

# FIBROQUERATOMA DIGITAL. CASO CLÍNICO

Raúl Vázquez Viudas<sup>1</sup>, Aída Balaciart Gadea<sup>2</sup>.

1. Diplomado en Podología. Postgrado en Investigación en Cuidados.
2. Diplomada en Podología. Master en Podología Deportiva.

## CORRESPONDENCIA

Raúl Blázquez Viudas  
C/ La Alberca, 17ª. 1ºG  
30120 El Palmar. Murcia  
clinicagade@gmail.com

## RESUMEN

Los fibroqueratomas son lesiones tumorales fibrosas, englobadas dentro de los fibromas duros, los cuales se presentan como lesiones solitarias localizadas en dedos de las manos y pies sobre todo a nivel de las articulaciones interfalángicas distales. Son de etiología desconocida, aunque muchos autores lo relacionan con pequeños traumatismos en la zona como factor etiológico y de escasa incidencia.

En el presente artículo, exponemos el caso clínico de una paciente con un fibroqueratoma digital adquirido en el primer dedo del pie derecho con un año de evolución, el cual, se le realizó una biopsia para extirpar la lesión en su totalidad y su posterior informe anatomopatológico.

## PALABRAS CLAVE

Fibroqueratoma, fibroma digital, tumor benigno, biopsia.

## ABSTRACT

The fibrokeratoma are fibrous tumor lesions, encompassed within the hard fibroids, which are presented as solitary lesions located in fingers and feet, especially at distal interphalangeal joint. Are of unknown etiology, although many authors relate to minor trauma in the etiological factor and low incidence.

In this article, we present a case of a patient with a fibrokeratoma digital acquired on the first finger of the right foot with a year of evolution, which, he performed a biopsy to remove the lesion in its entirety and subsequent pathology report.

## KEY WORDS

Fibrokeratoma, digital fibroma, benign tumor, biopsy.

## INTRODUCCIÓN

El fibroqueratoma fue descrito por primera vez por Bart y cols. en 1968<sup>1,3</sup>.

Es una lesión tumoral benigna adquirida que surge de un collarete epidérmico queratósico, que rodea su base. Se presentan como lesiones solitarias localizadas en dedos de las manos y pies sobre todo a nivel de las articulaciones interfalángicas distales, siendo de aspecto carnoso, rosado y asintomático, aunque cuando aparece en zonas de presión puede ser doloroso<sup>2</sup>.

## DEFINICIÓN

Los fibroqueratomas son lesiones tumorales fibrosas, englobadas dentro de los fibromas duros. Son tumores cutáneos benignos asintomáticos, que suelen ser de pequeño tamaño y relativamente frecuentes, de consistencia firme, encapsulados y con una superficie de corte gris perlada<sup>3,8</sup>.

Se ha descrito como localización principal en los dedos de las manos, sin embargo puede encontrarse con menor frecuencia en otros puntos anatómicos como palma o dorso de las manos, dedos del pie, muñeca, rodilla, talones y cara anterior de la pierna<sup>1,3,9</sup>.

Se trata de una lesión más frecuente en individuos a partir de la segunda década de la vida, entre 30 y 60 años, con predominio del sexo masculino<sup>2,3</sup>.

Los fibroqueratomas, tienen una incidencia del 1,3% según Castillo y cols<sup>10</sup> en el cual se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo revisándose 20.819 casos. Por el contrario en el estudio de Fragoso y cols. encontraron un incidencia del 5,2%, pero en este caso de tumores fibrosos, sin hacer distinción alguna<sup>6</sup>.

## ETIOLOGÍA

Su etiología es desconocida, aunque muchos autores lo relacionan con pequeños traumatismos en la zona como factor etiológico, pero en la mayoría de los casos, no existe esta relación<sup>1,2,7</sup>.

Su aparición suele ser repentina y su crecimiento puede ser rápido o lento, llegando a medir hasta un centímetro<sup>1</sup>.

