

# Pápulas con bordes hiperqueratósicos en áreas fotoexpuestas: ¿qué aporta la dermatoscopia?

Juan Diego Bonilla<sup>1</sup>; Brayan Kavir Alzate<sup>2</sup>; Adriana Motta<sup>3</sup>

## RESUMEN

Las poroqueratosis son grupo de dermatosis infrecuentes (heredadas o adquiridas). Su variante más usual es la poroqueratosis actínica superficial diseminada. Sin ayuda del estudio histopatológico, su diagnóstico continúa siendo un reto en dermatología. Recientemente, la dermatoscopia ha aportado ayuda en su correcto reconocimiento y monitorización. Exponemos la utilidad de su empleo y su correlación histológica.

**PALABRAS CLAVE:** Dermoscopia; Diagnóstico; Histología; Poroqueratosis.

## PAPULES WITH HYPERKERATOTIC EDGES IN SUN EXPOSED AREAS, WHAT DOES DERMOSCOPY PROVIDE?

## SUMMARY

Porokeratosis is a group of infrequent dermatoses (inherited or acquired). Its most common variant is the disseminated superficial actinic porokeratosis. Without help of histopathology studies, it is a diagnostic challenge for dermatologist. Recently, dermoscopy has contributed to the correct recognition and monitoring. We expose the utility of its use and its histological correlation.

**KEY WORDS:** Dermoscopy; Diagnosis; Histology; Porokeratosis.

1. Programa de Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Servicio de Dermatología, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8712-6551>
2. Programa de Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Servicio de Dermatología, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6509-4405>
3. Programa de Dermatología, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Servicio de Dermatología, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1924-1256>

**Correspondencia:** Juan Diego Bonilla; **email:** [j\\_diego@hotmai.com](mailto:j_diego@hotmai.com)

**Recibido:** 29/04/20; **aceptado:** 26/11/20

**Cómo citar:** Bonilla, JD; Alzate, BK; Motta, A. Pápulas con bordes hiperqueratósicos en áreas fotoexpuestas. Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol 29(3): julio - septiembre, 2021, 229-232. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1405>

**Financiación:** ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 61 años, procedente de la zona rural de Bogotá, Colombia, ama de casa y sin antecedentes de importancia. Consultó por cuadro de seis meses de evolución de múltiples lesiones pruriginosas y “ásperas”, con crecimiento centrífugo en zonas fotoexpuestas. A la exploración física, se observaron múltiples pápulas y placas pequeñas parduzcas con centro hipopigmentado y borde hiperqueratósico levemente elevado, localizadas en pómulos, región V del escote y caras extensoras distales de los miembros superiores. A la dermatoscopia (**figura 1**), se apreció un borde doble blanco-marrón rodeando la lesión, con áreas centrales blanquecinas homogéneas y zonas marrones sin estructuras vasculares. Se practicó biopsia (**figura 2**) del borde de una lesión en el antebrazo derecho, la cual demostraba una columna de epitelio paraqueratósico con invaginación central subyacente a un adelgazamiento epidérmico a expensas de la pérdida parcial de la granulosa. El resto del epitelio se encontraba ortoqueratósico. Se evidenció degeneración elastótica del colágeno en dermis, que fue concluyente para una poroqueratosis actínica superficial diseminada (PQASD); no se realizaron otros análisis. Se indicó manejo oral con acitetrin en 10 mg/d, durante tres meses, con mínima respuesta, por lo que fue aumentado a 20 mg/d durante tres meses más, con lo que se logró la resolución sin nueva recidiva al trimestre de control.

