

Quiz / Disqueratoma verrucoso

Quiz / Verrucous Dyskeratoma

Zonia María Quijada Ucelo,¹ Selina Marioni Manríquez¹ y María Elisa Vega Memije²

¹ Residentes de la División de Dermatología.

² Dermatóloga y dermatopatóloga, Departamento de Dermatopatología.
Hospital General Dr. Manuel Gea González, México.

¿Cuál es su diagnóstico?

Presentamos el caso de una paciente de 66 años de edad quien acude a consulta por una lesión en la extremidad inferior izquierda, de tres meses de evolución asociada a prurito, la cual frotó varias veces con alcohol etílico. Sin antecedentes médicos de importancia. Durante el examen físico dermatológico se evidenció una dermatosis localizada en la cara anterior del muslo izquierdo, que afectaba la cara medial del tercio proximal del muslo, caracterizada por una neoformación queratósica de 8 × 7 mm, exofítica, cupuliforme de color café con centro gris, bordes definidos con leve eritema periférico

Revisión

El disqueratoma verrucoso (DV) es una lesión tumoral benigna, rara, descrita por primera vez por Helwig en 1954.¹ Poco después, en 1958, Graham y Helwig notaron similitudes con una lesión de la enfermedad de Darier y aplicaron el término “disqueratosis folicular aislada”. En su revisión de siete casos en 1957, Szymanski utilizó por primera vez la designación “verrucoso”, que deriva de la apariencia clínica, así como “disquerato” por la histología característica y “oma” que indica tumor.² De acuerdo con la literatura, presenta una incidencia alrededor de 0.8 por un millón personas al año, es más frecuente en varones de la cuarta a la séptima décadas de vida.¹

Se han mencionado múltiples hipótesis respecto a la etiología del DV, entre ellas están la infección por virus del papiloma humano, tumor de diferenciación folicular, fotoexposición, tabaquismo, autoinmunidad y carcinogénesis química.^{2,3} Diallo y colaboradores realizaron un estudio con inmunohistoquímica en diez casos de DV, donde encontraron un patrón de expresión de citoqueratina (CK) CK 5 y 17 en capas basales, CK 1 y 10 en capas suprabasales, lo que apoya el concepto de tumor aneural con diferenciación folicular.⁴ Esta teoría es controversial ya que se han informado hallazgos histológicos compa-

tibles con DV en la mucosa oral y vaginal, en ausencia de unidades pilosebáceas.⁵ La radiación ultravioleta puede estar implicada debido a que las lesiones predominan en áreas fotoexpuestas (DV). También se ha encontrado la mutación del gen ATP2A2, que es el responsable de la enfermedad de Darier.^{6,7}

La presentación clínica más frecuente del DV es una pápula o tumoración umbilicada con un tapón queratósico de 1 a 2 cm de diámetro, color piel, rojizo o marrón, con superficie lisa y redonda de crecimiento lento y sin degeneración maligna.^{5,6} En la mayoría de veces estas lesiones son únicas, pero se han descrito casos de presentación múltiple.³ Se localizan predominantemente en áreas fotoexpuestas, como la cabeza y el cuello, es menos frecuente en las extremidades y en la mucosa oral y genital.^{1,8} En general son asintomáticas, algunas pueden presentar prurito, sangrado, o secreción amarilla maloliente.¹

Clínicamente puede imitar otros trastornos cutáneos más comunes, como quiste infundibular, esteatocistoma, queratoacantoma, verruga vulgar, queratosis seborreica y carcinoma basocelular.^{1,9} Debido a su baja incidencia, en la mayor parte de los casos el diagnóstico de DV es histológico.

En la dermatoscopia es posible observar un área roja central rodeada de una figura en forma de rosquilla color rojo lechoso, con líneas blanquecinas dispuestas de manera radial, que semeja una medusa o lesión en el iris.^{6,10}

La histopatología revela una proliferación epitelial exoendofítica circunscrita en forma de copa, con una invaginación de la epidermis que consiste en epitelio cubierto por un tapón paraqueratósico, se evidencian papilas dérmicas alargadas (pseudovellosidades) con acantólisis suprabasal y disqueratosis, así como hipergranulosis.^{1,10} Asimismo se encuentran los cuerpos redondos y granos, que corresponden a células disqueratósicas acantolíticas con basofilia central y el núcleo picnótico rodeado de un halo claro, además de un infiltrado linfocítico leve

en la dermis papilar.^{2,3,5,6} Entre los diagnósticos diferenciales histológicos están: enfermedad de Darier (variante hipertrófica), enfermedad de Grover, enfermedad de Hailey-Hailey, pénfigo vegetante, siringocistoadenoma papilífero, acantoma acantolítico y cambios acantolíticos tumorales.^{1,3}

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica en huso o sacabocado, sin recurrencia hasta seis meses después del procedimiento. También se ha intentado el curetaje con electrodesecación e irradiación con rayos X, pero con altas tasas de recurrencia.⁵ Se han informado resultados exitosos con tazaroteno tópico en gel, que actúa en la diferenciación y proliferación de queratinocitos, es bien tolerado y conlleva un riesgo mínimo de toxicidad sistémica.¹¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Roche Gamón E, García-Melgares Linares M, Pérez Ferriols A y Fortea Bauxauli J, Disqueratoma verrucoso. Revisión de nuestros casos, *Med Cutan Iber Lat Am* 2007; 35:18-21.
2. Kerr P y Murphy M, Warty (follicular) dyskeratoma on the mons pubis, *Int J Women's Dermatol* 2017; 3:154-6.
3. Nesrin U, Balaban S, Mehtap K *et al*, Multiple warty dyskeratomas: case report, *Iranian J Publ Health* 2014; 43(8):1145-7.
4. Diallo M, Cribier B y Scrivener Y, Warty dyskeratoma: infundibular histogenesis. Anatomoclinical study of 43 cases, *Ann Dermatol Venerol* 2007; 134:633-6.
5. Lora V, Scarabello A y Cota C, Warty dyskeratoma as a cutaneous horn of the mons pubis, *Am J Dermatopathol* 2015; 37(10):802-4.
6. Salerni G, Alonso C, Calligaris M, Gorosito M y Fernández-Bussy R, Dermoscopy of multiple warty dyskeratomas, *Dermatol Pract Concept* 2017; 7(4):47-9.
7. Knopp E, Saraceni C, Moss J *et al*, Somatic ATP2A2 mutation in a case of papular acantholytic dyskeratosis: mosaic darier disease, *J Cutan Pathol* 2015; 42(11):853-7.
8. Allon I y Amos Buchner A, Warty dyskeratoma/focal acantholytic dyskeratosis: an update on a rare oral lesion, *J Oral Pathol Med* 2012; 41:261-7.
9. Tomoe N, Kaori U, Shigetsuna K *et al*, Case of warty dyskeratoma with unique dermoscopic features, *J Dermatol* 2018; 45:e74-5.
10. Yuri Isaka Y, Matsuda H, Ogita A *et al*, Case of warty dyskeratoma on the anterior chest: the relationship between its dermoscopic and histopathological findings, *J Dermatol* 2017; 45(6):e171-2.
11. Abramovits W y Abdelmalek N, Treatment of warty dyskeratoma with tazarotenic acid, *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:S4.