

Artículo original

Queratoacantoma: ¿pseudocáncer o carcinoma epidermoide?

Tere Ivette Villanueva Ramos,* Daniel Alcalá Pérez,** Armando Medina Bojórquez,***
Sonia Torres González,**** Julio Enríquez Merino¹

RESUMEN

Antecedentes: el queratoacantoma es una neoformación crateriforme, epidérmica, caracterizada por su rápido crecimiento e involución espontánea. La naturaleza del queratoacantoma ha sido controvertida desde su descripción original.

Objetivo: determinar la correlación clínico-patológica de las lesiones con diagnóstico clínico de queratoacantoma registradas entre 2001 y 2011 en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

Método: estudio retrospectivo descriptivo efectuado con base en la revisión de los expedientes de pacientes con diagnóstico clínico de queratoacantoma. Se obtuvieron los datos epidemiológicos de: edad, sexo, fototipo, topografía, morfología de la lesión y tiempo de evolución. Para realizar la correlación se revisaron los resultados histopatológicos.

Resultados: se analizaron 104 casos con diagnóstico clínico de queratoacantoma. Los diagnósticos más frecuentes por histopatología fueron: carcinoma epidermoide, con 46 casos (44.1%), queratoacantoma con 42 casos (40.4%) y 16 casos (15.3%) con múltiples diagnósticos. El tamaño y la evolución de las lesiones se relacionaron con los diagnósticos de carcinoma epidermoide y queratoacantoma, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: el 44.1% de los casos correspondieron a carcinoma epidermoide (36.5% bien diferenciados, 3.8% moderadamente diferenciados y 3.8% mal diferenciados), lo que implica que en el Centro Dermatológico Pascua el queratoacantoma debe tratarse como un carcinoma epidermoide porque en nuestro estudio correspondió al doble de lo reportado en la bibliografía.

Palabras clave: pseudocancer, queratoacantoma, queratoacantoma atípico.

ABSTRACT

Background: Keratoacanthoma (KA) is an epidermic volcano shaped neoformation, characterized by its fast growing rate and spontaneous involution. Nature of KA has been controversial since its original description.

Methods: Files of patients from the Dermato-oncology Clinic in "Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua" with clinical diagnosis of KA were examined from the period between 2001 thru 2011. Epidemiological data including age, gender, phototype, topography, morphology, and evolution of the lesion were obtained. The histopathological results were checked in order to make the clinical-pathological correlation.

Results: In the period from 2001 thru 2011 at the CDP's Dermato-oncology Clinic 104 patients with clinical diagnosis of KA were analyzed. From the histopathology study, the most frequent diagnosis was Squamous Cell Carcinoma (SCC) with 46 cases (44.1%), the second most frequent was KA with 42 cases (40.4%), and finally another 16 cases (15.3%) with multiple diagnosis. Size and evolution from the lesions with SCC and KA diagnosis were related but we found differences to be not statistically relevant.

Conclusions: Because 44.1% of the cases corresponded to SCC (36.5% well differentiated, 3.8% moderately differentiated and 3.8% poorly differentiated) we can conclude that in CDP, KA should be treated as a SCC because in our study we found it to be two times the 20% reported in the literature.

Key words: pseudocancer, keratoacanthoma, atypical keratoacanthoma.

* Dermatóloga, alumna del Curso de Alta Especialidad en Dermatooncología y Cirugía Dermatológica.

** Dermatólogo y dermatooncólogo, jefe de Enseñanza e Investigación.

*** Dermatólogo y dermatooncólogo, jefe de la Clínica de Dermatooncología.

**** Dermatóloga y dermatooncóloga, adscrita a la Clínica de Dermatooncología.

¹ Cirujano dermatólogo, jefe del servicio de Cirugía. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, México, DF.

