

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen

Volume

12

Número

Number

3

Septiembre-Diciembre

September-December

2003

Artículo:

**Queratoacantoma. Comunicación de un
caso**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

***Others sections in
this web site:***

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Queratoacantoma. Comunicación de un caso

Dr. Daniel Alcalá,* Dr. Rodrigo Gutiérrez,** Dra. Rosa María Gutiérrez,*** Dr. Armando Medina,****
Dr. Alberto Ramos-Garibay*****

RESUMEN

Se describe el caso de una paciente de 47 años quien presenta una neoformación de 3 semanas de evolución, en el área paranasal, de bordes bien definidos, crateriforme, eritematoso, de 27mm de diámetro. Los resultados de la biopsia fueron compatibles con el diagnóstico clínico de queratoacantoma. Debido al diámetro y su localización fue tratada con radioterapia.

Palabras clave: Queratoacantoma, radioterapia.

ABSTRACT

A 47-year-old woman presented with a crater-shaped, symmetrical, sharply demarcated, erythematous tumor or 27 mm diameter that developed within 3 weeks at the paranasal zone. Results from a biopsy were compatible with the clinical diagnosis of keratoacanthoma. Because the diameter and the localization the tumor was removed by radiotherapy.

Key words: Keratoacanthoma, radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

El queratoacantoma es una neoplasia escamosa cutánea queratinizante común, caracterizada por un crecimiento rápido y abundante, seguido por involución espontánea, cuya aparición clásica es en la piel expuesta al sol de individuos de edad avanzada de piel clara. Ha recibido como sinónimos carcinoma escamoso primario que se autocura, molusco pseudocarcinomatoso, queratosis símil tumor, verrugoma, úlcera crateriforme, hiperplasia seudoepitelomatosa cutánea idiopática, molusco sebáceo, seudoepiteloma de células escamosas y quiste sebáceo atípico.¹

HISTORIA

En 1889 Sir Jonathan Hutchinson realizó la primera descripción del queratoacantoma solitario, y lo denominó “úlcera crateriforme de la cara”, en 1934 Ferguson-

Smith informó del primer caso documentado del queratoacantoma múltiple, en 1950 Grzybowski describió un “tipo eruptivo” ahora reconocido como una variante rara de queratoacantoma múltiple. Se acredita a Freudenthal el haber sugerido el término “queratoacantoma”.¹

EPIDEMIOLOGÍA

Los queratoacantomas ocurren casi dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. El tumor se presenta más a menudo entre los 60 y 65 años y aunque se han documentado casos en lactantes son raros antes de los 20 años. Son neoformaciones que aparecen principalmente en piel con pelos expuesta al sol de la cara y las manos, si bien se ha informado de lesiones desarrolladas en forma exclusiva en mucosas y semimucosas (conjuntiva, mucosa nasal, labios, mucosa perianal y anal, mucosa oral, lengua, paladar y encías), así como en las palmas y plantas y en la región subungueal.²

ETIOLOGÍA

Su etiología aún no se conoce, se han relacionado diversos factores como son: las infecciones virales por

* Dermato-Oncólogo egresado del Centro Dermatológico Pascua.

** Dermatólogo egresado del CDP.

*** Jefa del Servicio de Dermato-oncología del CDP.

**** Dermato-Oncólogo del CDP.

***** Dermatohistopatólogo del CDP.

virus del papiloma humano de los tipos 9, 11, 13, 16, 24, 25, 33, 37 y 57,⁴ las radiaciones ultravioleta, las radiaciones ionizantes, los carcinógenos químicos como la brea y el alquitrán, traumatismos previos como rasguños, quemaduras, cortes al afeitarse, picaduras de insectos, astillas de madera etc., por otro lado se han asociado con otras dermatosis como: el eccema, la dermatitis seborreica, psoriasis, rosácea, xeroderma pigmentoso, erupciones por fármacos, herpes simple, radiodermatitis, liquen simple crónico, nevo epidérmico linear, foliculitis, acné conglobata, lupus eritematoso discoide, nevo sebáceo, miliaria y otras lesiones precancerosas y cancerosas de la piel.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El queratoacantoma es un tumor cutáneo común, pero su incidencia exacta se desconoce por diversos motivos:

- 1) Las lesiones que remiten en forma espontánea pueden no ser vistas o tratadas por médicos.
- 2) Puede confundirse clínica e histológicamente con un carcinoma espinocelular (CE).
- 3) Puede diagnosticarse por error como una queratosis benigna o verruga.

Los principales diagnósticos diferenciales son: carcinoma epidermoide, hiperplasia seudoepiteliomatosa, verruga vulgar, disqueratoma verrugoso, cuerno cutáneo, queratosis solar, queratosis seborreica, molusco contagioso, tumores de anexos, carcinoma de células basales, queratosis folicular invertida, tricofoliculoma y granulomas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El queratoacantoma tiene tres estadios de desarrollo, el primero es de crecimiento rápido, en el que llega a medir de 10 a 25 mm de diámetro en 6-8 semanas iniciando con una pequeña mácula roja que luego adopta un aspecto papular seguido de una lesión típica con centro crateriforme. La segunda etapa es la de maduración donde la lesión deja de crecer y permanece estacionaria con su forma de cúpula o cráter, por último la fase de resolución donde se produce expulsión del tapón córneo y resorción de la masa tumoral, dando como resultado una cicatriz atrófica e hipopigmentada. Cada una de las etapas tiene una duración aproximada de 2 a 8 semanas y su presentación clínica va a depender de la variedad de queratoacantoma (*Cuadro I*).