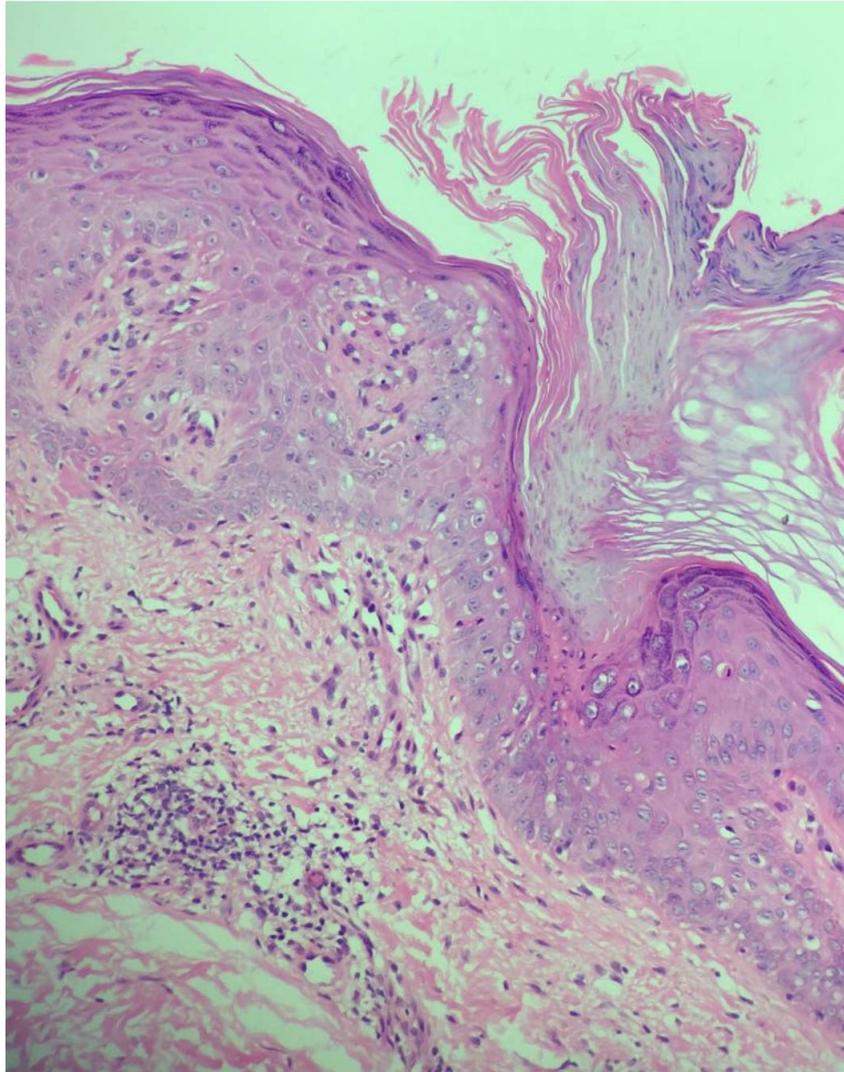
## DISCUSIÓN

Las poroqueratosis (PQ) son producto de un trastorno de la queratinización aún de origen no esclarecido<sup>(1-3)</sup>. Su primera descripción (realizada por Mibelli en 1893) documentó la poroqueratosis clásica (PQC)<sup>(4)</sup>; sin embargo, la PQASD es la más frecuente<sup>(3, 5)</sup>. La PQASD, heredada de manera autosómica dominante<sup>(2)</sup>, posee una expresión retardada en el adulto probablemente por eventos mutacionales desencadenados por exposición solar crónica. Suele aparecer durante la tercera a cuarta década de la vida<sup>(1)</sup>. Tiene similar característica morfológica que la poroqueratosis superficial diseminada, y comparada con la PQC, su borde hiperqueratósico es más sutil y se genera exclusivamente en áreas fotoexpuestas<sup>(3)</sup> bilateral y simétricamente. Es frecuente en las regiones extensoras de los miembros superiores, la cara externa de las piernas, los hombros, la espalda y raramente en los pómulos (15%)<sup>(1)</sup>, como nuestro caso. Aunque la identificación histológica de la lamela corneíde es la condición *sine qua non* para su diagnóstico<sup>(1, 3)</sup>, recientemente la dermatoscopia<sup>(5-7)</sup> ha aportado ayuda en su diagnóstico y monitorización (**tabla 1 y figura 1**).

Una revisión sistemática reciente<sup>(8)</sup> mostró buenos resultados de tratamiento con imiquimod para la PQC y con derivados de la vitamina D y retinoides tópicos o sistémicos para las formas lineales y diseminadas. Estos últimos fueron empleados con buena respuesta



**Figura 1.** Imagen dermatoscópica de lesión. DermLiteDL4



**Figura 2.** Histopatología del paciente, H-E, 10x

---

### *Puntos clave*

---

- Las poroqueratosis son un grupo de dermatosis infrecuentes en las que la dermatoscopia aporta valor diagnóstico y de seguimiento.
  - La “vía blanca”, las “líneas de cráter volcánico”, “en doble carril” o el “collar de diamantes” son el hallazgo dermatoscópico más común entre las poroqueratosis; este se correlaciona histológicamente con la lamela corneida.
  - El pronóstico, aunque es favorable con un diagnóstico oportuno, depende del subtipo tipo y la extensión corporal de la enfermedad.
  - El tratamiento debe ser individualizado en aras de la extensión del compromiso, desde manejos tópicos y destructivos locales hasta sistémicos.
-