## MORFOLOGÍA Y CLÍNICA

La lesión se presenta como una neoformación de forma semiesférica, cuya superficie está recubierta totalmente por piel normal algo sonrosada, no mostrando líneas dermatoglíficas. Muchas veces se observa en la punta una hiperqueratosis muy adherida. Surge de un collarite epidérmico queratosico descamativo que pasa casi desapercibido, presentado un tamaño desde unos pocos milímetros hasta 2 cm como máximo, pero no soliendo exceder de 1,5 cm.<sup>1,2,7</sup>

Clínicamente se trata de una lesión asintomática, pero que puede ser dolorosa cuando se traumatiza, siendo la causa más común el roce con el calzado. Su aparición más común suele ser como tipo pápula, sésil o pedunculada de color de la piel<sup>3</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para los fibroqueratomas debe realizarse un diagnóstico diferencial con las siguientes lesiones: liquen simple crónico, tumor de Koenen, quistes mixoides digitales, verruga vulgar, fibroma de vaina tendinosa, cuerno cutáneo, poroma crino, queloides<sup>1,2,7,8,10</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 40 años de edad sexo masculino que acude a consulta, por presentar una neoformación en el borde lateral del eponiquio del canal peroneal de la uña del primer dedo del pie derecho, con un año de evolución, presentando en la exploración clínica molestias a la palpación directa y en la práctica deportiva por el roce del calzado.

No padece ninguna enfermedad, ni alergias conocidas y actualmente no toma medicación. Como antecedentes podológicos presenta esguinces de repetición y rotura del malleolo peroneal del pie izquierdo.

### DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

Neoformación con aspecto de apéndice digitiforme con hiperqueratosis en su extremo libre, de color ligeramente sonrosado y de consistencia semi-dura, en el borde lateral

del eponiquio del canal peroneal de la uña del primer dedo del pie derecho. (Foto 1)



Foto 1: Aspecto inicial de la lesión.

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



Foto 2: Radiografía dorso-plantar del 1º dedo pie derecho.

El diagnóstico se realizó en base a la anamnesis del paciente y la clínica que presentaba. Se solicitó la realización de dos radiografías, una dorso-plantar del dedo y otra lateral, para descartar patología ósea subyacente. En este caso el paciente presentaba una exostosis en condilo medial de la falange distal de dicho dedo, pero al ser un diagnóstico casual y sin sintomatología dolorosa no se trató. (Foto 2)

Por tanto, se le propuso al paciente la extirpación quirúrgica mediante punch de biopsia de la lesión y mandar analizar la muestra a anatomía patológica para confirmar el diagnóstico preciso de la misma.

## PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Previa asepsia del pie derecho, se realiza un bloqueo digital anestésico en H de Frost con Mepivacaina al 2% s.v.c. A continuación, se procede a la colocación del torniquete para realizar la hemostasia del dedo mediante venda de Smarch.

Seguidamente, se procede a la extirpación de la lesión mediante un punch de biopsia de 6 mm de diámetro, sin profundizar mucho, para no dañar la matriz ungueal y así poder evitar posibles cambios en la morfología de la uña, ya que la lesión está situada encima de la matriz ungueal. (Foto 3 y 4)



Foto 3: Eliminación de la lesión.



Foto 4: Eliminación de la total de la lesión.

Referente a los punch de biopsia, estos tienen un rango de tallas que van desde los 2 a los 10 mm de diámetro. En Podología, los tamaños más usados son los de 3-6 mm, en función del tipo, tamaño y localización de la lesión<sup>11,13</sup>.

Una vez retirada por completo la lesión, realizando este proceso de forma muy cuidadosa para no dañar la muestra, deberá colocarse inmediatamente en una dilución de formol, para ello colocaremos la muestra en un recipiente estéril donde previamente habremos vertido dicha dilución de formol en agua destilada a concentración de 1/10 (un volu-

men de formol por 10 de agua) y la cantidad de formol debe ser diez veces el tamaño de la lesión ( si la lesión tiene 1 cc el volumen de formol disuelto será de 10cc)<sup>11, 12</sup>. En el informe que se adjunta con la muestra para anatomía patológica, harán de constar los datos clínicos y de localización de la lesión, el tipo de biopsia realizada y la fecha de toma de la misma. Además se debe incluir el diagnóstico de presunción y posibles diagnósticos diferenciales<sup>12, 13</sup>.

Para finalizar, se procedió a curar la lesión biopsiada con pomada cicatrizante antibiótica, malla grasa, Melolin® y vendaje cohesivo del primer dedo. Por norma general, siendo las biopsias con sacabocados iguales o mayores a 4 mm de diámetro deben suturarse<sup>11</sup>, pero en este caso, no se procedió a dar puntos de sutura en la lesión, ya que no se profundizó mucho a la hora de realizar la biopsia y dejamos que cicatrizase por segunda intención.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

Resultado informe de anatomía patológica: (Foto 5)

Descripción microscópica: Epidermis con leve papilomatosis e hiperqueratosis que presenta en dermis un tejido conectivo compuesto por fibras de colágeno en vasos dilatados.



