

Queratoacantoma gigante involutivo

Regressive giant keratoacanthoma.

Diana Díaz,¹ Alexander Velandia,¹ Mariana T Gómez,¹ Alejandra Rivera,¹ Adriana Motta,² Andrés García¹

Resumen

ANTECEDENTES: El queratoacantoma se distingue por su rápido crecimiento y alivio espontáneo.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 74 años con dos lesiones compatibles con queratoacantomas diagnosticados por clínica e histopatología. Uno afectaba el antebrazo derecho y otro el dorso de la mano izquierda. Ambas lesiones eran asintomáticas. Se realizó biopsia y seguimiento de las lesiones, con toma de registro fotográfico, que evidenció la involución espontánea de la lesión en el antebrazo derecho (gigante) y el dorso de la mano izquierda, pero a esta última se decidió realizar resección quirúrgica.

CONCLUSIONES: Por lo general, todos los queratoacantomas pueden tener alivio espontáneo en un periodo que varía entre 4 y 6 meses desde el comienzo de la lesión, por lo que la vigilancia clínica puede ser una opción en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Queratoacantoma; neoplasia.

Abstract

BACKGROUND: Keratoacanthoma is characterized by its rapid growing and spontaneous resolution.

CLINICAL CASE: A 74-year-old male patient with two lesions compatible with keratoacanthoma, both for clinical and histopathological diagnoses. One was at right forearm with progressive growth, not painful, and the other was on the back of the left hand. Biopsy and follow-up of the lesions were carried out, in the right forearm and back of the left hand, both compatible with regressive keratoacanthomas, the giant lesions were followed up, and the second was surgically resected.

CONCLUSIONS: All keratoacanthomas can have spontaneous relieve, which varies between 4 and 6 months from the beginning of the injury, so clinical surveillance may be an option in these patient.

KEYWORDS: Keratoacanthoma; Neoplasm.

¹ Residente de Dermatología.

² Dermatólogo, Hospital Simón Bolívar. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Recibido: abril 2020

Aceptado: enero 2021

Correspondencia

Mariana Gómez López
mtgomezl@unbosque.edu.co

Este artículo debe citarse como: Díaz D, Velandia A, Gómez MT, Rivera A, et al. Queratoacantoma gigante involutivo. Dermatol Rev Mex 2021; 65 (3): 374-378.

<https://doi.org/10.24245/dermatol-revmex.v65i3.5776>

ANTECEDENTES

El queratoacantoma es un tipo de tumor común, inicialmente descrito en 1888 por Jonathan Hutchinson.¹ Se distingue por su rápido crecimiento y alivio espontáneo. Afecta a individuos de edad media, fototipos claros y predominantemente en áreas expuestas a luz solar.²

Existen diferentes nombres para referirse al término queratoacantoma: “molusco sebáceo”, “pseudotumor”, “tumor regresivo”, “carcinoma escamocelular auto resolutivo”.³ Presenta un ciclo de vida trifásico compuesto por: fase proliferativa (crecimiento temprano), estabilización (etapa bien desarrollada) y regresión.⁴ El término de queratoma gigante se utiliza cuando el tumor tiene un diámetro mayor de 2 a 3 cm.

A pesar de su gran recurrencia y de ser de alivio espontáneo, es un tumor poco reportado o documentado en la bibliografía médica. A su vez, llama la atención en el caso descrito el tamaño tan importante de la lesión, por lo que se comunica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 74 años que consultó al servicio de Dermatología de un hospital situado al norte de Bogotá, Colombia, por padecer un cuadro clínico de aproximadamente 10 meses de evolución de aparición de dos lesiones: una en el antebrazo derecho de crecimiento progresivo, no dolorosa, y otra lesión en el dorso de la mano izquierda sin crecimiento, sin dolor ni otro síntoma asociado; el paciente negó haber recibido tratamiento médico previo. Como antecedentes de importancia se reportó hipertensión arterial, cardiopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tratado con antihipertensivos e inhaladores; sin otros antecedentes relevantes.

Al examen físico se evidenció en la cara posterior del antebrazo derecho una placa tumoral eritematosa de bordes verrugosos irregulares, parcialmente delimitados de 6 x 8 cm, que en su región central mostraba aspecto cicatricial (**Figura 1**). En el dorso de la mano izquierda se evidenció un tumor eritemato-violáceo de superficie queratósica, bordes parcialmente regulares, bien delimitados de 2 x 2 cm. **Figura 2**

El reporte de la biopsia de ambas lesiones concluyó queratoacantomas en involución y se decidió dejar bajo vigilancia clínica estricta para seguimiento de las lesiones, que mostraron disminución del tamaño y del daño cutáneo y mejoría de la apariencia. **Figura 3**

La histología evidenció proliferación de células escamosas bien diferenciadas, tapón de queratina central y collarete de la epidermis rodeando la lesión, lo que confirmó el diagnóstico clínico sospechado. **Figura 4**

DISCUSIÓN

El queratoacantoma es un tumor único de crecimiento rápido, se considera un carcinoma



Figura 1. Cara posterior del antebrazo derecho; se evidencia una placa tumoral eritematosa de aspecto cicatricial en su centro, bordes verrugosos irregulares, parcialmente delimitados de 6 x 8 cm.



