



# Anais Brasileiros de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br



## CARTAS - INVESTIGAÇÃO

### Dermatofibroma: análise clinicopatológica de 239 casos<sup>☆,☆☆</sup>

Prezado Editor,

Dermatofibroma é um dos tumores benignos de tecidos moles cutâneos mais frequentes, geralmente localizado nas extremidades. As lesões costumam apresentar-se como nódulos cutâneos firmes, acastanhados, elevados e solitários. Na histopatologia, o dermatofibroma é caracterizado pela proliferação de células fusiformes, fibroblásticas e his-

tiocitoides, uniformes em padrão estoriforme.<sup>1,2</sup> Existem subvariantes de dermatofibroma que são observadas com menos frequência. Esses são os subtipos lipidizado, aneurismático, hemossiderótico, celular, de células claras, atrófico, epitelióide e esclerótico.<sup>2,3</sup> Raramente, também pode se apresentar apenas na forma subcutânea, sem comprometer as camadas mais superficiais da pele.<sup>4</sup>

O dermatofibroma comum é observado com frequência enquanto as variantes raras correspondem a 20% dos dermatofibromas avaliados histopatologicamente.<sup>2</sup> Subtipos diferentes do dermatofibroma comum podem ter manifestações clínicas diferentes e podem causar dificul-

**Tabela 1** Características clínicas e histopatológicas de pacientes com dermatofibroma

		Mín-máx	Mediana	Média ± desvio padrão	
Idade		12,0-72,0	40,0	40,77 ± 12,92	
Tamanho (mm)		2,0-45,0	5,0	7,05 ± 6,31	
Gênero	Feminino			142	61,2
	Masculino			90	38,7
Localização	Extremidade inferior			121	50,8
	Extremidade superior			84	35,2
	Tronco			29	12,1
	Face			4	1,6
Diagnóstico diferencial clínico incluindo DF	(-)			30	12,5
	(+)			209	87,4
Histopatologia clássica de DF	(-)			36	15
	(+)			203	84,9
Variante histopatológica	Clássica			203	84,9
	Atrófica			18	7,5
	Celular			11	4,6
	Aneurismática			2	0,8
	Lipidizada			4	1,6
Esclerótica			1	0,4	

DF, dermatofibroma.

