

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i4.7943>

Acantoma de células grandes. Aspectos clínicos, dermatoscópicos e histológicos

Large cell acanthoma. Clinical, dermatoscopic and histological features.

Carolina Arango-Buitrago,¹ Fernando Bulla-Alcalá,² Gina A Ramos³

Resumen

ANTECEDENTES: El acantoma de células grandes es un padecimiento frecuente pero poco mencionado en la bibliografía científica, a menudo es subdiagnosticado por su similitud con otras enfermedades, como la queratosis seborreica, lentigo solar y queratosis actínica.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 30 años de edad quien tenía una placa redonda, hiperpigmentada, marrón oscuro, de bordes bien definidos de crecimiento progresivo, localizada en la región cigomática izquierda de 4 años de evolución. En la dermatoscopia se observaron aperturas pseudofoliculares, glóbulos marrones y pseudorred. Los hallazgos anteriores plantearon los diagnósticos diferenciales entre queratosis seborreica, lentigo solar y queratosis actínica pigmentada. La biopsia de piel y su confirmación con el estudio inmunohistoquímico establecieron el diagnóstico de acantoma de células grandes.

CONCLUSIONES: El acantoma de células grandes, a pesar de ser un reto diagnóstico debido a su semejanza clínica e histológica con otras enfermedades, exhibe un curso indolente y sin riesgo de malignización, por lo que es importante conocer esta afección frecuente para evitar biopsias o tratamientos no justificados.

PALABRAS CLAVE: Acantoma; lentigo; queratosis actínica; queratosis seborreica.

Abstract

BACKGROUND: Large cell acanthoma is a frequent entity, rarely mentioned in scientific literature, moreover commonly underdiagnosed due to its similarity to other diseases, such as seborrheic keratosis, solar lentigo and actinic keratosis.

CLINICAL CASE: A 30-year-old male patient, with a 4-year history of a hyperpigmented, round and brown plaque, sharply demarcated, slowly progressive growth, over left zygomatic region. Dermoscopy revealed pseudofollicular openings, brown globules and pseudo-network. The previous findings raised the differential diagnosis among seborrheic keratosis, solar lentigo and pigmented actinic keratosis. Skin biopsy and immuno-histochemistry concluded diagnosis of large cell acanthoma.

CONCLUSIONS: Large cell acanthoma, despite being a diagnostic challenge due to its clinical and histological similarity with other diseases, exhibits an indolent course, without risk of malignancy, therefore, it is important to know this frequent entity to avoid biopsies or unjustified treatments.

KEYWORDS: Acanthoma; Lentigo; Actinic keratosis; Seborrheic keratosis.

¹ Médica general, Universidad CES, Medellín, Colombia.

² Dermatólogo, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.

³ Médica patóloga, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

Recibido: septiembre 2021

Aceptado: septiembre 2021

Correspondencia

Carolina Arango Buitrago
carolinaarango10@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Arango-Buitrago C, Bulla-Alcalá F, Ramos GA. Acantoma de células grandes. Aspectos clínicos, dermatoscópicos e histológicos. Dermatol Rev Mex 2022; 66 (4): 581-585.

