

Queratosis seborreicas eruptivas y transitorias desencadenadas por una dermatitis seborreica

Transient eruptive seborrheic keratoses triggered by seborrheic dermatitis

B. Monteagudo¹, M. Cabanillas¹, O. Suárez-Amor¹, A. Ramírez-Santos¹, J. Labandeira²

¹Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol, España.

²Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela, España.

Correspondencia:

Benigno Monteagudo Sánchez
C/ Alegre, 83-85, 3º A
15401 Ferrol (A Coruña), España
Tel.: 34 981 334000
e-mail: benims@hotmail.com

Resumen

Los acantomas posteczema, también llamados queratosis seborreicas eruptivas transitorias, fueron descritos por Williams en 1956. Son lesiones similares a queratosis seborreicas que aparecen en áreas afectas por dermatosis inflamatorias y que se resuelven espontáneamente en los seis primeros meses tras la curación del proceso cutáneo de base. Con frecuencia se confunde esta entidad con el signo de Leser-Trélat. Presentamos los casos de dos pacientes con acantomas posteczema que aparecieron tras un brote de dermatitis seborreica.

(B. Monteagudo, M. Cabanillas, O. Suárez-Amor, A. Ramírez-Santos, J. Labandeira. Queratosis seborreicas eruptivas y transitorias desencadenadas por una dermatitis seborreica. Med Cutan Iber Lat Am 2011;39(2):63-65)

Palabras clave: Acantomas posteczema, dermatitis seborreica, queratosis seborreica, signo de Leser-Trélat.

Summary

Posteczema acanthomas, also called transient eruptive seborrheic keratoses, were first described by Williams in 1956. They are seborrheic keratoses-like lesions, usually involving areas affected by inflammatory dermatoses, and they tend to regress spontaneously in the following six months after the healing of the primary cutaneous condition. They are often misdiagnosed as the Leser-Trélat sign. We report two cases of eruptive posteczema acanthomas following an exacerbation of seborrheic dermatitis.

Key words: Posteczema acanthomas, seborrheic dermatitis, seborrheic keratoses, Leser-Trélat sign.

Las formas eruptivas de queratosis seborreicas (QS) pueden asociarse a procesos tan variados como embarazo, virus de la inmunodeficiencia humana y neoplasia maligna interna (signo de Leser-Trélat, durante las últimas décadas se ha debatido su carácter neoplásico)[1, 2].

Los acantomas posteczema son lesiones similares a QS que aparecen en áreas afectas por dermatosis inflamatorias y que se resuelven espontáneamente entre los 3 y 6 meses tras la curación del proceso cutáneo de base[3]. Es posible que algunas lesiones permanezcan estables haciéndose entonces indistinguibles de las QS comunes[4].

Presentamos los casos de dos pacientes con acantomas posteczema en áreas preesternal y axilar que aparecieron tras un brote de dermatitis seborreica en dicha localización.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 80 años de edad con los antecedentes personales de cardiopatía isquémica e hipercolesterolemia, que consultó por la presencia en el último mes de múltiples lesiones



Figura 1. Múltiples pápulas hiperpigmentadas e hiperqueratósicas bien delimitadas dispuestas en área preesternal.

pruriginosas limitadas al área preesternal, que se iniciaron coincidiendo con un eczema en esa zona.

A la exploración se apreciaron múltiples pápulas y placas hiperpigmentadas e hiperqueratósicas, bien delimitadas, rodeadas de eritema y cierta descamación dispuestas en región preesternal (Figura 1). Se observaron pseudoaperturas foliculares y pseudoquistes de millium como hallazgos dermatoscópicos más significativos.

Se estableció el diagnóstico de QS eruptivas desencadenadas por un eczema en el contexto de una dermatitis seborreica. Se inició tratamiento con la aplicación diaria de una combinación en crema de ácido fusídico y dexametasona durante 15 días. Se observó la desaparición paulatina tanto del eczema como de las QS en los 3 meses siguientes.

Caso 2

Mujer de 69 años de edad con los antecedentes personales de hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo II, que acudió a nuestro Servicio por la aparición hace 3 meses de lesiones levemente pruriginosas en ambas axilas, que se iniciaron coincidiendo con un eczema y que se limitaron al área afecta.