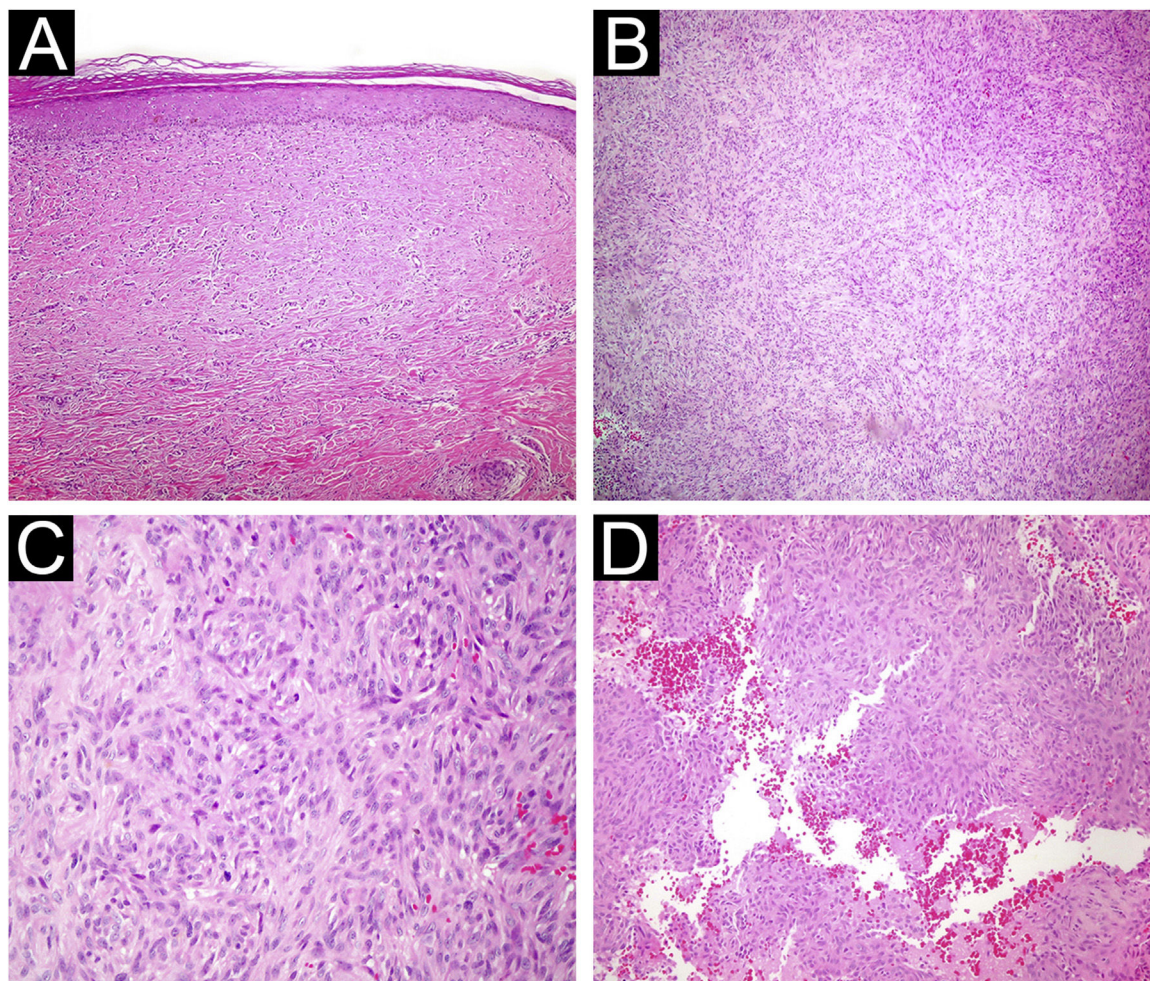
DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.03.012>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Erdil Dİ, Leblebici C, Erdil D, Manav V, Erdemir VA, Aksu AE. Dermatofibroma: clinicopathological analysis of 239 cases. An Bras Dermatol. 2025;100. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.03.012>

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, İstanbul Training and Research Hospital, Istambul, Turquia.

2666-2752/© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



**Figura 1** (A) Dermatofibroma atrófico. A lesão é hipocelular e exhibe hialinização acentuada (Hematoxilina & eosina, 200 × ). (B) Dermatofibroma celular com celularidade acentuada (Hematoxilina & eosina, 100 × ). (C) Dermatofibroma celular mostrando mitoses proeminentes (Hematoxilina & eosina, 400 × ). (D) Histiocitoma fibroso aneurismático. Espaços císticos repletos de hemácias são observados dentro da lesão (Hematoxilina & eosina, 200 × ).

dade no diagnóstico diferencial. Assim, o presente estudo objetivou a avaliação clinicopatológica de casos diagnosticados como dermatofibroma. Foi feita avaliação aprofundada de variantes pouco frequentes, de seu diagnóstico diferencial e de como conseguir o diagnóstico dermatológico correto dessas variantes.

Foram avaliados retrospectivamente os prontuários médicos de 239 casos de dermatofibroma de 232 pacientes com diagnóstico clínico e histopatológico em uma clínica dermatológica entre os anos de 2012 a 2021. Pacientes com diagnósticos clínicos ou histopatológicos suspeitos ou que não tinham fotografia clínica foram excluídos do estudo. As seguintes características foram registradas:

Características demográficas: idade, gênero.

Características clínicas: tipo de dermatofibroma, localização e cor das lesões.

