

CASO CLÍNICO

Queratoacantoma: Comunicación de un caso

Norma Aguirre,* Jessica López,** Juan Carlos Garcés,*** Enrique Úraga****

- * R2 Posgrado Dermatología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- ** Médico Dermatólogo del Centro Dermatológico “Dr. Úraga”
- *** Médico Patólogo del Hospital “Luis Vernaza” de Guayaquil.
- **** Director del Posgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Jefe del Departamento de Dermatología del Hospital “Luis Vernaza” Director del Centro Dermatológico “Dr. Úraga”

RESUMEN

El queratoacantoma (QA) es un tumor epitelial cutáneo, de crecimiento rápido cuya evolución es habitual es la resolución espontánea. La etiología es multifactorial, se presenta clásicamente en áreas fotoexpuestas de adultos mayores. Se describe el caso de una paciente femenina de 55 años de edad, con antecedentes personales de hipotiroidismo y antecedentes familiares de cáncer de piel, que presentó lesión papular de aspecto perlado de 3mm de diámetro localizado en parte superior de tórax anterior, de 2 semanas de evolución, ante la sospecha clínica se realizó dermatoscopia y estudio histopatológico donde se confirmó el diagnóstico de queratoacantoma para lo cual se realizó la extirpación quirúrgica temprana de la lesión en su totalidad.

Palabras claves: Queratoacantoma

ABSTRACT

Keratoacanthoma is a cutaneous epithelial tumor, with rapid growth and spontaneous resolution. The etiology is multifactorial, it is classically presented in photoexposed areas of older adults. We describe the case of a 55-year-old female patient with a personal history of hypothyroidism and a family history of skin cancer, who presented a pearly-looking papular lesion of 3 mm in diameter located in the upper part of the anterior chest, of 2 weeks evolution. Suspecting molluscum contagiosum vs keratoacanthoma, a dermoscopy and histopathological study were performed, where the diagnosis of keratoacanthoma was confirmed, for which the early surgical removal of the lesion was carried out in its entirety.

Keywords: keratoacanthoma, molluscum contagiosum

INTRODUCCIÓN

El queratoacantoma es una neoplasia epitelial cutánea, queratinizante, de crecimiento rápido y con tendencia a la involución espontánea; fue descrito por primera vez por Hutchison en 1889 y desde entonces su nosología y clasificación sigue siendo un tema controvertido; considerado por algunos autores como una variante de carcinoma de células escamosas y por otros como una entidad benigna. Afecta por igual a ambos sexos, quizá con un ligero predominio en hombres de raza blanca, entre la quinta y sexta década de la vida.^{1,2}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 55 años de edad, con antecedentes personales de hipotiroidismo y antecedentes familiares de cáncer de piel, que presentó pápula de aspecto perlada, de superficie lisa, brillante, de 3 mm de diámetro, de aproximadamente dos semanas de evolución, localizado en parte superior de tórax anterior. (Figura 1). Ante la sospecha de molusco contagioso vs queratoacantoma se realiza dermatoscopia donde se observó tapón de queratina, vasos radiados irregulares, cuerpos blanquecinos y rodete pigmentado (Figura 2), se realizó estudio histopatológico que informa epidermis acantótica, papilomatosis, hiperqueratosis, cráter con material corneo y dermis con infiltrado mononuclear intenso con lo cual confirmamos el diagnóstico de queratoacantoma (Figura 3). Se realizó extirpación quirúrgica temprana de la lesión en su totalidad con mínima cicatriz y excelente resultado estético).



Figura 1. Pápula perlada localizada en región superior de tórax.

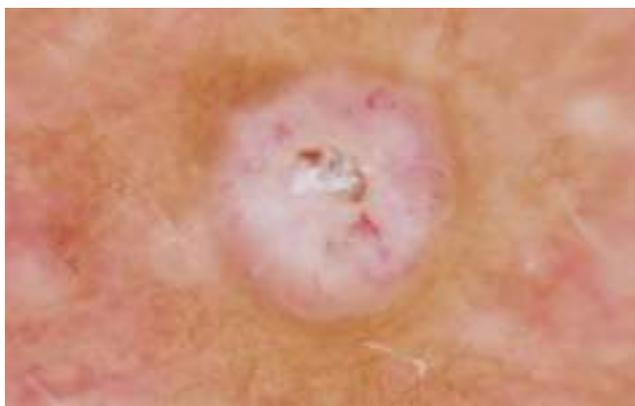


Figura 2. Dermatoscopia: tapón de queratina, vasos radiados irregulares, cuerpos blanquecinos, rodete pigmentado.