Correspondencia: Dr. Daniel Alcalá Pérez. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Dr. Vértiz 464, esq. Eje 3 Sur, colonia Buenos Aires, México 06780, DF. Correo electrónico: alcalad32@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como: Villanueva-Ramos TI, Alcalá-Pérez D, Medina-Bojórquez A, Torres-González S, Enríquez-Merino J. Queratoacantoma: ¿pseudocáncer o carcinoma epidermoide? Dermatol Rev Mex 2012;56(1):26-29.

www.nietoeditores.com.mx

El queratoacantoma es una neoformación crateriforme epidérmica, caracterizada por crecimiento rápido e involución espontánea. La naturaleza del queratoacantoma ha sido motivo de controversia desde su descripción original: ¿se trata de una lesión exofítica pseudomaligna, con potencial de auto involucionar? o ¿Se trata de una lesión pseudobenigna que evoluciona a carcinoma epidermoide invasor?^{1,2}

Fue descrito por primera vez en 1889 por Hutchinson, y desde entonces ha recibido infinidad de nombres.³

En un estudio australiano se encontró una incidencia de 150 por 100,000 habitantes, mayor en regiones cálidas. Aunque puede presentarse a cualquier edad, la edad más común de padecerlo es entre los 50 y 69 años, pero es raro antes de los 20. No se ha documentado predilección por algún sexo, aunque algunos estudios indican que es más frecuente en el masculino, con una relación 2:1.^{2,3}

No se conoce una causa única de queratoacantoma, se considera que su etiopatogenia es multifactorial. La presentación característica en áreas fotoexpuestas ha hecho que se considere a la luz ultravioleta el factor de riesgo mayor para el queratoacantoma. Se han implicado otros factores etiológicos, como: radiación, traumatismos (quemaduras térmicas, aplicación de láser de CO₂, picaduras de insectos, excoiaciones, etc.), carcinógenos químicos (cigarrillo), infección por virus de papiloma humano, entre otros.^{2,4}

El queratoacantoma se desarrolla a partir del folículo piloso, y siguiendo esta teoría se ha propuesto una clasificación que divide a los queratoacantomas en dos tipos: el queratoacantoma tipo I deriva de células en el folículo piloso distal, son superficiales y generalmente muestran forma de “brote”; mientras que el tipo II deriva de células del bulbo piloso, invaden más profundamente y tienen forma de “domo” o de “fresa”.¹

Los queratoacantomas solitarios suelen aparecer en áreas fotoexpuestas, sobre todo en: la cara, el cuello y las manos (Figura 1); y característicamente cursan tres distintos estadios. El primero es la fase de proliferación rápida, en la que la neoformación aumenta su tamaño hasta alcanzar 10-25 mm de diámetro, en alrededor de 6 a 8 semanas. La neoformación tiene, inicialmente, aspecto de mácula eritematosa, posteriormente papular y por último adopta su forma característica, similar a un volcán, con un cráter central lleno de queratina (Figura 2). La



Figura 1. El queratoacantoma es una neoformación que puede alcanzar un gran tamaño en su fase de proliferación rápida.



Figura 2. Topografía y morfología características del queratoacantoma (una neoformación en la cara con un cráter central lleno de queratina).

segunda fase la constituye el queratoacantoma maduro, en la que la neoformación deja de crecer, mantiene su aspecto crateriforme y puede contener pelo y signos de fragmentación. Por último, durante la fase de involución, 50% de los queratoacantomas desaparecen espontáneamente, en un promedio de 4 a 6 semanas, con la expulsión del tapón de queratina y reabsorción del tumor, 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. En la mayoría de los casos, el queratoacantoma se comporta como un tumor benigno, pero hasta en 20% de los casos los queratoacantoma atípicos pueden ser agresivos, mostrar signos de invasión perineural, perivascular e intravascular, y metástasis a ganglios linfáticos regionales. Esto sucede generalmente en áreas de alto riesgo, como la región central de la cara, y se observa especialmente en pacientes mayores o inmunodeprimidos. La evolución de un queratoacantoma hacia carcinoma epidermoide puede ocurrir en cualquiera de las fases previamente descritas del queratoacantoma. Este comportamiento atípico ha provocado controversia, en cuanto a si el queratoacantoma es un padecimiento distinto o una variante del carcinoma epidermoide cutáneo.^{1,3}