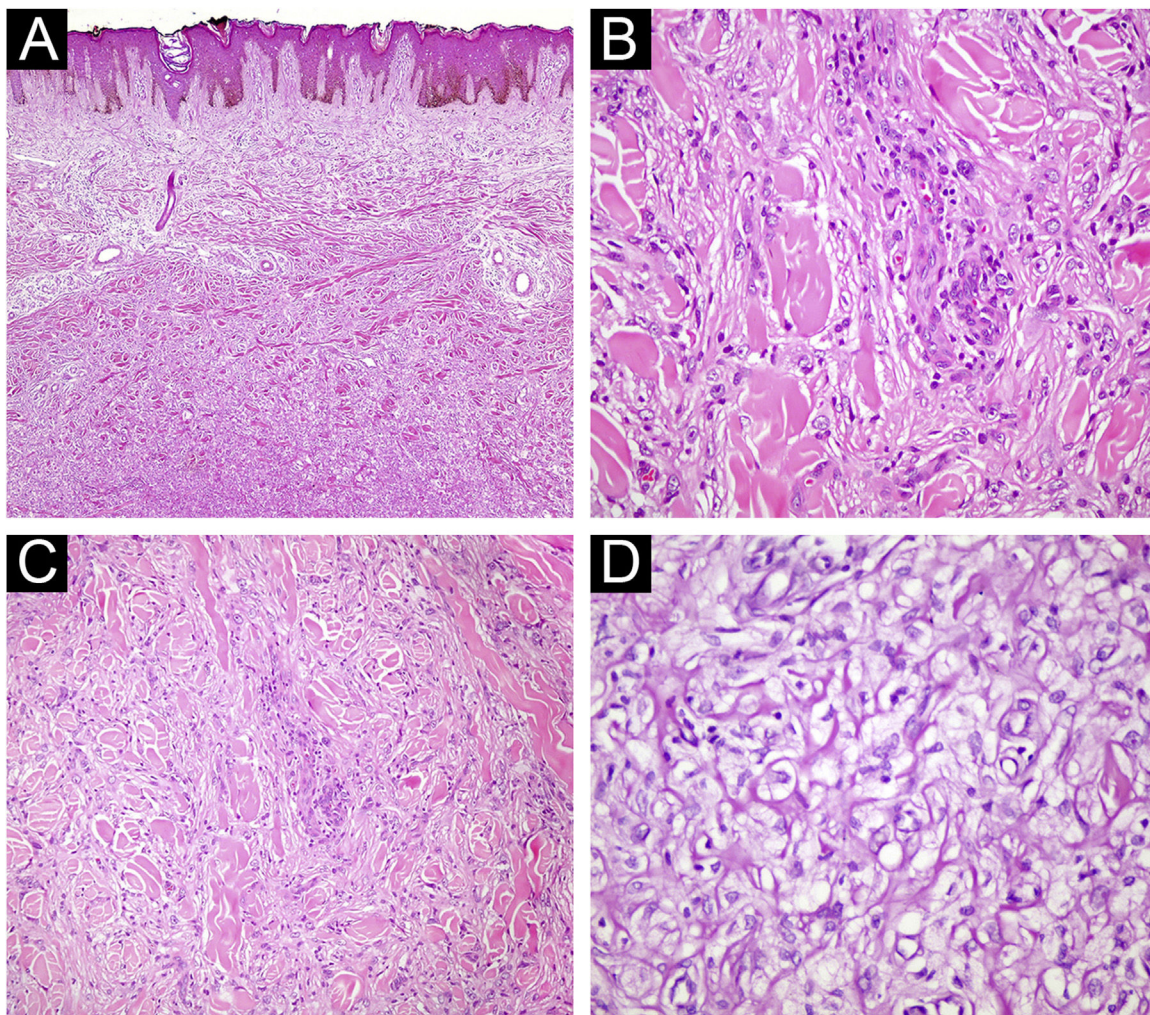
Características histopatológicas: subtipo do dermatofibroma.

Método estatístico: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo, máximo, frequência e valores de razão foram utilizados na estatística descritiva dos dados. A distribuição das

variáveis foi medida com o teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste *U* de Mann-Whitney foi usado na análise de dados quantitativos independentes. O teste qui-quadrado foi usado para analisar dados qualitativos independentes, e o teste exato de Fisher foi usado quando as condições do teste qui-quadrado não foram atendidas. O programa SPSS 28.0 foi usado na análise estatística.