A la exploración se apreciaron múltiples pápulas parduzcas de superficie queratósica y bien delimitadas, entre 3 y 9 mm de diámetro, localizadas de forma bilateral en la región axilar (Figura 2). La dermatoscopia mostró pseudoaperturas foliculares, pseudoquistes de millium y zonas con un patrón en fisuras y criptas. El estudio histopatológico de una de las lesiones de la axila izquierda evidenció un tumor exofítico con hiperqueratosis, acantosis y leve papilomatosis. También se observaron quistes intraepidérmicos de queratina y un infiltrado inflamatorio linfocítico en la dermis papilar.



Figura 2. Lesiones parduzcas de superficie queratósica localizadas en región axilar.

Se estableció el diagnóstico de QS eruptivas desencadenadas por un intertrigo en el contexto de una dermatitis seborreica. Se pautaron emolientes con reducción del prurito y regresión espontánea en dos meses, sin dejar cicatriz, de las lesiones.

Comentario

Los acantomas posteczema fueron descritos por primera vez por Williams en 1956[3]. Posteriormente se han empleado otros términos para describir lesiones similares: acantomas postpénfigo, QS eruptivas transitorias o hiperplasia verrucosa transitoria[5]. Se trata de un síndrome reaccional que ocurre sobre una dermatosis sin necesidad de que ella sea de naturaleza eczematosa. Se ha descrito tras una eritrodermia de causa eczematosa[3], psoriásica o secundaria a dermatitis de contacto alérgica[3], un tumor renal benigno, erupción medicamentosa, pitiriasis rubra pilaris [6], síndrome de Sézary o micosis fungoide (casos englobados como signo de Leser-Trélat en pacientes con síndrome de Sézary o con micosis fungoide son en realidad QS secundarias a la eritrodermia originada por dicho proceso más que por el hecho de ser neoplásico[6, 7]). Las formas localizadas son menos frecuentes y pueden ser causadas por eczemas[8], micosis fungoide[4], intertrigo[9], pénfigo vulgar o foliáceo[6], lepra lepromatosa[10] y necrosis epidérmica tóxica[5]. Existen formas de QS limitadas en áreas sobreinfectadas, en un área tatuada[11], en una mama afecta por un carcinoma de mama[12], en un injerto o tras criocirugía[13] u otro proceso quirúrgico[14].

La etiopatogenia de estas formas eruptivas es desconocida. Distintas teorías implican como origen de la proliferación epidérmica a una infección viral, sustancias con una estructura similar a los factores de crecimiento epidérmico sintetizados

y liberados por los linfocitos activados por los cambios inflamatorios (modelo similar a la patogenia del signo de Leser-Trélat o de la acantosis nigricans), infiltrado inflamatorio de células mononucleares o estímulos locales como la presión que justifiquen su mayor frecuencia en la espalda o los pliegues[3, 5, 9]. Dado que los eczemas o eritrodermias son procesos relativamente frecuentes y las QS eruptivas transitorias son raras, parece claro que es necesario algún factor de predisposición individual como predilección para padecer QS[4]. Dada la relación que existe entre dermatitis seborreica y QS en nuestros casos se debe destacar un trabajo reciente que indica el posible papel patogénico de *Malassezia* en la QS de igual modo que el ya conocido en la dermatitis seborreica[15].

En el diagnóstico diferencial deben considerarse múltiples procesos y de muy distinta naturaleza que se presentan como lesiones hiperpigmentadas y/o queratósicas agrupadas (sobre todo en pliegues): las verrugas vulgares[16] (los pacientes con epidermodisplasia verruciforme desarrollar lesiones similares a QS en área facial[17]), el halo eczematoso alrededor de QS (tipo “fenómeno de Meyerson”)[18], el signo de Crowe (pacientes con neurofibromatosis tipo I), la papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carteaud[19], la enfermedad de Dowling-Degos, la enfermedad de Galli-Galli, los acrocordones secundarios a fricción[20] y los nevos melanocíticos adquiridos agminados.