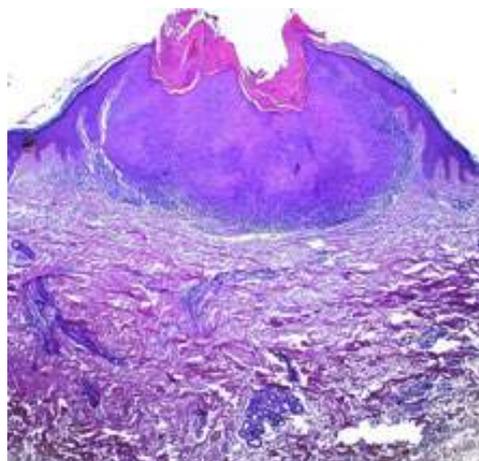


Figura 3. Papilomatosis, hiperqueratosis, cráter con material corneo, infiltrado mononuclear intenso.

DISCUSIÓN

Queratoacantoma tumor epitelial caracterizado por su rápido crecimiento y tendencia a la involución espontánea, para algunos autores es considerado una variante de carcinoma de células escamosas mientras que otros lo consideran una entidad diferente con un comportamiento biológico peculiar.^{3,4} Se desarrollan principalmente en individuos de edad avanzada, particularmente entre la quinta, sexta y séptima década de vida, siendo más frecuente en varones de raza blanca.⁵

Su etiopatogenia es multifactorial: la exposición crónica a la luz ultravioleta (UV), tratamiento prolongado con psoraleno y luz ultravioleta A (PUVA), trabajo con alquitranes y otros productos químicos menos frecuente su asociación con el virus del Papiloma Humano (VPH), ingesta de aceites minerales, consumo de tabaco, traumatismo, radioterapia, criocirugía o posterior a cirugía micrográfica de Mohs.^{2,6} La predisposición genética representa un papel importante en la expresión del queratoacantoma de tipo familiar.

Otros factores incluyen xeroderma pigmentoso y estados de inmunosupresión donde los queratoacantomas muestran tendencia a tener un crecimiento más agresivo, recidiva precoz e incluso transformación a carcinoma epidermoide.⁶

Los QA tienden a ser solitarios y aparecen a menudo en la piel fotoexpuesta de la cara, antebrazos y el dorso de las manos.² Se describieron tres estadios clínicos de desarrollo, el primer o de proliferación se presenta como pápula firme, eritematosa, que crece rápidamente, alcanzando un tamaño de 1-2 cm. En el segundo estadio o de maduración donde la lesión deja de

crecer y aparece como un nódulo hemisférico sobreelevado, eritematoso, de base estrangulada con centro queratósico, umbilicada;⁶ Ghadially dividió los queratoacantomas maduros en tres tipos morfológicos principales: tipo 1 o en forma de brote, tipo 2 o cupuliforme y tipo 3 o en forma de fresa.² Finalmente la fase de involución que corresponde al tercer estadio, 50% de los queratoacantomas desaparecen espontáneamente, con la expulsión del tapón corneo en 2-8 semanas y resolución de la masa tumoral, dejando una cicatriz atrófica y generalmente hipopigmentada. Algunas lesiones persisten por más de un año, aunque el proceso completo de la lesión, desde el origen hasta la desaparición espontánea suele tomar entre 4 y 9 meses.⁷

Existen diversas variantes de queratoacantoma: queratoacantoma gigante que puede llegar a medir varios centímetros de diámetro, mostrando una predilección por la nariz y el dorso de las manos; queratoacantoma centrífugo marginado, que se caracteriza por la presencia de múltiples tumores que crecen localmente en una zona determinada como cara, tronco y miembros, la morfología de los tumores es anular, policíclica o circular; queratoacantoma múltiples de tipo Ferguson-Smith, es una forma familiar que afecta a ambos sexos, se caracteriza por la aparición de múltiples queratoacantomas, los pacientes presentan queratoacantomas durante la adolescencia y la adultez temprana; queratoacantoma eruptivo generalizado de grzybowski, se caracteriza por la presencia de cientos o miles de diminutas papulas queratósicas foliculares diseminadas en todo el cuerpo, con predominio en zonas expuestas al sol, puede afectar la mucosa oral y genital, no compromete palmas ni plantas; queratoacantoma subungueal, es persistente y suele causar la destrucción del hueso subyacente, se origina en la porción distal del lecho un-

gueal; queratoacantomas de las mucosas, se encuentran en las mucosas oral, nasal, genital y conjuntival.²

