatizado), una curiosidad histológica (mixoide) y una variedad combinada (hemangioma-esclerosante); la variante histológica más frecuente fue la fibrocolagenosa.

REFERENCIAS

1. Barnhill R. *Dermatopathology*, 3ª ed. USA-New York: Mc Graw Hill; 2010.
2. Bologna J. *Dermatopatología*. 3ª ed. USA- New York: Elsevier; 2012.
3. Wolff K. Fitzpatrick, Atlas de Dermatología Clínica. 7ª ed. New York: Mc Graw Hill; 2014.
4. Calonje E. *McKee's- Pathology of the skin*. 4ª ed. New York: Elsevier; 2012.
5. Weedon D. *Skin Pathology*. 3ª ed. New York: Elsevier; 2010.
6. Senel E, Karabulut Y, Dogruer S. Clinical, histopathological, dermoscopic and digital microscopic features of dermatofibroma: a retrospective analysis of 200 lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29:1958-1966. doi. 10.1111/jdv.13092.
7. Soyer P. *Dermoscopy*. 2ª ed. New York: Elsevier; 2012.
8. Alves J, Matos DM, Barreiros HF, Felgueira EA, et al. Variants of dermatofibroma a histopathological study. *An Bras Dermatol* 2014; 89 (3): 472-7. doi. 10.1590/abd1806-4841.20142629.
9. Goodman WT, Bang RH, Padilla S. Giant dermatofibroma with monster cells. *Am J Dermatopathol* 2002; 24 (1): 36-38. doi. 10.1097/00000372-200202000-00007.
10. Bohman SL, Goldblum JR, Rubin BP, Tanas RM, et al. Angiomatoid fibrous histiocytoma: an expansion of the clinical and histological spectrum. *Pathology* 2014; 46 (3):199-204. doi. 10.1097/PAT.0000000000000073.
11. Kiyohara T, Kumakiri M, Kobayashi H, Ohkawara A, et al. Atrophic dermatofibroma. Elastophagocytosis by the tumor cells. *J Cutan Pathol* 2000; 27: 312-315.
12. Mitteldorf C, Zelger B, Tronnier M. Sclerotic epithelioid dermatofibroma. *Am J Dermatopathol* 2011; 33 (1): 98-101.
13. Doyle LA, Enriquez AM, Fletcher C, Hornick JL. ALK rearrangement and overexpression in epithelioid fibrous histiocytoma. *Mod Pathol* 2015; 28: 904-912.
14. Sanches E, Soria L, Eusebio E, Requena L. Lichenoid, erosive and ulcerated dermatofibromas. Three additional clinicopathologic variants. *J Cutan Pathol* 2000; 27: 112-117.
15. Soyer PH, Metzger D, Helmut K. Granular cell dermatofibroma. *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 168-173.
16. Garrido MC, Carrillo R, Enguita AB, Rodríguez JL. Signet-ring cell dermatofibroma. *Am J Dermatopathol* 2009; 31 (1): 84-87.

17. Kanitakis J. Keloidal dermatofibroma: Report of a rare dermatofibroma variant in a young white woman. *Am J Dermatopathol* 2013; 35 (3): 400-401.
18. Meena RK, Gautan A, Singh AM, Waikhom S, et al. Giant dermatofibroma - a rare clinical variant. *J Dent Medic Scien* 2013; 5 (1): 13-15.
19. Karlidag T, Keles E, Orhan I, Erkan M, et al. Giant ulcerative dermatofibroma. *Hindawi* 2013; 1-3. <https://doi.org/10.1155/2013/254787>.
20. Hueso L, Sanmartín O, Alfaro A, Serra C, et al. Giant dermatofibroma: Case report and review of the literature. *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98:121-4. [https://doi.org/10.1016/S1578-2190\(07\)70409-2](https://doi.org/10.1016/S1578-2190(07)70409-2).
21. Kalsi H, Rahman A, Harbol T, Sidhu J. Giant hemosiderotic dermatofibroma: the largest giant dermatofibroma reported to date. *Am J Dermatopathol* 2015; 37 (10):778-782. doi. 10.1097/DAD.0000000000000256.
22. Pinto T, Caetano M, Alves R, Selores M. Congenital multiple clustered dermatofibroma and multiple eruptive dermatofibromas unusual presentations of a common entity. *An Bras Dermatol* 2013; 88 (6): 63-66.
23. Moon A, Yooh N, Kim HS. Myxoid dermatofibroma on a great toe: a case report. *Int J Clin Exp Pathol* 2015; 8 (6): 7605-7609.
24. González D, García J, Ginarde M, Rodríguez I, et al. Ulcerated dermatofibroma with osteoclast-like giant cells. *Cutan Pathol* 2009; 36 (1): 16-19. doi. 10.1111/j.1600-0560.2009.01195.x.
25. Papalas J, Balmer NN, Wallace C, Sanguenza O. Ossifying dermatofibroma with osteoclast-like giant cells: report of a case and literature review. *Am J Dermatopathol* 2009; 31 (4): 379-83. doi. 10.1097/DAD.0b013e3181966747.
26. Moreno L, Mercadillo P. Dermatofibroma. Análisis clínico-patológico de 10 años en el servicio de dermatopatología del Hospital General de México. *Med Cutan Iber Am* 2003; 31: 367-372.

Fundación para la Dermatitis Atópica (FDA) en México

Siendo la Dermatitis Atópica uno de los padecimientos más prevalentes, crónicos en niños, y que requiere de explicaciones precisas y apoyo a la investigación, para todo eso se creó la Fundación México. Tiene como sede el prestigiado Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría, y lo lidera su jefa: la Dra. Carola Durán McKinster, y está conformado por su selecto grupo de especialistas. Sus objetivos son claros y precisos: afiliación de pacientes, dar información, conducir talleres, ayuda directa a los pacientes. Su página web es: <http://www.fundacion-dermatitis-atopica.com.mx/>

Misión y Visión de la FDA

“Su misión. Poner al alcance de los niños mexicanos con Dermatitis Atópica y sus familiares información clara, precisa y profesional sobre qué es, cómo tratar y cómo superar la enfermedad, basados en un enfoque no sólo de salud clínica sino psicológica y social.”

“Su visión. Convertir a la Fundación para la Dermatitis Atópica en la entidad de referencia más relevante del país, para dirigir y orientar tanto a pacientes y familiares, como a otras entidades clínicas y sociales que puedan identificar esta enfermedad en su entorno, a fin de brindar los cuidados clínicos y emocionales de más niños con Dermatitis Atópica, para devolverles una mejor calidad de vida que redunde en una mejor integración y un mejor desempeño de estos pequeños en su entorno social.”