Bibliografía

- Hafner C, Vogt T. Seborrheic keratosis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008; 6: 664-77.
- Li M, Yang LJ, Zhu XH, Zhang YS, Sun H, Jiang PD, Zhang RR, Tang W, Cai Y. The Leser-Trélat sign is associated with nasopharyngeal carcinoma: case report and review of cases reported in China. *Clin Exp Dermatol* 2008; 34: 52-4.
- Williams MG. Acanthomata appearing after eczema. *Br J Dermatol* 1956; 68: 268-71.
- Ginarte M, Sánchez Aguilar D, Peteiro C, Toribio J. Acanthomas post eczema durante el tratamiento con PUVA de una micosis fungoide. *Med Cutan Iber Lat Am* 1995; 23: 103-6.
- García Doval I, Flórez A, de la Torre C, Conde A, Cruces MJ. Transient verrucous hyperplasia after toxic epidermal necrolysis. *Br J Dermatol* 2003; 149: 1082-3.
- Gleeson CM, Chan I, Griffiths WAD, Bunker CB. Eruptive seborrheic keratoses associated with erythrodermic pityriasis rubra pilaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 217-8.
- Bursztein AC, Doumat-Batch F, Granel-Brocard F, Perrin A, Cuny JF, Barbaud A, Schmutz JL. Syndrome de Sézary et syndrome de Leser-Trélat: association fortuite? *Ann Dermatol Venerol* 2008; 135: 287-90.
- Monteagudo B, Álvarez Álvarez C, López Mouriño VM. Queratosis seborreicas eruptivas desencadenadas por un eczema. *Actas Dermosifiliogr* 2005; 96: 130.
- Monteagudo B, Bordel MT, Cabanillas M, de las Heras C, Cacharrón JM. Queratosis seborreicas eruptivas y transitorias desencadenadas por un intertrigo. *Piel* 2008; 23: 221.
- D'Souza M, Garg BR, Reddy BS, Ratnakar C. Lepromatous leprosy with extensive truncal seborrheic keratoses and acral verruca vulgaris. *Int J Dermatol* 1994; 33: 498-500.
- Nicollé E, Bessis D, Guilhou JJ. Kératoses séborrhéiques éruptives sur tatouage. *Ann Dermatol Venerol* 1998; 125: 261-3.
- Shamsadini S, Wadji MB, Shamsadini A. Surrounding ipsilateral eruptive seborrheic keratosis as a warning sign of intraductal breast carcinoma and Paget's disease (Leser Trélat sign). *Dermatol Online J* 2006; 12: 27.
- Winkelman RK. Superficial spreading (and disappearing) seborrheic keratosis. *Cutis* 1990; 63: 235-7.
- Satterfield PA, Haas AF. Postoperative localized eruption of seborrheic keratoses. *J Am Acad Dermatol* 1998; 38: 267-8.
- Borenstein M, Mirzabeigi M, Vincek V. Pityrosporum and seborrheic keratosis: an association. *Dermatol Online J* 2005; 11: 3.
- Monteagudo Sánchez B, León Muiños E, Suárez Conde I, Antón-Badiola I. Verrugas en tatuaje. *Piel* 2004; 19: 526-9.
- Foong HBB, Ibrahim OA, Elperin DJ, Tying S, Rady P, Carlson JA. Multiple facial seborrheic keratosis-like lesions in a young woman with epidermodysplasia verruciformis. *Int J Dermatol* 2008; 47: 476-8.
- Rosen R, Paver K, Kossard S. Halo eczema surrounding seborrheic keratoses: an example of perilesional nummular dermatitis. *Australas J Dermatol* 1990; 31: 73-6.
- Cabanillas González M, Monteagudo Sánchez B, León Muiños E, de las Heras Sotos C, Cacharrón Carreira JM. Papilomatosis reticulada y confluyente de Gougerot-Carteaud. *An Pediatr (Barc)* 2008; 68: 628-9.
- Cabanillas M, Monteagudo B, Labandeira J, de las Heras C, Toribio J. Acrocordones secundarios a fricción por mula. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100: 80-2.