ANTECEDENTES

El acantoma de células grandes es una afección común, habitualmente subdiagnosticada, descrita por primera vez por Hermann Pinkus en 1970;¹ su causa y hallazgos patológicos han sido motivo de debate a través de décadas. En la actualidad se describe como una neoplasia epidérmica benigna, que comparte características clínicas e histológicas con el lentigo solar, queratosis seborreicas y queratosis actínicas. La lesión típica se caracteriza por una mácula o placa circular, bien definida, de superficie hiperqueratósica, hiperpigmentada o hipocrómica en zonas fotoexpuestas; se ha reportado su asociación con el subtipo 6 del virus del papiloma humano, pero hasta el momento no se ha descrito transformación maligna.² A continuación comunicamos un caso de acantoma de células grandes y se discute su causa, hallazgos histológicos, dermatoscopia y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 30 años, sin antecedentes patológicos relevantes, quien tenía una placa redonda, hiperpigmentada, marrón oscuro, de bordes bien definidos con un diámetro de 9 x 9 mm, de crecimiento progresivo, localizado en la región cigomática izquierda de 4 años de evolución (**Figura 1A**). En la dermatoscopia se evidenciaron aperturas pseudofoliculares, glóbulos marrones, terminación abrupta de la lesión alrededor de toda la periferia, interfase con piel adyacente regular, sin afectar las estructuras anexas (**Figura 1B**). Los anteriores hallazgos clínicos y dermatoscópicos planteaban los diagnósticos diferenciales entre queratosis seborreica, lentigo solar y queratosis actínica pigmentada. La biopsia de piel reportó hiperqueratosis, papilomatosis y pigmentación de la capa basal, con aumento del tamaño de algunos queratinocitos, formando agregados, sin displasia ni proliferación melanocítica. El

estudio inmunohistoquímico fue positivo para P63 difuso intraepitelial y SOX10 reactivo en los pocos melanocitos presentes en la muestra, con lo que se concluyó el diagnóstico de acantoma de células grandes. **Figura 2**

DISCUSIÓN

El acantoma de células grandes es un padecimiento relativamente común, pero poco mencionado en la bibliografía debido al escaso conocimiento de éste y la frecuencia con que se confunde con otras enfermedades similares. Se describe como una neoplasia epidérmica benigna, que comparte características clínicas e histológicas con lentigos solares, queratosis seborreicas y queratosis actínicas, también se ha comparado con la enfermedad de Bowen, pero en la actualidad no se ha evidenciado tendencia a la malignidad.^{2,3}

A lo largo de los años se ha debatido acerca de la causa, clínica e histopatología del acantoma de células grandes, descrito por primera vez por Pinkus en 1970, caracterizado por células grandes con poliploidía, sin atipia citológica, inicialmente clasificado como una variante del lentigo solar, por sus características clínicas y su localización en zonas fotoexpuestas.¹

En 1988 Sánchez-Yus y su grupo inicialmente publicaron su experiencia con acantoma de células grandes y propusieron que podría tratarse de una variante citológica de la enfermedad de Bowen. En 1992 realizaron un segundo estudio en el que describieron la evolución natural clínica e histológica del acantoma de células grandes, clasificándose en patrón básico, patrón verrucoso que mostraba papilomatosis y patrón hiperqueratósico plano. A pesar de sus características similares con la estuocoqueratosis en su estadio hiperqueratósico, concluyeron finalmente que se trata de una lesión diferente a sus diagnósticos diferenciales.⁴



Figura 1. A. Placa hiperpigmentada, bien definida, en la región cigomática izquierda. **B.** Aperturas pseudofolliculares, glóbulos marrones, pseudorred, sin afectar estructuras anexas.

Mehregan y su grupo lo relacionan con el lentigo senil, ya que ambos muestran aumento en el número de melanocitos en la tinción con HMB45, lo que puede atribuirse en ambos casos a una piel previamente expuesta a daño solar crónico.⁵ En su artículo, Huther explica que pese a las múltiples similitudes con el lentigo solar se descarta esta hipótesis debido a su forma clínica hipopigmentada del acantoma de células grandes.³

En términos clínicos, se manifiesta como una mácula o placa circular u ovalada, queratósica, bien delimitada, levemente pigmentada, de 3-10 mm de diámetro aproximadamente, pueden ser asintomáticas y aparecen con frecuencia en

zonas fotoexpuestas, como la cara y los miembros superiores, como una lesión única en la mayoría de los casos,⁶ además, se han reportado lesiones múltiples, pero éstas, a diferencia, no son pigmentadas y predominan en el tronco y los miembros inferiores y se han relacionado con el virus del papiloma humano no oncogénico tipo 6, como lo mencionó Berger, actuando como un cofactor junto con la luz ultravioleta en la generación de acantomas.²