En cuanto al diagnóstico, ante cualquier lesión clínicamente sospechosa de queratoacantoma se debe realizar biopsia, de preferencia escisional y hasta el tejido celular subcutáneo.²

A pesar de que el queratoacantoma se considera una lesión que característicamente involuciona de manera espontánea, sólo se ha reportado en la bibliografía regresión en pocos casos. Por esta razón se recomienda siempre dar tratamiento, entre los que se incluyen: criocirugía con nitrógeno líquido, electrodesecación y curetaje, radioterapia y láser de argón, YAG o de CO₂, así como el quirúrgico, que se considera el de elección.^{1,3,4} La hipótesis de investigación es que 20% de los pacientes con diagnóstico clínico de queratoacantoma corresponden histopatológicamente a carcinoma epidermoide.

El objetivo de este trabajo es: determinar la correlación clínico-patológica de las lesiones con diagnóstico clínico de queratoacantoma en el periodo comprendido entre 2001 y 2011 en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

MATERIAL Y METODO

Estudio retrospectivo descriptivo efectuado con base en la revisión de los expedientes de pacientes con diagnóstico clínico de queratoacantoma. Se recabaron datos epidemiológicos de: edad, sexo, fototipo, topografía, morfología de la lesión y tiempo de evolución.

Para conocer el porcentaje de pacientes con queratoacantoma se revisaron los resultados histopatológicos y el porcentaje de los que corresponden a carcinoma epidermoide y su grado de diferenciación.

RESULTADOS

Se analizaron 104 casos con diagnóstico clínico de queratoacantoma pero sólo en 42 (40.4%) se corroboró. Esto hace una prevalencia de 0.79 por cada 100 casos. En la mayoría de las lesiones se integró el diagnóstico de alguna malignidad bien establecida.

En cuanto al género, predominó en mujeres con una proporción de 2:1. La edad de presentación más común fue en mayores de 71 años (49%), y se encontró una frecuencia muy baja en menores de 30 (1.9%). La topografía más frecuente fue la cabeza, con 84.6% de los casos, le siguieron las extremidades superiores con 10.6%. Al momento del diagnóstico, el tamaño de las lesiones fue entre 0.51 y 1 cm en 47% de los casos. En cuanto a la evolución, se encontraron dos picos: lesiones con menos de tres meses de evolución (51% de los casos) (17.3%, 18.3% y 15.4% para 1, 2 y 3 meses, respectivamente), y lesiones con más de seis meses de evolución (17.3%). Las características de los pacientes y sus lesiones se resumen en el Cuadro 1.

Por histopatología, en orden de frecuencia los diagnósticos fueron: carcinoma epidermoide 46 casos (44.1%), queratoacantoma 42 (40.4%), carcinoma basocelular 4 (3.8%), de los que uno fue carcinoma basocelular metatípico, y finalmente otros 12 casos (11.5%) con múltiples diagnósticos, entre ellos un melanoma maligno nodular. (Figura 1)

El tamaño y la evolución de las lesiones se relacionó con los diagnósticos de carcinoma epidermoide y queratoacantoma, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Cuadro 1. Resumen de las características de los pacientes y las lesiones

Características	Categorías	n = 104
Género	Masculino	37.5%
	Femenino	62.5%
Edad	> 70 años	49%
	< 30 años	1.9%
Topografía	Cabeza	84.6%
	Extremidades superiores	10.6%
Tamaño	< 0.5 cm	13%
	0.51-1 cm	47%
	1.1-1.5 cm	11%
Evolución	1 mes	17.3%
	2 meses	18.3%
	3 meses	15.4%
	> 6 meses	17.3%

CONCLUSIONES

De los 104 casos estudiados con diagnóstico clínico de queratoacantoma, por histopatología, 44.1% correspondieron a carcinoma epidermoide, 40.4% a queratoacantoma y 15.3% a otros diagnósticos.