Os resultados de 239 casos de dermatofibroma de 232 pacientes foram incluídos no presente estudo. As características demográficas, clínicas e histopatológicas dos pacientes são mostradas na [tabela 1](#). Um total de 61,2% dos pacientes eram mulheres e 38,7% eram homens, com média de idade de  $40,7 \pm 12,9$  anos. O local mais comum de envolvimento foi a extremidade inferior (50,8%), seguido pelo envolvimento da extremidade superior, com 35,2%. As lesões tinham tamanho médio de  $7 \pm 6,3$  mm. Na histopatologia, 84,9% dos casos eram de subtipos comuns, seguidos por 7,5% de atróficos, 4,6% celulares, 1,6% lipidizados, 0,8% aneurismáticos e 0,4% escleróticos ([figs. 1-3](#)).

O dermatofibroma foi considerado o primeiro diagnóstico em 87,4% dos casos, enquanto em 12,5% dos casos ele não



**Figura 2** (A) Histiocitoma fibroso com características atípicas. Pleomorfismo nuclear acentuado é evidente (Hematoxilina & eosina, 200 × ). (B) Histiocitoma fibroso com características atípicas. Núcleos pleomórficos são observados (Hematoxilina & eosina, 400 × ). (C) Histiocitoma fibroso lipidizado. Hialinização significativa é perceptível na lesão (Hematoxilina & eosina, 40 × ). (D) Aspecto espumoso no citoplasma de células do dermatofibroma (Hematoxilina & eosina, 400 × ).

estava entre os diagnósticos preliminares. Os diagnósticos diferenciais mais comumente considerados foram granuloma por corpo estranho, prurigo nodular, pilomatricoma, queiloide e dermatofibrosarcoma *protuberans* (DFSP) em ordem decrescente (fig. 4).

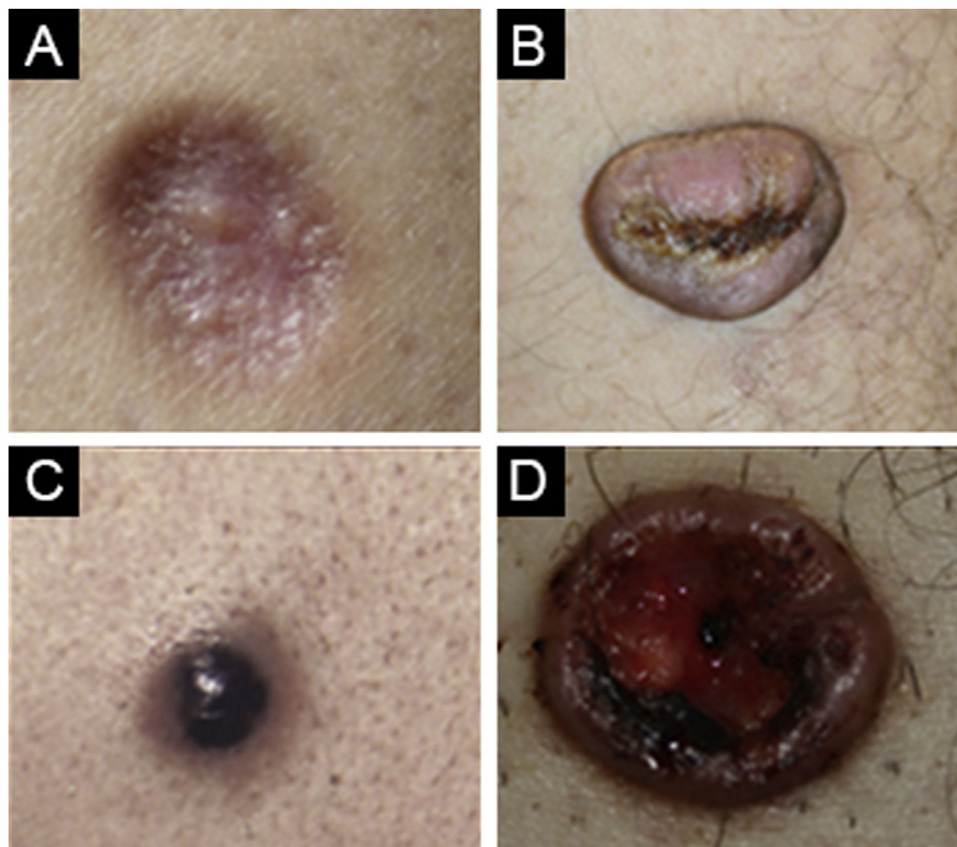
A idade, o gênero dos pacientes e o tamanho da lesão não diferiram significativamente ( $p > 0,05$ ) entre os grupos com e sem histopatologia clássica (HP). A idade dos pacientes no grupo com diagnóstico diferencial de DF foi significativamente menor ( $p < 0,05$ ) em comparação com o grupo sem DF no diagnóstico diferencial. A distribuição por gênero não diferiu significativamente entre os grupos com e sem diagnóstico diferencial de DF ( $p > 0,05$ ). O tamanho da lesão foi significativamente maior no grupo com pré-diagnóstico de DF do que no grupo sem pré-diagnóstico de DF ( $p < 0,05$ ). A taxa de padrão histopatológico comum no grupo com diagnóstico diferencial de DF foi significativamente maior ( $p < 0,05$ ) do que no grupo sem diagnóstico diferencial de DF (tabela 2).