Histológicamente se encuentra una proliferación epidérmica circunscrita, en la que se identifican queratinocitos que miden al menos el doble del tamaño normal, así como hiperqueratosis orto-

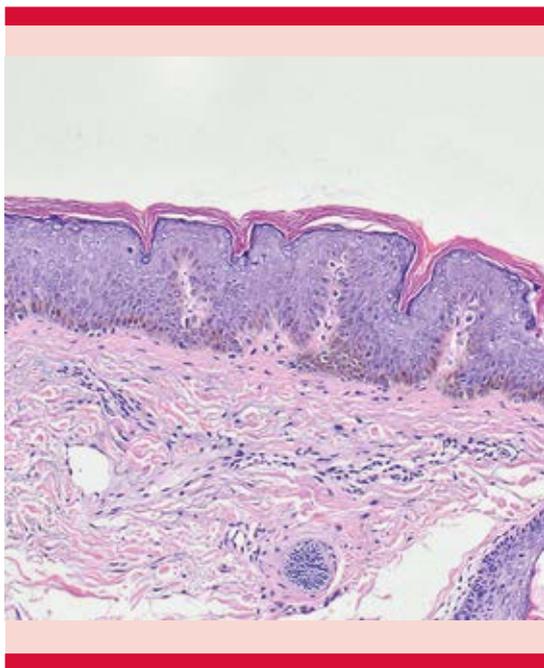


Figura 2. Hiperqueratosis, aumento del tamaño de algunos queratinocitos y pigmento basal.

queratósica, hipergranulosis, hiperchromía de la capa basal epidérmica y acantosis con epitelio que muestra crestas epidérmicas de disposición bulbosa. No se observa displasia nuclear ni figuras mitóticas atípicas.^{4,5}

Sabemos que es una afección distinta de sus diagnósticos diferenciales, aunque comparten características clínicas e histológicas similares con algunas diferencias, mencionadas en el **Cuadro 1**. En el lentigo solar las crestas de la red son más pequeñas y alargadas, con pigmento basal más prominente.^{3,7} En la queratosis seborreica hay similitud al patrón histológico verrucoso pero comparte características como epidermis con células y núcleos aumentadas de tamaño, y frecuentemente se observan con varios nucléolos.⁴

Queratosis actínica: clásicamente se describe como paraqueratosis focal, con pérdida de la capa granulosa y moderado engrosamiento de

la epidermis con elongación de crestas en forma de yemas o de palo de Hockey, con pérdida variable de la maduración de los queratinocitos y atipia moderada confinada a la capa basal de la epidermis.⁷ Además de las diferencias histológicas, las queratosis actínicas y los lentigos solares difieren al tener una tasa aumentada de proliferación epidérmica comparada con el acantoma de células grandes.⁸

Dermatoscópicamente no se ha llegado a un consenso, se han visto características parecidas a las de lentigo solar, como aperturas pseudofoliculares, puntos y glóbulos grises y marrones, áreas amarillas, opacas y homogéneas, superficie hiperqueratósica o descamativa, pero la principal característica es una pseudored rota o discontinua que puede observarse también en los lentigos solares.⁶

El tratamiento propuesto es principalmente preventivo con uso de protector solar y su remoción con criocirugía, curetaje y electrocauterización; el tratamiento sólo está indicado si el paciente desea eliminarlo por motivos cosméticos. Se ha implementado terapia fotodinámica con respuesta completa y mejores resultados cosméticos, este último no es de uso rutinario por su poca disponibilidad y costos.⁹

