



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Nódulo pétreo subcutáneo



### Stony-hard Subcutaneous Nodule

#### Historia clínica

Una mujer de 78 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, fue remitida a Dermatología para valoración por un nódulo de más de 10 años de evolución, localizado en el tercio proximal del antebrazo derecho, que no provocaba dolor pero sí discretas molestias con traumatismos y manipulación.

#### Exploración física

A la exploración presentaba un pequeño nódulo subcutáneo de unos 7 mm, de consistencia dura, bien delimitado, adherido a planos profundos y que parecía movilizarse con la contracción muscular.

#### Histopatología

El estudio histopatológico (fig. 1) reveló una masa subcutánea constituida por células fibroblásticas de núcleos ovoides con nucléolos prominentes. Además, se apreciaban áreas calcificadas, así como focos de metaplasia condroide.

#### Otras pruebas complementarias

Se realizó en el momento de la consulta una ecografía cutánea (fig. 2) que mostró una lesión ovoide, heterogénea, bien delimitada, con áreas hiperecoicas en su interior, en claro contacto con la musculatura subyacente de la que parecía depender. El estudio doppler no mostró aumento de vascularización ni intra ni perilesional.

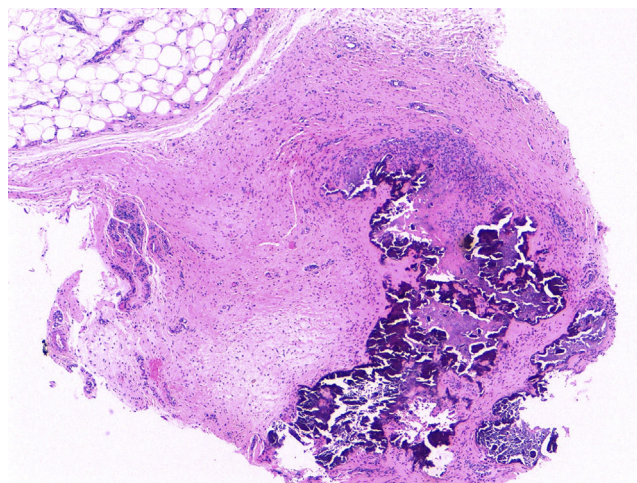


Figura 1 Hematoxilina-eosina  $\times 4$ .

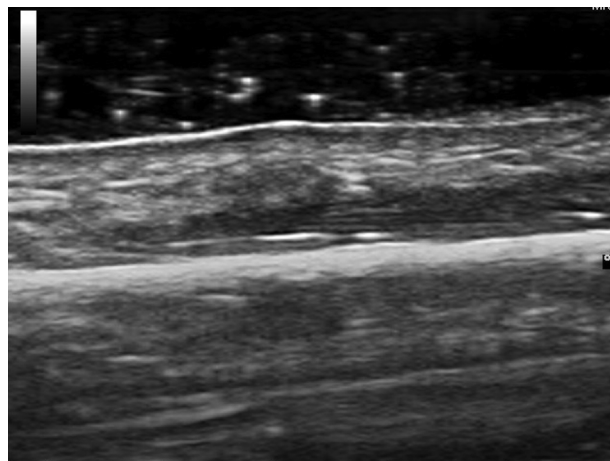


Figura 2

¿Cuál es su diagnóstico?

## Diagnóstico

Fibroma calcificante aponeurótico.

## Evolución y tratamiento

Se realizó exéresis del nódulo y cierre directo del defecto, sin ninguna complicación. La paciente se mantuvo asintomática y sin recidiva.

## Comentario

El fibroma calcificante aponeurótico es una tumoración de carácter benigno descrita por primera vez en 1953. Clásicamente se ha considerado más frecuente en niños o adolescentes. Se ha descrito su aparición en un amplio rango de edad, que llega hasta los 69 años<sup>1</sup>, habiendo sido mayor en nuestra paciente con 78 años. Suele encontrarse en la parte más distal de las extremidades, aunque se han descrito casos con localizaciones menos frecuentes<sup>2</sup>.

Clínicamente se manifiesta como una tumoración dura que no depende de la piel subyacente y que sufre un crecimiento lentamente progresivo durante años, siendo completamente asintomático, salvo en aquellos casos en los que puede llegar a producir sintomatología por compresión de estructuras adyacentes<sup>3</sup>.

El diagnóstico se basa en una combinación de hallazgos clínicos y de pruebas de imagen. Radiológicamente se suele apreciar una masa de tejidos blandos con focos de calcificación irregular en su interior, y ecográficamente se ha descrito un caso<sup>4</sup> como una masa lobulada bien delimitada con puntos hiperecoicos en su interior. Además, se han descrito también los hallazgos mediante TAC o mediante RMN<sup>1,5</sup>. No obstante, aunque las pruebas de imagen pueden orientar, el diagnóstico de certeza provendrá siempre del estudio histopatológico de la pieza, ya sea por biopsia parcial o tras la exéresis completa. Este mostrará una tumoración compuesta por fibroblastos de núcleos redondos u ovoides con tendencia a la infiltración de tejidos periféricos<sup>1,2</sup>. Además, suele apreciarse una metaplasia condroide junto a focos de clara calcificación. El diagnóstico

diferencial dependerá de la localización, pero debe incluir el condroma, la fibromatosis palmoplantar, el pilomatrixoma e incluso una fibromatosis agresiva o un sarcoma sinovial.

El tratamiento de elección es la exéresis completa de la lesión. No obstante, se ha descrito una alta probabilidad de recurrencia, ya que muchas veces su carácter infiltrativo impide la exéresis completa.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Kim OH, Kim YM. Calcifying aponeurotic fibroma: Case report with radiographic and MR features. *Korean J Radiol.* 2014;15:134-9.
2. Takaku M, Hashimoto I, Nakanishi H, Kurashiki T. Calcifying aponeurotic fibroma of the elbow: A case report. *J Med Invest.* 2011;58:159-62.
3. Kim DH, Hwang M, Lee JI, Park JW. Acute median-nerve compression caused by calcifying aponeurotic fibroma. *Am J Phys Med Rehabil.* 2006;85:1017-8.
4. Choi SJ, Ahn JH, Kang G, Lee JH, Park MS, Ryu DS, et al. Calcifying aponeurotic fibroma with osseous involvement of the finger: A case report with radiologic and US findings. *Korean J Radiol.* 2008;9:91-3.
5. Nishio J, Inamitsu H, Iwasaki H, Hayashi H, Naito M. Calcifying aponeurotic fibroma of the finger in an elderly patient: CT and MRI findings with pathologic correlation. *Exp Ther Med.* 2014;8:841-3.

J.F. Millán-Cayetano<sup>a,\*</sup>, I.C. Abitei<sup>b</sup>, P. García-Montero<sup>a</sup> y L. Padilla-España<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jf.millancayetano@gmail.com](mailto:jf.millancayetano@gmail.com) (J.F. Millán-Cayetano).