La dermatoscopia en el queratoacantoma es una herramienta útil de diagnóstico que nos permite observar características morfológicas no manifiestas a simple vista cuando se trata de lesiones de pequeño tamaño o de poco tiempo de evolución; entre las características dermatoscópicas tenemos masa central de queratina, estructuras blancas, áreas blancas sin estructura, círculos blancos y perlas córneas, collarate pigmentado, también se observa vasos lineales irregulares, vasos atípicos y vasos en horquillas, comparando algunas características dermatoscópicas con el carcinoma de células escamosas.^{8,9}

Histopatológicamente, al igual que en la clínica, el QA tiene diferentes características de acuerdo a su estadio, en la fase de crecimiento se presenta como un tumor sólido con escasa queratinización e inflamación y con el pleomorfismo celular;¹⁰ la fase estacionaria donde el tumor está completamente desarrollado presenta un cráter central relleno de queratina, rodeado por células epiteliales proliferantes que se extienden hacia arriba a modo de labio sobre los lados del cráter y hacia abajo al interior de la dermis como lenguas irregulares.¹¹ Además se presenta un infiltrado moderado de células inflamatorias en la dermis adyacente. Puede haber abundantes eosinófilos y neutrófilos que pueden extenderse hasta los nidos epiteliales para formar pequeños microabscesos.^{5,11} En la fase de regresión se pierde gran parte de la queratina del cráter, los lobulillos o labios desaparecen y son reemplazados por un epitelio queratinizado maduro.¹⁰

Dentro de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta tenemos: carcinoma epidermoide, disque-

ratoma verrugoso, cuerno cutáneo, verruga vulgar, tricofoliculoma, granulomas.⁶ Si bien la mayoría de los queratoacantomas remiten en forma espontánea según la literatura; se aconseja una intervención terapéutica temprana ya que pueden generar grandes destrucciones locales debido a que algunos asientan sobre regiones próximas a orificios naturales, macizo facial, cartílago, hueso o zona genital; el tratamiento de primera línea es la escisión quirúrgica, sin embargo, existen otras alternativas terapéuticas efectivas como: criocirugía, electrodesecación y curetaje, 5-fluoracilo tópico, bleomicina intralesional, isotretinoína y etretinato sistémicos, interferón intralesional entre otros.^{3,6}

CONCLUSIÓN

Nuestra paciente presentó una forma de queratoacantoma solitario, localizado en la parte superior del tórax anterior, debido a su pequeño tamaño (0,3 cm) y a las características que mostraba, inicialmente se planteó como diagnóstico presuntivo molusco contagioso vs queratoacantoma. Al realizar la dermatoscopia, los patrones observados nos inclinaron al segundo diagnóstico en estadio inicial, el mismo que fue confirmado con histopatología, llevándonos a un tratamiento precoz con mínima cicatriz y excelente resultado estético.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández León Carmen, Queratoacantoma solitario: estudio clínico-patológico, inmunohistoquímico y molecular. Valoración de las diferencias con el carcinoma epidermoide cutáneo invasor, 2010/11. <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccppytec/cp606.pdf>.
2. Goldsmith. Katz. Gilchrist. Paller. Leffell. Wolf. 2013. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. España. Octava edición.

3. Valcuende Cavero F. y Tomás Cabed G. Tratamiento del queratoacantoma. *Piel* 2002;17(7):340-377.
4. Rivas Pariente R., Tardío López M., Ksiyer S. Queratoacantoma. *FMC*. 2014;21(2):127-8.
5. Weedon David. 2002. WEEDON PIEL PATOLOGÍA. España. Segunda edición, cap. 31, pag. 359.
6. Espinoza Figueroa D. y col. QUERATOACANTOMA. *Rev. Fac. Cienc. Méd.* Julio – Diciembre 2015. Pag: 50-56.
7. Villanueva Ramos T. y col. Queratoacantoma: ¿pseudocáncer o carcinoma epidermoide?. *Dermatol Rev Mex*. 2012. Volumen 56, pag: 26-29.
8. Matthew J. Lin, Yan Pan, Chris Jalilian, John W. Kelly. Dermoscopic characteristics of nodular squamous cell carcinoma and keratoacanthoma. *Dermatol Pract Concept* 2014. V.4(2):9-15.
9. Cliff Rosendahl, MBBS; Alan Cameron,. Dermoscopy of Squamous Cell Carcinoma and Keratoacanthoma. *Arch dermatol* 2012. Vol 148. no 12.
10. Mangell J.C., Santa Cruz D.J., Keratoacanthoma: hiperplasia, benign neoplasm, or type of squamous cell carcinoma? *Seminars in Diagnostic Pathology* 2009, 26. 150-163.
11. Noriyuki Misago, et al. The histopathologic changes in keratoacanthoma depend on its stage. *Journal of Cutaneous Pathology* 2014; 41: 617-619.