



Localizador: 13058

Queratoacantoma digital distal: presentación de dos casos y revisión de la bibliografía médica

Digital distal keratoacanthoma: Report of two cases and review of the literature

Sofía de Asís Cuestas,* M Pilar Pérez García,* Pilar Soriano,* Amparo Fuertes Prosper,* Almudena Mateu Puchades,* Amparo Marquina Vila*

Palabras clave:

Queratoacantoma,
subungual.

Key words:

Keratoacanthoma,
subungual.

RESUMEN

El queratoacantoma digital distal (QDD) está considerado como una variante agresiva del queratoacantoma común. Se trata de una entidad infrecuente, pero de gran relevancia clínica debido al reto que supone el diagnóstico diferencial de esta lesión, aspecto de especial interés a la hora de planificar el tratamiento de estos pacientes. Presentamos dos casos de QDD con afectación del primer dedo de la mano, acompañados de una lesión lítica en las pruebas de imagen y que fueron tratados con exéresis simple sin recidivas posteriores.

ABSTRACT

Digital distal keratoacanthoma is considered as an aggressive variant of keratoacanthoma. It is a rare entity, but of great clinical relevance due to the challenge in the differential diagnosis of this lesion as well as with special attention in the treatment for this condition. We describe two cases of DKA with involvement of the thumb, and accompanied by an osteolytic lesion. They were treated with simple excision without recurrences.

El queratoacantoma digital distal (QDD) está considerado como una variante agresiva del queratoacantoma común. Se trata de una entidad infrecuente, pero de gran relevancia clínica debido al reto que supone el diagnóstico diferencial de esta lesión, aspecto que tendrá especial interés a la hora de planificar el tratamiento de estos pacientes. Se presentan dos casos de QDD con afectación del primer dedo de la mano, acompañados de una lesión lítica en las pruebas de imagen y tratados con exéresis simple sin recidivas posteriores.

mándola pero sin llegar a destruirla. Tanto a nivel periungueal como en pulpejo del dedo se aprecia una coloración discretamente eritemato-violácea sin signos de infección (*Figura 1 A y B*). El resto de la exploración física resultó anodina.

Con la sospecha de un carcinoma epidermoide, una cutánide (dado el importante antecedente tabáquico del paciente) o algún tipo de lesión benigna como una exóstosis o un quiste de inclusión, se solicitó una radiografía de tórax que muestra cambios de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una radiografía de la mano en la que aparece una imagen lítica (*Figura 1 C*), siendo un defecto óseo bien delimitado, con forma de copa y sin signos de reacción perióstica. Se realizó exéresis de la lesión apreciándose a nivel histológico un cráter central lleno de queratina amorfa, un epitelio sin atipia nuclear y múltiples células desqueratósicas eosinófilas, siendo todo ello compatible con un QDD (*Figura 2 A, B y C*). Además se realizó una tinción con Ki67 que fue débilmente positiva en la capa basal. En controles posteriores el paciente se mantiene asintomático y no ha presentado signos de recidiva de la lesión.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Varón de 64 años, fumador, diabético y dislipémico sin otros antecedentes médicos de interés, presenta desde hace tres meses una tumoración en primer dedo de la mano izquierda que ha ido creciendo de forma rápida, acompañada de dolor muy intenso, refiriendo traumatismo local con objeto punzante cuatro meses antes de la aparición de la misma.

A la exploración presenta a nivel subungueal una lesión de aspecto tumoral, carnosa, que desplaza la lámina ungual hacia arriba defor-

* Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Conflictos de intereses:
Ninguno.

Recibido:
16/Diciembre/2013.
Aceptado:
24/Julio/2014.



Caso 2: Mujer de 57 años, entre sus antecedentes sólo destaca un moderado hábito tabáquico. Consulta por una lesión en primer dedo de mano derecha, de unos dos años de evolución, pero que claramente había mostrado un empeoramiento acelerado en el último mes debido a un crecimiento brusco y en la actualidad intensamente dolorosa. Refería traumatismo local meses antes de la aparición de la misma.



Figura 1. Caso 1, A y B) Lesión tumoral carnosa que deforma la lámina ungueal en primer dedo de mano izquierda. C) Defecto lítico en falange subyacente a la lesión que adopta forma de copa.

