

Quiz / Queratosis seborreica adenoidea

Quiz / Adenoid seborrheic keratosis

Karen Uriarte-Ruiz,¹ Manuel Ernesto Amador-Rojero,¹ María Elisa Vega-Memije,¹ Sonia Toussaint-Caire,¹ Gerardo Torres-Barragán² y Marcela Hernández-Vera²

¹ Departamento de Dermatopatología

² Departamento de Dermatología

Hospital General Dr. Manuel Gea González

La queratosis seborreica es una de las patologías de la piel más comunes.¹ Esta patología tiene gran relevancia clínica por sus diversos diagnósticos diferenciales, entre ellos se encuentran nevo melanocítico, carcinoma de células escamosas y melanoma.² Se ha reportado que hasta 10% de las queratosis seborreicas puede tener una o más características comúnmente encontradas en melanoma, por ejemplo, una falsa red de pigmento.³

Dado que la queratosis seborreica puede simular un melanoma, y viceversa, es posible que esto ocasione un sobreinterpretación,⁴ por ello se recomienda utilizar el método de dos pasos de dermatoscopia.

El primer paso es para distinguir entre las lesiones melanocíticas y no melanocíticas, el segundo para diferenciarlas entre neoplasias melanocíticas benignas y melanoma, con esto se pretende guiar al observador hacia el diagnóstico probable y ayudar en la decisión de toma de biopsia, fue introducido por el consenso “Net Meeting on Dermoscopy” en 2001.^{5,6}

Las características comúnmente encontradas en la dermatoscopia de una queratosis seborreica son: quiste tipo milia (típicamente más de tres), aperturas tipo comedones, fisuras y crestas, patrón cerebriforme, queratina amarilla y bordes demarcados.³ Histopatológicamente las queratosis seborreicas se identifican porque tienen una proliferación bien delimitada de queratinocitos con pequeños quistes intraepidérmicos característicos llenos de queratina, papilomatosis, capilares alargados en la papila dérmica y pseudoquistes córneos en la epidermis que están abiertos hacia la superficie.²

Por su parte, las características encontradas en la dermatoscopia de melanoma son: red de pigmento atípica, glóbulos y puntos irregulares y pigmentados, pseudópodos, velo azul y blanco, signo azul y negro, regresión azul-gris y estructuras blanco-brillantes. Sin embargo, los casos de melanoma que clínicamente simulan una queratosis seborreica o viceversa pueden ser difíciles de diferenciar⁷ (tabla 1).

En 2018 Lallas y colaboradores propusieron cinco características más comúnmente asociadas a melanoma: red atípica con riesgo relativo para melanoma *in situ* de 3.7, líneas anguladas (OR 2.2), marcas prominentes en la piel (OR 3.4), regresión mayor a 50% (OR 4.7) y áreas de hiperpigmentación irregulares café oscuro o negras vistas en el centro de la lesión (OR 5.4).⁸ Por su parte, en 2017 Carrera y colaboradores determinaron que dentro de los factores independientes más importantes para diferenciar correctamente melanoma son: signo azul-negro, red de pigmento, pseudópodos o rayas y velo azul-blanco.⁹

En el presente caso exponemos una neoformación macroscópicamente pigmentada de aspecto melanocítico, cuya morfología genera dudas entre benignidad y malignidad, motivo por el cual se realizó biopsia, en la histopatología reveló una queratosis seborreica adenoidea, una de las variantes histológicas que se caracteriza por un patrón reticulado resultante de la elongación de los procesos epidérmicos que penetran en la dermis, e hiperpigmentación de las células de la capa basal, se sugiere que ésta puede surgir de un lentigo solar,¹⁰ y se ha asociado mayormente a localización en lugares fotoexpuestos, se ha reportado que la luz UV induce mutaciones en el gen que codifica FGFR3 que puede contribuir a su formación.¹¹

Tabla 1. Descripción de características dermatoscópicas de queratosis seborreica y melanoma

QUERATOSIS SEBORREICA	MELANOMA
<ul style="list-style-type: none"> • Quiste tipo milia • Apertura tipo comedones • Fisuras y crestas • Patrón cerebriforme • Queratina amarilla • Bordes demarcados 	<ul style="list-style-type: none"> • Red de pigmento atípica • Glóbulos y puntos irregulares y pigmentados • Pseudópodos • Velo azul y blanco • Signo azul y negro • Regresión azul-gris • Estructuras blanco-brillantes

Es fundamental realizar la distinción entre estas entidades ya que el pronóstico y tratamiento del paciente depende de ello. Las queratosis seborreicas se pueden tratar por medio de crioterapia, curetaje o electrodesección, la elección de estos métodos se debe hacer de forma individualizada, de acuerdo con el tamaño de la lesión y la experiencia del clínico.¹² Por otro lado, una vez que se ha establecido por biopsia el diagnóstico de melanoma, se debe hacer una escisión de márgenes amplios de piel sana para maximizar la probabilidad de supervivencia, la radioterapia adyuvante puede estar indicada si la ubicación del melanoma impide un margen de resección adecuado o si se considera que la lesión tiene un riesgo particularmente alto de recurrencia local.¹³

BIBLIOGRAFÍA

1. Serap A y Lawrene C, The status of the seborrheic keratosis, *Clin Dermatol* 2018; 36(2):275-7.
2. Minagawa A, Dermoscopy-pathology relationship in seborrheic keratosis, *J Dermatol* 2017; 44:518-24.
3. De Giorgi V, Massi D, Stante M y Carli P, False "melanocytic" parameters shown by pigmented seborrheic keratoses: a finding which is not uncommon in dermoscopy, *Dermatol Surg* 2002; 28(8):776-9.
4. Nufer K, Raphael A y Soyer P, Dermoscopy and overdiagnosis of melanoma *in situ*, *JAMA Dermatol* 2018; 154(4):398-9.
5. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S et al, Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the internet, *J Am Acad Dermatol* 2003; 48(5):679-93.
6. Chen L, Dusza S, Jaimes N y Marghoob A, Performance of the first step of the 2-step dermoscopy algorithm, *JAMA Dermatol* 2015; 151(7):715-21.
7. Longo C, Moscarella E, Piana S et al, Not all lesions with a verrucous surface are seborrheic keratoses, *J Am Acad Dermatol* 2014; 70(6):e121-3.
8. Lallas A, Longo C, Mandredini M et al, Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of melanoma *in situ*, *JAMA Dermatol* 2018; 154(4):414-9.
9. Carrera C, Segura S y Aguilera P, Dermoscopic clues for diagnosis melanomas that resemble seborrheic keratosis, *JAMA Dermatol* 2017.
10. Hafner C y Vogt T, Seborrheic keratosis, *J German Society Dermatol* 2008; 6(7):664-7.
11. Kyong N, Jin H, Won Y, Beom Y y Joong K, Clinical and histopathological investigation of seborrheic keratosis, *Ann Dermatol* 2016; 28(2):152-8.
12. Ranasinghe GC y Friedman AJ, Managing seborrheic keratoses. Evolving strategies for optimizing patient outcomes, *J Drug Dermatol* 2017; 16(11):1064-68.
13. Wheatley K, Wilson JS y Gaunt P, Surgical excision margins in primary cutaneous melanoma: a meta-analysis and Bayesian probability evaluation, *Cancer Treat Rev* 2016; 42:73.