Figura 2. En el dorso de la mano izquierda se observa un tumor eritemato-violáceo de superficie hiperqueratósica, bordes parcialmente regulares, bien delimitados de 2 x 2 cm.



Figura 3. Cara posterior del antebrazo derecho; se evidencia una placa tumoral eritematosa de aspecto cicatricial en su centro, bordes verrugosos irregulares, de 5.5 x 7 cm en el control a 45 días.

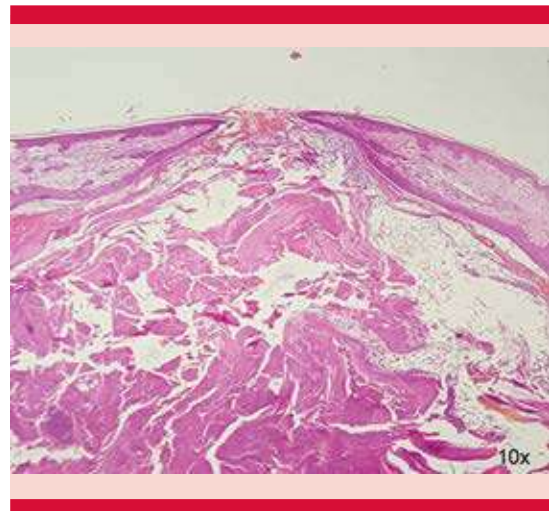


Figura 4. Proliferación de células escamosas bien diferenciadas asociada con tapón de queratina central y collar de la epidermis rodeando la lesión (10X).

escamocelular bien diferenciado de piel. Se diferencia de otro tipo de lesiones por su rápido crecimiento, la clínica nodular crateriforme bien delimitada y su involución, que suele ser espontánea.⁵

La edad de manifestación generalmente es la tercera edad con un pico entre 60 y 70 años; afecta zonas expuestas al sol, como la cara, el cuello, las manos y los miembros superiores. En relación con su incidencia, se sabe que es de 104 a 150 por cada 100,000 personas en Australia y Hawaii, respectivamente, pero en realidad es una enfermedad subdiagnosticada y es más frecuente en hombres.^{3,5} Dentro de la clasificación del queratoacantoma se encuentran dos formas: el solitario (típico o localizado) y el múltiple. A su vez, existen otras variedades: gigante, multinodular, subungueal, verrugoso, persistente múltiple, eruptivo generalizado, centrífugo marginal, seudorrecidivas, reactivo, inducido químicamente, en inmunodeprimidos, de mucosas, disqueratósico y vinculado con otras dermatosis. El queratoacantoma centrífugo marginal no muestra involución de manera espontánea

y en la histología evidencia un infiltrado denso inflamatorio en la dermis, a diferencia de las otras variantes del queratoacantoma.⁶

El origen del queratoacantoma se ha relacionado con el folículo piloso, tiene manifestación clínica de tres fases que simulan el ciclo normal del pelo: la primera es la proliferativa en donde existe un crecimiento rápido, la segunda es la fase de meseta donde se estabiliza la lesión, frena su crecimiento y permanece sin cambios, y la última es la de involución espontánea donde ocurre la regresión y desaparición de la lesión.³ El tiempo entre el inicio de la lesión y el alivio espontáneo ocurre entre 4 y 6 meses; sin embargo, este tiempo puede ser variable. Entre los factores de riesgo descritos están la exposición a luz solar, la exposición a rayos X, asociaciones de lesiones localizadas en el dorso de las manos en radiólogos, en pacientes con traumatismos como tatuajes y asociaciones genéticas relacionadas en enfermedades, como síndrome de Muir-Torre y xeroderma pigmentoso.³

La clínica se caracteriza por una lesión tumoral única en forma de cráter con queratina central, de bordes bien delimitados, regulares, sobreelevados, eritemato-violáceos. En términos histológicos, imita las fases del crecimiento del pelo anágena como proliferativa, telógena como la fase de meseta y catágena que sería la fase de involución. Las lesiones son simétricas, circunscritas, con proliferación de queratinocitos y un cráter central, lo que obliga a considerar siempre como diagnóstico diferencial el carcinoma escamocelular invasivo. Esto, a su vez, se demuestra en los marcadores celulares consistentes en el istmo e infundíbulo piloso.^{7,8} En relación con la variante clínica de aparición solitaria, ésta puede ser folicular y no folicular. El tumor no folicular no siempre es crateriforme y puede ser doloroso, aún más si aparece en la región subungueal. En la histología, el no folicular tiene menos células

inflamatorias, pero puede existir más disqueratosis y no existe fibrosis en su base, por lo que no es frecuente su involución.⁷