Foto 5: Imagen patológica de anatomía del Fibroqueratoma.

Diagnóstico: Compatible con fibroqueratoma digital. No hay evidencia de malignidad.

## REVISIONES Y CURAS

Una vez realizada la primera cura a las 4 días de la intervención (Foto 6), se le pauto al paciente, curas diarias con pomada cicatrizante antibiótica y posterior revisión a los 7 días, en el cual, la lesión ya estaba completamente cicatrizada (Foto 7) procediendo al alta definitiva del paciente sin complicaciones y con un postoperatorio indoloro. Por último, se realizó una revisión de control transcurridos 7 meses desde la intervención (Foto 8), estando la zona en perfecto estado y sin existir recidivas de la lesión.



FOTO 6: Aspecto de la herida, cicatrizando mediante segunda intención, a los 4 días de la intervención.



FOTO 7: Estado de la herida completamente cicatrizada a los 20 días.



Foto 8: Aspecto final a los 7 meses de la intervención.

## CONCLUSIONES

Este tipo de lesión es relativamente frecuente pero con escasa incidencia a nivel del pie, por lo tanto, su diagnóstico puede realizarse con toda certeza, pero necesita de la anatomía patológica para una confirmación exacta, siendo esta la prueba Gold Standard.

Los fibroqueratomas, sólo pueden ser eliminados definitivamente mediante la extirpación de la lesión de forma quirúrgica.

La evolución postoperatoria inmediata del caso clínico, no tuvo complicaciones, presentando una buena cicatrización, siendo la extirpación quirúrgica mediante punch un tratamiento de elección.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mora Ruíz S, Pérez Cortés S, Novales Santa J. Fibroqueratoma digital adquirido. Reporte de un caso con morfología no característica. Rev Cent Dermatol Pascua 2003; 12 (2): 84-86.
2. López López D, López López L, Barriuso Cao M, Álvarez-Calderón Iglesias O, Fornos Veitez B. Fibroqueratoma periungueal adquirido: tratamiento quirúrgico. Revista Internacional de Ciencias Podológicas. Vol. 1, Núm. 2, 2007, 47-53.
3. Armando Betanzos J, Inés Castro R, César Salinas. Fibroqueratoma digital adquirido. Dermatol Pediatr Lat 2007; 5(1): 57-59.
4. Peyri Rey J. Alteraciones de las uñas. [Artículo en Internet] Citado 12 de febrero de 2010 (111-117) Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/Guias/Alteraciones%20de%20las%20u%F1as%20en%20Pediatria.pdf>
5. Marín Muñoz MD, García Carmona FJ. Neoplasias cutáneas: Caso Clínico. Revista Sesiones Clínicas Podológica 2003; 1.
6. Frago GUTIÉRREZ AS, Medina Bojórquez A, Gutiérrez Vidrio RM, Novales Santa Coloma J, Navarrete Franco G, Ramos Garibay A, Torres González S, Alcalá Pérez D. Tumores cutáneos benignos: correlación clínico-patológica en el servicio de dermatooncología del Centro Dermatológico Pascua de 1995 al 2004. Dermatología Rev Mex 2006; 50: 9-19.
7. Córdoba Fernández, A.; Lafuente Sotillos, G.; Juárez Jiménez, J.M.; Fibroqueratoma digital adquirido. Revista Española de Podología 1998; IX (8): 415-421.
8. Vázquez Doval, FJ. Atlas de enfermedades de las uñas. Barcelona: ESMONpharma, 92.
9. White, G. Atlas Levene de Dermatología. 2th ED. Madrid: Harcourt, 215.
10. David Castillo, Olga Zerpa, Nahir Loyo, Carmen López, Margarita Oliver. Histopatología del Cuerno Cutáneo: Estudio Retrospectivo de 77 Casos. Derm Venez 2002; 40: 65-69.
11. Martos Medina D, Morillas Suárez C, Torre Latorre MA. Métodos para la realización de biopsias en podología. [Inédito]
12. Iglesias, M.E.; Becerro de Bengoa Vallejo, R.; Santamaría Rebollo, E.; Palomo López, P.; Biopsia de la uña: indicaciones y métodos. Revista Española de Podología 2004; XV (4) : 172-183.
13. Hernández Toledo, J.; García Carmona, F.J.; Hernández Sánchez, S.; La biopsia en podología. Podología clínica 2009; 10(3): 68-83.