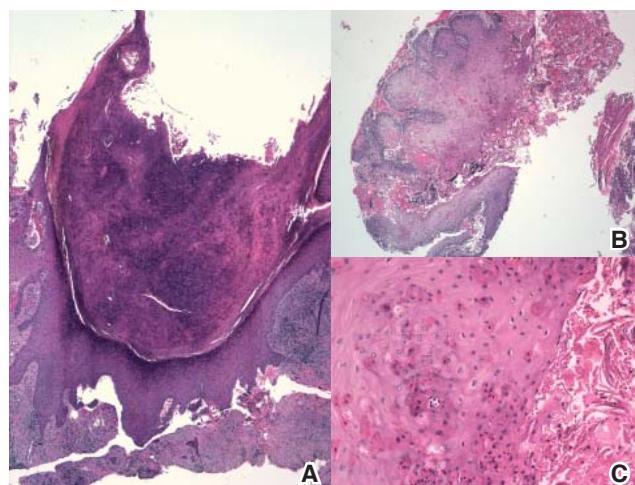


Figura 2. A) Imagen característica con un cráter central relleno de queratina, no se aprecian atipias en el epitelio. B) Presencia de abundantes células disqueratósicas eosinófilas, típicas de estas lesiones. C) Detalle a mayor aumento de las células disqueratósicas eosinófilas.

Presentaba una lesión subungueal tumoral muy queratósica que destruía parcialmente la uña, sin signos de infección acompañante y que había sido tratada con antifúngicos orales sin respuesta (*Figura 3 A*).

En este caso también se solicitó una radiografía de tórax que no mostró alteraciones y en las pruebas de imagen de la mano aparecía una lesión lítica bien delimitada con criterios radiológicos de benignidad (*Figura 3 B*).

Se realizó una exéresis simple y en el estudio de la pieza se apreciaron las mismas características histológicas que en la lesión del paciente citado anteriormente, confirmando que se trataba de un QDD. La paciente se ha mantenido asintomática tras la intervención, sin mostrar signos de recidiva local.

COMENTARIO

El queratoacantoma digital distal (QDD) es una entidad poco frecuente, considerada como una variante agresiva de queratoacantoma (QA).¹ Predomina en varones de edad media y aparece con más frecuencia en los tres primeros dedos de la mano, fundamentalmente en el primero. La etiología es desconocida, pero la mayoría de los pacientes referirá un traumatismo local previo donde posteriormente se desarrolla la lesión, se han propuesto como factores predisponentes las infecciones crónicas, las radiaciones, los arsenicales y el alquitrán. En los casos



Figura 3. Caso 2, A) Tumoración subungueal hiperqueratósica con onicolisis parcial en primera uña de mano derecha. B) Defecto óseo secundario apreciable en la radiografía.

publicados hasta la fecha no ha podido establecerse una relación entre el virus del papiloma humano y este tipo de lesiones.²

Clínicamente se presenta como una lesión de aspecto tumoral, carnosa, verrucosa o en ocasiones más hiperqueratósica.³ Al presionar la lesión en algunos pacientes, ésta elimina un material blanquecino no purulento que recuerda a la queratina. Se trata de una lesión que aumenta de tamaño de forma rápida y que ocasiona intenso dolor. A diferencia del QA común, esta entidad aparece sobre piel lampiña, no tiende a la resolución espontánea, carece de collarete epitelial y presenta una marcada tendencia a la invasión en profundidad, provocando en ocasiones destrucción ósea,¹ evidenciada en las pruebas de imagen como un defecto óseo en la falange subyacente, producido por compresión y que por tanto tendrá criterios radiológicos de benignidad, como la ausencia de reacción perióstica y el hecho de que el defecto esté bien delimitado.

Ante una lesión de estas características, el abanico de posibilidades del diagnóstico diferencial es amplio e incluirá tanto lesiones benignas: una exóstosis, un quiste de inclusión, un tumor glómico, un quiste mucoide, etcétera, como lesiones malignas: entre las cuales se plantea la metástasis cutánea de un carcinoma visceral primario^{4,5} o un carcinoma epidermoide (CE), siendo este último el diagnóstico diferencial más relevante y a la vez complicado,⁶ ya que clínicamente puede ser indistinguible del QDD y también puede producir lesión lítica.² En la actualidad persiste cierta controversia, ya que algunos autores consideran el QA como una variante de bajo grado del CE o incluso una lesión precursora, mientras que otros consideran que se trata de entidades bien diferenciadas.⁷ El QDD aparece en edades más tempranas (sexta década de vida) y crece de forma más rápida. Además, el defecto óseo es por compresión a diferencia del producido por el CE que da lugar a una lesión lítica por infiltración acompañada de reacción perióstica y está mal delimitada, siendo estos criterios asociados a lesiones malignas.