El queratoacantoma se caracteriza histopatológicamente por los siguientes hallazgos: un tumor con arquitectura exo-endofítica; un contorno relativamente bien definido, casi simétrico; una lesión multilobular con un tapón queratinoso central, y labios epiteliales sobresalientes cubiertos con epidermis normal. Debe insistirse en los siguientes hallazgos: estructuras infundibulares invaginadas (queratinización laminada) y lóbulos con células rosa pálidas agrandadas con citoplasma de vidrio esmerilado, que generalmente carecen de atipia nuclear; lóbulos de células eosinofílicas pálidas grandes con unas pocas capas de células basofílicas en su periferia; posibles atipias nucleares o figuras mitóticas, limitadas a las áreas periféricas de las células basofílicas, y bordes mínimamente infiltrantes.⁹

Entre los tratamientos sugeridos se recomienda siempre que sea posible la escisión quirúrgica; sin embargo, esto dependerá del tamaño de éste, no existen márgenes específicos establecidos, se recomienda lo mismo que en el carcinoma escamocelular para asegurar la resección completa.³ También hay opciones terapéuticas como la cirugía micrográfica de Mohs y vigilancia a la involución espontánea de la lesión. En la segunda línea de tratamiento se encuentra la criocirugía, 5-fluorouracilo intralesional, metotrexato, interferón alfa, radioterapia o terapia sistémica oral con retinoides.¹⁰ El queratoacantoma no causa afectación perineural o venosa, que sí tiene el carcinoma escamocelular.

Nuestro paciente tenía dos queratoacantomos, uno en la cara posterior del antebrazo derecho, que ya estaba en proceso de involución espontánea en el momento de la consulta médica. Éste desapareció 10 meses después del inicio de la lesión y el otro en el dorso de la mano

izquierda que se trató con resección por escisión quirúrgica.

CONCLUSIONES

Se comunicó el caso clínico de un paciente con dos queratoacantomas gigantes: el primero en el dorso del antebrazo derecho, que tuvo involución espontánea sin tratamiento médico alguno; el otro en el dorso de la mano izquierda que se trató con resección por escisión quirúrgica. Todos los queratoacantomas de origen folicular pueden tener alivio espontáneo, que varía entre 4 y 6 meses desde el inicio de la lesión, por lo que la vigilancia clínica puede ser una opción en este tipo de pacientes

REFERENCIAS

- Hutchinson J. The crateriform ulcer of the face: A form of epithelial cancer. *Trans Pathol Soc London* 1889; 40: 275-281.
- Giglio P, Bravo F, Del Solar M, Salomón M, et al. Queratoacantomas múltiples: Un reto diagnóstico y terapéutico. *Folia dermatol. Peru* 2011; 22 (1): 17-24.
- Kwiek B, Schwartz RA. Keratoacanthoma (KA): An update and review. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74 (6): 1220-1233. doi. 10.1016/j.jaad.2015.11.033.
- Soyer HP, Rigel DS, McMeniman E. Queratosis actínica, carcinoma basocelular y carcinoma epidermoide. In: Callen JP, Cowen EW, Hruza GJ, et al., editors. *Dermatología* 2019: 1872-1893. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-9113-365-0.00108-X>.
- Della Valle V, Milani M. Efficacy and safety of intralesional methotrexate in the treatment of a large keratoacanthoma of the dorsal hand in a 99-year-old woman. *Case Rep Dermatol* 2018; 10 (3): 247-250. doi.10.1159/000494322.
- Amagai R, Fujimura T, Kambayashi Y, Furudate S, et al. Keratoacanthoma centrifugum marginatum with spontaneous regression and its possible differential diagnosis. *Case Rep Oncol* 2018; 11 (3): 671-675. doi. 10.1159/000493089.
- Girijala RL, Kwak Y, Wright D, Goldberg LH. Solitary palmar keratoacanthoma: Case report. *Cureus* 2018; 10 (3): e2331. doi. 10.7759/cureus.2331.
- Paolino G, Donati M, Didona D, Mercuri SR, et al. Histology of non-melanoma skin cancers: An update. *Biomedicines* 2017; 5 (4): 71. doi. 10.3390/biomedicines5040071.
- Takai T. Advances in histopathological diagnosis of keratoacanthoma. *J Dermatol* 2017; 44. (3): 304-314. doi. 10.1111/1346-8138.13696.
- Pasquali P, Spugnini EP, Baldi A. Successful treatment of a keratoacanthoma with electrochemotherapy: A case report. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2018; 8 (1): 143-146. doi. 10.1007/s13555-018-0222-9.

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