CONCLUSIONES

El acantoma de células grandes se manifiesta como una afección que, a pesar de ser un reto diagnóstico debido a su semejanza clínica e histológica con otras enfermedades, exhibe un curso indolente y sin riesgo de malignización, por tanto, con este caso pretendemos proporcionar más conocimiento de esta enfermedad, lo que permitiría evitar biopsias o tratamientos no justificados, además de observar su naturaleza clínica y establecer su epidemiología, criterios diagnósticos clínicos y dermatoscópicos y, de esta forma, realizar un enfoque certero e íntegro

Cuadro 1. Correlación del acantoma de células grandes y sus principales diagnósticos diferenciales

Acanthoma de células grandes	Lentigo solar	Queratosis seborreica	Queratosis actínica
Queratinocitos aumentados hasta el doble de tamaño, aumento proporcional nuclear, demarcado abrupto de los queratinocitos sanos adyacentes, se describen otras características como ortoqueratosis, capa granular prominente, papilomatosis, leve pigmentación basal, elongación de la red de crestas.	Elongación de la red de crestas en forma de palo de Hockey se extiende profundamente a la dermis como proyecciones digitiformes que forman una red de crestas similares a la variante reticular de la queratosis seborreica. Puede encontrarse gran hiperpigmentación basal	Queratinocitos pequeños, basaloideos y escamosos, con invaginaciones llenas de abundante queratina llamadas pseudoquistes córneos. Es frecuente encontrar nidos arremolinados de queratinocitos en su forma inflamada. Un tercio de las queratosis seborreicas son hiperpigmentadas	Paraqueratosis focal, con pérdida de la capa granulosa y moderado engrosamiento de la epidermis con formación de crestas irregulares, pérdida variable de la estratificación de la epidermis, con atipia moderada o intensa de los queratinocitos

Tomado de la referencia 7.

de esta afección. En este caso se dio tratamiento con electrofulguración superficial, con respuesta clínica completa.

REFERENCIAS

1. Pinkus H. Epidermal mosaic in benign and precancerous neoplasia (with special reference to large cell acanthomas). *Acta Dermatol (Kyoto)* 1970; 65: 75-81.
2. Berger T, Stockfleth E, Meyer T, Kiesewetter F, Funk JO. Multiple disseminated large-cell acanthomas of the skin associated with human papillomavirus type 6. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 335-337. doi:10.1016/j.jaad.2005.01.120.
3. Huther M, Cribier B. Acanthome à grandes cellules : étude anatomoclinique. *Ann Dermatol Vénéréol* 2016; 143 (2): 118-123. doi : 10.1016/j.annder.2015.10.589
4. Sánchez-Yus E, Del Rio E, Requena L. Large cell acanthoma is a distinctive condition. *Am J Dermatopathol* 1992; 14: 140-7. doi: 10.1097/00000372-199204000-00011.
5. Mehregan DR, Hamzavi F, Brown K. Large cell acanthoma. *Int J Dermatol* 2003; 42: doi: 10.1046/j.1365-4362.2003.01587.x.
6. Patsatsi A, Lazaridou E, Fotiadou C, Kyriakou A, Sotiriadis D. Large cell acanthoma: A debate throughout the decades. *Dermatol Pract Concept* 2014; 4 (1): 43-45. doi: 10.5826/dpc.0401a05.
7. Weedon D, Patterson J, Hosler G, Prensaw K. Weedon's skin pathology. 5th ed. Churchill Livingstone: *Dermatology Practical & Conceptual*, 2021; 513, 515, 516, 529.
8. Shahriari N, Grant-Kels JM, Rabinovitz HS, Oliviero M, Scope A. In vivo reflectance confocal microscopy features of a large cell acanthoma: report of a case. *Dermatol Pract Concept* 2016; 6 (3). doi: 10.5826/dpc.0603a14.
9. Pindado-Ortega C, Fernández-González P, Buendía-Castaño D, Carrillo-Gijón R, Harto-Castaño A, Pérez-García B. Two cases of large cell acanthoma successfully treated with photodynamic therapy. *Dermatol Ther* 2018; 31 (4): e12603. Doi:10.1111/dth.12603.