O dermatofibroma é um dos tumores benignos de pele mais comuns encontrados na prática clínica. Embora seu

diagnóstico seja relativamente simples na forma comum, o diagnóstico pode ser desafiador nos casos em que a histopatologia evidencia subtipos raros. No presente estudo, variantes raras foram observadas a uma taxa de 15%. Foi relatado na literatura que dermatofibromas podem imitar muitas lesões diferentes, exibindo diferentes cores e vários espectros clínicos. Granuloma por corpo estranho, prurigo nodular e pilomatricoma foram os diagnósticos diferenciais mais comuns na prática clínica dos autores.

Em um estudo que incluiu 30 histiocitomas fibrosos aneurismáticos, frequentemente foram considerados no diagnóstico inicial: nevo intradérmico, leiomioma ou tumor vascular benigno. Trombose focal e deposição de hemossiderina foram considerados os fatores que afetam a cor da apresentação.<sup>5</sup> De maneira similar, no presente estudo, um caso de histiocitoma fibroso aneurismático apresentou-se com coloração preta e causou dificuldades no diagnóstico diferencial.

O dermatofibroma lipidizado pode ter a forma de um grande nódulo amarelo exófitico, geralmente ao redor do



**Figura 3** (A) Dermatofibroma atrófico. (B) Dermatofibroma celular. (C) Dermatofibroma aneurismático. (D) Dermatofibroma lipídizado.

**Tabela 2** Diagnóstico de dermatofibroma de acordo com variáveis clínicas

		Pré-diagnóstico de DF - (n = 40)		Pré-diagnóstico de DF + (n = 209)		
		Média ± DP/n (%)	Mediana	Média ± DP/n (%)	Mediana	p
Idade		47,21 ± 13,73	50,0	39,85 ± 12,56	39,0	0,005 <sup>a</sup>
Gênero	Feminino	15 (38,5%)		127 (62,6%)		0,263 <sup>b</sup>
	Masculino	14 (35,9%)		76 (37,4%)		
Tamanho		5,17 ± 4,24	4,0	7,33 ± 6,51	5,0	0,043 <sup>a</sup>
DF Clássico	(-)	11 (36,7%)		25 (12,0%)		0,000 <sup>b</sup>
	(+)	19 (63,3%)		184 (88,0%)		

<sup>a</sup> Teste U de Mann-Whitney.

