

Queratoacantoma centrífugo marginado: reporte de un caso

Keratoacanthoma centrifugum marginatum: a case report

Marisol Rebolledo Quirós

Luis Fernando Balcázar

RESUMEN

EL QUERATOACANTOMA centrífugo marginado es una variante especial del queratoacantoma, que tiene poca tendencia a la resolución espontánea. Clínicamente la lesión muestra un crecimiento periférico y forma crateriforme con tendencia a la curación central.

Presentamos el caso de una mujer de 68 años de edad con diagnóstico de queratoacantoma centrífugo marginado, quien recibió tratamiento con crioterapia.

Palabras clave: queratoacantoma, queratoacantoma centrífugo marginado.

SUMMARY

Keratoacanthoma centrifugum marginatum is a special type of keratoacanthoma that shows little tendency for spontaneous clearing. Clinically, the lesion exhibits peripheral growth and forms a crateriform prominence with central healing.

We report the case of a 68 year-old female patient, with a diagnosis of keratoacanthoma centrifugum marginatum, who was treated with cryotherapy.

Key words: keratoacanthoma, keratoacanthoma centrifugum marginatum.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 68 años de edad, con cuadro clínico de siete meses de evolución consistente en aparición de una lesión anular en el antebrazo izquierdo, con borde elevado bien definido, eritematoso y centro hipopigmentado, la cual fue aumentando de tamaño progresivamente hasta alcanzar un diámetro de 6 cm (Figura 1).



Figura 1. Lesión anular en el antebrazo izquierdo de bordes elevados bien definidos, con tendencia a la curación central.

Marisol Rebolledo Quirós, RIII Dermatología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Luis Fernando Balcázar, Docente Dermatología Hospital Universitario del Valle-Universidad del Valle, Cali.

Correspondencia: Marisol Rebolledo Q., Hospital Universitario del Valle, Calle 5° No. 36-08, Cali, Colombia. E-mail: marysolrebolledo@yahoo.com

Queratoacantoma centrífugo marginado: reporte de un caso

Antecedentes personales: ninguno de importancia.

Se realizó biopsia de la lesión en donde se observó un epitelio escamoso, queratinizante, bien diferenciado, con un cráter central de apariencia simétrica, sin atipia ni mitosis (Figura 2). Por correlación clínico-patológica se hizo el diagnóstico de queratoacantoma centrífugo marginado. Se decidió iniciar tratamiento con criocirugía dado el tamaño de la lesión.



Figura 2. En la histopatología se observa epitelio escamoso queratinizante, bien diferenciado; no se aprecia atipia ni mitosis.

DISCUSIÓN

El queratoacantoma es un tumor de piel de crecimiento rápido, relativamente común, compuesto por células escamosas queratinizantes que se origina del folículo pilosebáceo, más frecuente en hombres que en mujeres, con un

pico de incidencia entre los 50 y los 69 años, y predominio en áreas expuestas a la radiación ultravioleta. En ocasiones tiene una resolución espontánea entre los 5 y los 9 meses posteriores a su aparición.¹

Este tumor se considera por algunos como una variante del carcinoma escamocelular, con una etiología no muy clara. Hay muchos factores ligados a la patogénesis del queratoacantoma, como la luz ultravioleta que al parecer juega un papel iniciador importante en pacientes expuestos a radiación solar; también hay relación con exposición ocupacional al alquitrán de hulla y otros químicos como factor desencadenante en el desarrollo de esta patología. Existe predisposición genética asociada con defectos en el sistema de reparación del DNA, alteración encontrada principalmente en el queratoacantoma múltiple de Ferguson-Smith y en el síndrome de Muir Torre. Algunos estudios han encontrado asociación entre el virus del papiloma humano y el desarrollo de queratoacantomas; también se han hallado mutaciones en genes supresores de tumores, expresión de oncogenes y relación con inmunosupresión. A pesar de los avances en la genética molecular e inmunohistoquímica de esta neoplasia, todavía existe gran controversia en su etiología.^{1,2}

La patología del queratoacantoma nos muestra una lesión endoexófica, con una masa invaginante de epitelio escamoso queratinizante bien diferenciado en los lados y el fondo de la lesión. Existe un cráter lleno de queratina que se agranda a medida que éste crece. El patrón de queratinización celular se caracteriza por presentar grandes células centrales con citoplasma eosinofílico un poco más pálido; hay ausencia de desmoplasia estromal.¹

Muchos dermatopatólogos consideran al queratoacantoma como una malignidad abortiva, que en algunos casos puede evolucionar a un carcinoma escamocelular invasor.²

Existen diferentes variantes dentro del queratoacantoma:

La más común es el queratoacantoma solitario. Esta clase de queratoacantoma aparece como una pápula color piel de bordes bien definidos y con un tapón central de queratina. Después de unas semanas crece y se convierte en un nódulo que puede tener una resolución espontánea en más o menos tres meses.