De los casos que correspondieron a carcinoma epidermoide 36.5% fueron bien diferenciados, 3.8% moderadamente diferenciados y 3.8% mal diferenciados.

Se concluye que en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua el queratoacantoma debe ser tratado como un carcinoma epidermoide porque en nuestro estudio se pudo evidenciar que corresponde al doble de lo reportado en la bibliografía, que es de 20%. Por lo tanto, estamos obligados a confirmar el diagnóstico, independientemente del resultado, y continuar con vigilancia.

REFERENCIAS

- Mandrell JC, Santa Cruz D. Keratoacanthoma: hyperplasia, benign neoplasm, or a type of squamous cell carcinoma? *Semin Diagn Pathol* 2009;26:150-163.
- Karaa A, Khachemoune A. Keratoacanthoma: a tumor in search of a classification. *Int J Dermatol* 2007;46:671-678.

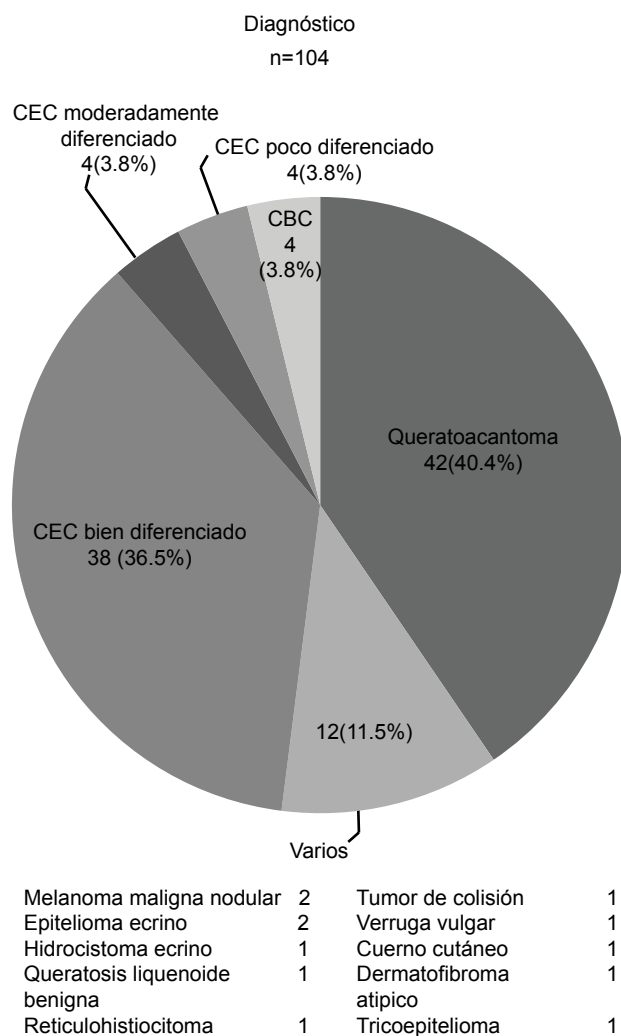


Figura 3. Diagnóstico (n = 104). La sección de *varios* incluye los siguientes diagnósticos: melanoma maligno nodular (2), epitelioma sebáceo (2), hidrocistoma ecrino (1), queratosis liquenoide benigna (1), reticulohistiocitoma (1), tumor de colisión (1), verruga vulgar (1), cuerno cutáneo (1), dermatofibroma atípico (1), tricoepitelioma (1).

- Chartier M, Rothe MJ, GrantKel JM. Queratoacantoma. In: Rigel DS, Friedman R, Dzubow LM, editors. *Cáncer de piel*. 1ª ed. Madrid: Elsevier Saunders, 2006;395-409.
- Zalaudek I, Bonifazi E, Ferrara G, Argenziano G. Keratoacanthomas and spitz tumors: are they both 'self-limiting' variants of malignant cutaneous neoplasms? *Dermatology* 2009;219:3-6.