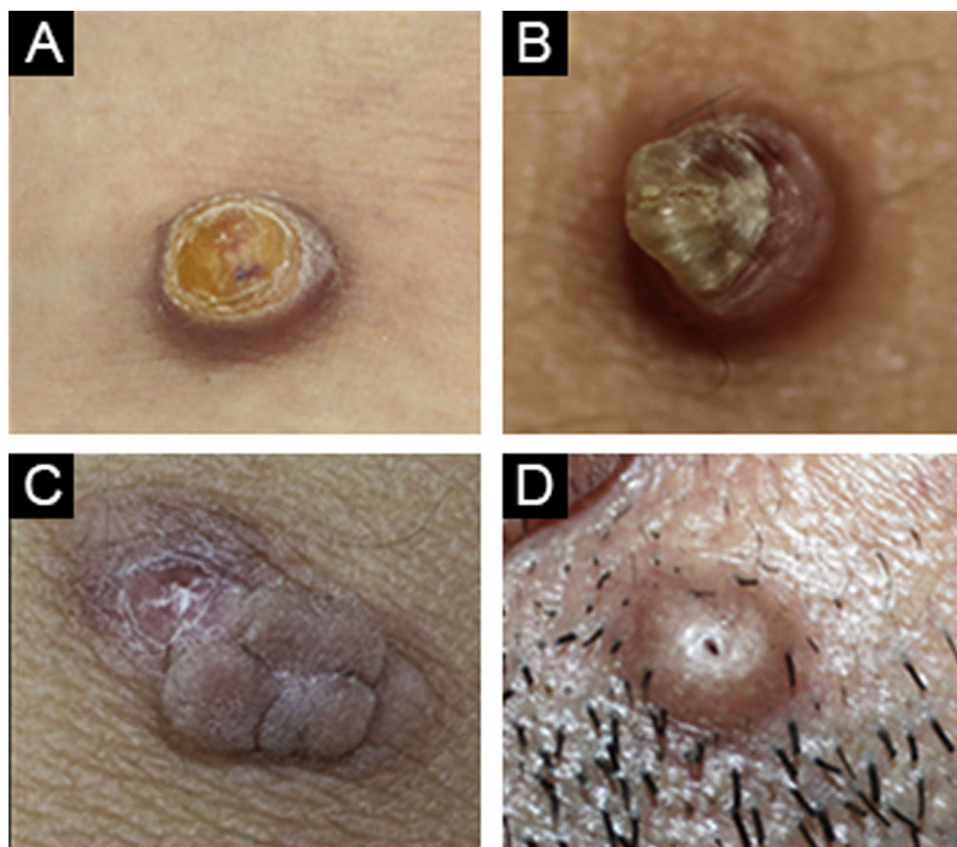
<sup>b</sup> Teste de qui-quadrado.

tornozelo, e pode ser clinicamente confundido com xantogranuloma juvenil. O dermatofibroma lipidizado costuma afetar a extremidade inferior, enquanto o xantogranuloma juvenil afeta a região da cabeça e pescoço.<sup>2,6</sup> Todos os casos de dermatofibroma lipidizado no presente relato estavam localizados nas extremidades inferiores.

A diferenciação entre dermatofibroma celular e DFSP é muito relevante. Uma de suas características distintivas é que ele pode afetar clinicamente diferentes localizações, como face, mãos e pés, além das extremidades.<sup>7</sup> A imunomarcação com antígeno de célula progenitora humana (CD34) varia entre 50% e 100% no DFSP, enquanto a imunomarcação focal com CD34 pode ser detectada em <20% no DF.<sup>8</sup> Em estudo recente, foi observado necrose

do tecido adiposo e infiltrado linfocítico em todos os casos de dermatofibroma celular, e sua ausência em casos de DFSP pode ser útil no diagnóstico histopatológico.<sup>9</sup> Enquanto o dermatofibroma foi considerado o diagnóstico inicial em 87,0% dos casos, em 12,5% dos casos ele não estava entre os diagnósticos. E, 17,0% deles eram casos de dermatofibroma celular. Portanto, é essencial considerar o diagnóstico diferencial com DFSP ou outras neoplasias malignas.