El queratoacantoma múltiple de Ferguson-Smith se presenta en personas menores de 30 años con antecedentes familiares de esta entidad; se caracteriza por la aparición de múltiples queratoacantomas en áreas expuestas y en

Queratoacantoma centrífugo marginado: reporte de un caso

sitios de trauma, que autorresuelven pero pueden volver a aparecer en el transcurso de la vida.

El queratoacantoma generalizado eruptivo de Grzybowski está compuesto por cientos de queratoacantomas muy pequeños, de 2-3 mm, diseminados, que afectan frecuentemente los párpados, las palmas, las plantas y la mucosa oral, y aparece en personas de mediana edad o mayores.

El queratoacantoma gigante puede llegar a medir hasta 9 cm o más.

El queratoacantoma asociado con el síndrome de Muir-Torre, es una genodermatosis autosómica dominante, en donde, además de queratoacantomas, hay múltiples tumores benignos y malignos sebáceos, y malignidades viscerales de bajo grado, especialmente gastrointestinales.

El queratoacantoma centrífugo marginado, como en este caso.⁽²⁻⁴⁾ El queratoacantoma centrífugo marginado es una variante rara que muestra un crecimiento periférico progresivo con patrón crateriforme y tendencia a la curación central. Fue descrito por Miedzinski y Kkozakiewicz, y su nombre fue dado por Belisario en 1965, quien describió siete casos. Esta variedad tiene una resolución más lenta que las otras, entre 6 y 12 meses, y puede llegar a tener diámetros

desde 2 cm hasta 20 cm o más. En la mayoría de los casos aparece como una lesión única en áreas expuestas. Se han reportado en el mundo sólo 30 casos de queratoacantoma centrífugo-marginado.^{4,5}

Se debe tener en cuenta que antes de iniciar cualquier tipo de terapia debe haber un diagnóstico histopatológico de queratoacantoma, puesto que su diagnóstico diferencial más importante es el carcinoma escamocelular.^{1,2} Existen diferentes tipos de tratamientos; la cirugía es la primera opción en los queratoacantomas solitarios. La cirugía de Mohs es una opción importante para lesiones que se encuentren en sitios de alto riesgo, además de ayudar a conservar tejido en sitios anatómicos especiales. Sin embargo, la recurrencia del queratoacantoma clásico posterior a cirugía es del 4% al 8%.^{1,2,5}

Pueden considerarse otras opciones, sobre todo en pacientes con queratoacantomas múltiples, tales como el 5-fluoruracilo intralesional, la electrodisecación y el curetaje, la radiación, y la criocirugía. Esta última tiene tasas de curación hasta de un 99% con recurrencia de menos del 1%. También está descrita la terapia sistémica con retinoides o metotrexate.⁴ Se debe realizar un seguimiento estricto y, si después de 4 a 6 semanas no hay respuesta al tratamiento, debe considerarse siempre la cirugía.^{2,4,5}

Queratoacantoma centrífugo marginado: reporte de un caso

Bibliografía

1. Mackie RM, Quinn AG. Non melanoma skin cancer and other epidermal skin tumors. En: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths Ch. Rook Textbook of Dermatology, London, Blackwell Science 2004; 36: 43-46.
2. Schwartz R. Queratoacantoma: A Clinical-pathologic Enigma. *Dermatol Surg* 2004; 30:326-333
3. Paniker P. Diagnosing solitary keratoacanthomas. *Am J Med* 2005 Jan; 118 (1): 119.
4. Ogasawara Y, Kinoshita E, Ishida T, Hamamoto Y, Fujiyama J, Muto M. A case of multiple keratoacanthoma centrifugum marginatum: Response to oral etretinate. *J Am Acad Dermatol* 2003 Feb ; 48(2):282-5.
5. Kato N, Kimura K, Shibata M. Ferguson Smith type multiple keratoacanthomas and a keratoacanthoma centrifugum marginatum in a woman from Japan. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49:741-746