**Tabla 1.** Correlación examen dermatoscópico e histológico

Hallazgos dermatoscópicos	Hallazgos histológicos
Borde periférico blanquecino-grisáceo	Lamela cornoide
Área homogénea central blanquecina	Atrofia epidérmica
Glóbulos y puntos marrones	Melanófagos en dermis
Estructuras vasculares: vasos lineales irregulares que cruzan la lesión y los vasos puntiformes	Capilares dilatados bajo una epidermis atrófica

en nuestra paciente. Se prefiere la cirugía o crioterapia en áreas donde el uso de agentes tópicos es difícil o está contraindicado.

La dermatoscopia (véanse **tabla 1** y **figura 1**) muestra un borde blanquecino-grisáceo, metafóricamente denominado *vía blanca*, *líneas de cráter volcánico*, en *doble carril* o *collar de diamantes*. Se reportan puntos y glóbulos rojos centrales dados por capilaridad dilatada subyacente <sup>(5)</sup>, con áreas blanquecinas homogéneas centrales producto de la atrofia epidérmica alternada con glóbulos marrones <sup>(6, 7)</sup>, hallazgos últimos que no evidenciamos. Los diferenciales clínicos <sup>(1-3, 7)</sup> incluyen lesiones anulares como tiña corporal, variantes anulares de la psoriasis (PS) y del liquen plano (LP), el medallón heráldico de la pitiriasis rosada (PR), eccema numular y granuloma anular. Las características dermatoscópicas de la PS, del LP, de la PR y del eccema están bien definidas y se distinguen fácilmente de las PQ en función del patrón de escamas y vasos, así como de características específicas como las estrías de Wickham del LP; el granuloma anular se caracteriza dermoscópicamente por un borde periférico naranja-rojizo, sin estructuras, con vasos lineales cortos aislados ocasionales <sup>(7)</sup>.

## CONCLUSIONES

Las PQ continúan siendo poco frecuentes y aunque el pronóstico general de la PQASD con el manejo adecuado suele ser favorable, se ve ensombrecido por su marcada afectación estética y la posibilidad de desarrollar neoplasias malignas (3 %-4 %) <sup>(2)</sup>, dado este riesgo y el desconocimiento por su infrecuencia <sup>(1-3)</sup>. El empleo y la correlación con la dermatoscopia proporcionarían el primer paso para su diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportuno.

## REFERENCIAS

1. Kanitakis J. Poroqueratosis. EMC-Dermatología. 2013;47(1):1-6.
2. Kanitakis J. Poroqueratosis: an update of clinical, aetiopathogenic and therapeutic features. Eur J Dermatol. 2014;24(5):533-44. <https://doi.org/10.1684/ejd.2014.2402>
3. López GL, Lammoglia L, Asz S, Vega M, Toussaint C, Arenas R. Poroqueratosis: Is the same genetic disorder with different clinical expression? Dermatol Cosmet Med Quir. 2007;5(4):239-48.
4. Bidabehere MB, Giménez N, Boldrini MP, Gubiani ML, Pinardi B. Poroqueratosis: serie de casos y revisión. Piel. 2016;31(6):400-3. <https://doi.org/10.1016/j.piel.2016.01.007>
5. López V, Alonso V, Monteagudo C, Jorda E. Características dermatoscópicas de la poroqueratosis de Mibelli. Piel. 2011;26(4):209-10. <https://doi.org/10.1016/j.piel.2010.10.024>
6. Nicola A, Magliano J. Dermoscopy of Disseminated Superficial Actinic Poroqueratosis. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(5):e33-e37. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.025>
7. Jha AK, Sonthalia S, Lallas A. Dermoscopy of porokeratosis of Mibelli. Indian Dermatol Online J. 2017;8(4):304-5. [https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ\\_284\\_16](https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_284_16)
8. Weidner T, Illing T, Miguel D, Elsner P. Treatment of Poroqueratosis: A Systematic Review. Am J Clin Dermatol. 2017;18(4):435-49. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0271-3>