Por último y siendo la clave para diferenciar estas dos entidades, se cuenta con el estudio histológico,⁸ en el caso del QDD se apreciará una lesión con un componente exofítico y otro endofítico, un cráter central lleno de queratina amorfía, un epitelio con hiperqueratosis y paraqueratosis pero sin atipia, con escasas mitosis y con múltiples células disqueratósicas eosinófilas, siendo este

último un dato característico de esta entidad. Por otro lado en el CE predominará la atipia nuclear y el elevado número de mitosis. Para valorar el grado de actividad proliferativa podemos realizar una tinción con Ki67, el QDD sólo presentará actividad en la capa basal, mientras que el CE presentará una marcada actividad mitótica en todas las capas del epitelio.⁹ Además, recientemente se están investigando otros marcadores que permitan diferenciar con mayor seguridad estas lesiones, se ha observado que en el QA está incrementada la expresión de NFKB1 y de cortactina, especialmente en la variante digital distal,¹⁰ así como el oncogen p53 cuya expresión en el QA es rara y si está presente es muy sutil, mientras que en el CE la positividad es intensa y difusa para este marcador.⁹

Este último aspecto es muy importante para poder realizar un correcto abordaje terapéutico. La primera línea de tratamiento de estos pacientes es la cirugía conservadora, pudiéndose realizar exéresis simple o cirugía de Mohs. Existen casos publicados que han respondido al metrotexate local¹¹ o sistémico y al 5-fluorouracilo intralesional,¹² reservándose la cirugía agresiva que en ocasiones requiere la amputación para aquellos casos que son muy destructivos localmente o que presentan múltiples recurrencias. Por tanto, excluir un CE es crucial para evitar una cirugía agresiva, en ocasiones mutilante, en aquellos pacientes en los que no sea estrictamente necesaria.

CONCLUSIONES

Se debe sospechar un QDD ante una lesión tumoral dolorosa a nivel subungueal. El QDD es una variante agresiva y poco frecuente del QA que característicamente afecta al primer dedo de la mano y con frecuencia aparece tras un traumatismo a nivel local. Clínicamente se manifiesta como una tumoración dolorosa subungueal que produce una imagen lítica con características benignas en las pruebas de imagen. La primera línea de tratamiento de estos pacientes es la cirugía simple o la cirugía de Mohs y su principal diagnóstico diferencial es el carcinoma epidermoide, siendo de vital importancia descartar esta entidad para evitar cirugías mutilantes en casos innecesarios.

Correspondencia:
Dra. Sofía de Asís Cuestas
E-mail: aifosofia@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Baran R, Goettmann S. Distal digital keratoacanthoma: a report of 12 cases and a review of the literature. *Br J Dermatol.* 1998; 139: 512-515.
2. Gómez VM, Navarra AR, Martín-Urda MT, Abellaneda FC, Tapia G. Carcinoma escamoso subungueal. Presentación de dos casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2010; 101: 654-656.
3. Baran R, Mikhail G, Costini B, Tosti A, Goettmann-Bonvallot S. Distal digital keratoacanthoma: two cases with a review of the literature. *Dermatol Surg.* 2001; 27: 575-579.
4. Fernández-Antón MMC, Parra-Blanco V, Avilés IJA, Suárez FRM. Metástasis cutáneas de origen visceral. *Actas Dermosifiliográficas.* 2013; 104: 841-853.
5. Cohen PR. Metastatic tumors to the nail unit: subungual metastases. *Dermatol Surg.* 2001; 27(3): 280-293.
6. González-Rodríguez AJ, Gutiérrez-Paredes EM, Montesinos-Villaescusa E, Burgués GO, Jordá-Cuevas E. Queratoacantoma digital distal: importancia del diagnóstico diferencial con el carcinoma escamoso sugungueal. *Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103: 549-551.
7. Ko CJ. Keratoacanthoma: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010; 28: 254-261.
8. Cribier B, Asch PH, Grosshans E. Differentiating squamous cell carcinoma from keratoacanthoma using histopathological criteria. Is it possible? A study of 296 cases. *Dermatology.* 1999; 199: 208-212.
9. Connolly M, Narayan S, Oxley J, de Berker DA. Immunohistochemical staining for the differentiation of subungual keratoacanthoma from subungual squamous cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol.* 2008; 33: 625-628.
10. Honma M, Kato N, Hashimoto M, Takahashi H, Ishida-Yamamoto A, Iizuka H. Subungual keratoacanthoma: analysis of cell proliferation and copy number variation of oncogenes compared with periungual squamous cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol.* 2011; 36: 57-62.
11. Martorell-Calatayud A, Requena C, Nagore E, Sanmartín O, Serra-Guillén C, Botella-Estrada R et al. Ensayo clínico: la infiltración intraleisional con metotrexato de forma neoadyuvante en la cirugía del queratoacantoma permite obtener mejores resultados estéticos y funcionales. *Actas Dermosifiliogr.* 2011; 102: 605-615.
12. Goette DK, Odom RB, Arrott JW, Diakon NC, Horn Jr RT. Treatment of keratoacanthoma with topical application of fluorouracil. *Arch Dermatol.* 1982; 118: 309-311.

www.medigraphic.org.mx