A principal limitação do presente estudo é seu desenho retrospectivo. Entretanto, ter as fotografias de todos os pacientes tornou a avaliação clínica possível. A ausência de outros subtipos histopatológicos raros de dermatofibroma pode ser outra limitação do presente estudo.



**Figura 4** (A) Caso de dermatofibroma celular com pré-diagnóstico de poroma écrino. (B) Caso de dermatofibroma comum com pré-diagnóstico de ceratoacantoma. (C) Caso de dermatofibroma celular com pré-diagnóstico de acrocórdon com irritação cutânea. (D) Caso comum de dermatofibroma com pré-diagnóstico de tricofoliculoma.

O dermatofibroma é um dos tumores benignos de tecidos moles mais comuns com diagnóstico direto. Por outro lado, reconhecer as variantes raras do dermatofibroma pode ajudar os clínicos a diferenciá-lo dos imitadores.

### Contribuição dos autores

Dilara Ilhan Erdil: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura, obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística, concepção e planejamento do estudo.

Cem Leblebici: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Duygu Erdil: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Vildan Manav: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Vefa Aslı Erdemir: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Ayşe Esra Koku Aksu: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Han TY, Chang HS, Lee JH, Lee WM, Son SJ. A clinical and histopathological study of 122 cases of dermatofibroma (benign fibrous histiocytoma). *Ann Dermatol.* 2011;23:185–92.
2. Alves JV, Matos DM, Barreiros HF, Bartolo EA. Variants of dermatofibroma - a histopathological study. *An Bras Dermatol.* 2014;89:472–7.
3. Felty CC, Linos K. Epithelioid fibrous histiocytoma: a concise review. *Am J. Dermatopathol.* 2019;41:879–83.
4. Lee WJ, Jung JM, Won CH, Chang SE, Choi JH, Moon KC, et al. Clinical and histological patterns of dermatofibroma without gross skin surface change: a comparative study with conventional dermatofibroma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2015;81:263–9.
5. Nabatanzi A, Male M, Qu XY, Li YQ, Meng X, Di WS, et al. Aneurysmal fibrous histiocytoma: clinicopathology analysis of 30 cases of a rare variant of cutaneous fibrohistiocytoma. *Curr Med Sci.* 2019;39:134–7.
6. Seo JK, Shin EJ, Jeong KH, Shin MK. Lipidized fibrous histiocytoma: differential diagnosis from juvenile xanthogranuloma. *Ann Dermatol.* 2019;31:254–6.
7. Luzar B, Calonje E. Cutaneous fibrohistiocytic tumours - an update. *Histopathology.* 2010;56:148–65.
8. Abenoza P, Lillemoe T. CD34 and factor XIIIa in the differential diagnosis of dermatofibroma and dermatofibrosarcoma protuberans. *Am J Dermatopathol.* 1993;15:429–34.
9. Schechter SA, Bresler SC, Patel RM. Fat necrosis with an associated lymphocytic infiltrate represents a histopathologic clue that distinguishes cellular dermatofibroma from dermatofibrosarcoma protuberans. *J Cutan Pathol.* 2020;47:913–6.

Dilara İlhan Erdil <sup>a,\*</sup>, Cem Leblebici <sup>b</sup>,  
Duygu Erdil <sup>a</sup>, Vildan Manav <sup>a</sup>, Vefa Aslı Erdemir <sup>c</sup>  
e Ayşe Esra Koku Aksu <sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Dermatologia, İstanbul Training and Research Hospital, University of Health Sciences, İstanbul, Turquia*

<sup>b</sup> *Departamento de Patologia, İstanbul Training and Research Hospital, University of Health Sciences, İstanbul, Turquia*

<sup>c</sup> *Departamento de Dermatologia, İstanbul Medeniyet University, İstanbul, Turquia*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [dilara2021@gmail.com](mailto:dilara2021@gmail.com) (D.İ. Erdil).

Recebido em 24 de outubro de 2023; aceito em 17 de março de 2024