CUADRO I. VARIANTES CLÍNICAS DE QUERATOACANTOMA.

1. Queratoacantoma solitario
 - Queratoacantoma gigante
 - Queratoacantoma centrífugo marginado
 - Queratoacantoma subungueal
 - Queratoacantoma disqueratótico y secretor
2. Queratoacantoma múltiple
 - De tipo de Ferguson-Smith
 - De tipo de Grzybowski (queratoacantoma eruptivo generalizado)
 - De tipo de Witten y Zak
3. Otras variantes
 - Queratoacantoma agresivo
 - Queratoacantoma verrugoso

Fuente: Friedman. Cáncer de piel.

En un estudio de 596 nevos sebáceos que se asociaron a otra neoformación, cuatro pacientes presentaron un queratoacantoma, la localización de los nevos sebáceos fue en la cara y la edad promedio de los pacientes fue de 32 años.¹¹

Algunos autores³ afirman que el queratoacantoma puede llegar a malignizarse convirtiéndose en un carcinoma epidermoide. En su estudio deducen que al menos el 25% de los queratoacantomas solitarios tienen una transformación maligna, lo que ocurre con más frecuencia en personas de edad avanzada y en áreas fotopuestas. Comentan a su vez que el QA tiene un cráter multilocular y que el contenido corniforme no rebasa los límites de dicha neoformación.

QUERATOACANTOMA SOLITARIO

Es el más común, no llega a medir más de 2.6 cm de diámetro, por lo general no hay induración en la base del tumor ni hay fijación de la masa a las estructuras subyacentes.

Queratoacantoma gigante. Es una variante poco común del queratoacantoma solitario y mide más de 2.6-3 cm de diámetro, la causa de este crecimiento se desconoce, sin embargo, se relaciona con alteraciones en la inmunidad del paciente.

Queratoacantoma centrífugo marginado. Fue descrito por primera vez por Miedzinski y Kozkiewics, el tumor muestra un crecimiento periférico progresivo con curación central concomitante que ha llegado a medir hasta 20 x 14 cm.

Watanabe y colaboradores comunicaron el caso de un paciente de 72 años con un queratoacantoma centrífugo marginado (QCM) de 4.7 x 2.2 cm que se desarrolló en una cicatriz quirúrgica en el dorso de la mano derecha.⁵

Queratoacantoma subungueal. Es una rara neoformación que principalmente afecta la uña de los dedos pulgar o índice de individuos en la cuarta a sexta décadas. Esta lesión muestra poca o ninguna tendencia a la remisión espontánea y finalmente puede destruir la parte terminal de la falange distal erosionándola por presión.

Queratoacantoma disqueratótico y secretor. Es una variante rara que se reconoce por sus aspectos histológicos característicos de marcada disqueratosis y acantólisis. En algunos pacientes el tapón central de queratina está humedecido por un exudado seroso, lo que puede ser una característica clínica.

QUERATOACANTOMA MÚLTIPLE

Tipo de Ferguson-Smith. Es el más frecuente de los queratoacantomas múltiples, el 70% de los afectados son hombres, predomina en la edad adulta temprana, se presenta con cientos de lesiones en áreas expuestas y no expuestas, puede producir una cicatriz profunda y más destructiva, son comunes los antecedentes familiares, el compromiso de las mucosas es poco común y puede llegar a durar muchos años.

Tipo Grzybowski. Es una variante muy rara que se presenta en la cuarta a séptima décadas, sin predominio por el sexo, con miles de lesiones de aspecto papular, con un diámetro aproximado de 2 x 3 mm en áreas expuestas y no expuestas de distribución generalizada, que no cursan con remisión espontánea y pueden llegar a comprometer a las mucosas, cursando con prurito intenso y la posibilidad de dejar cicatrices. Desde 1950 que fue su primera descripción, sólo se han comunicado hasta el año 2002, 29 casos, incluyendo el de una paciente de 69 años quien cursó con evolución negativa llegando a presentar una facies esclerótica similar a una máscara y ectropión.¹⁰

Tipo Witten y Zak. En la actualidad se reconoce que esta variante es una combinación de queratoacantoma múltiple de los tipos de Ferguson Smith y de Grzybowski, en la cual ocurren lesiones de ambas formas.

OTRAS VARIANTES

Queratoacantomas agresivos. Se han informado de lesiones agresivas en cara principalmente en la nariz donde son particularmente destructores, dichos queratoacantomas pueden estar asociados con otras neoplasias o con el compromiso de la respuesta inmune.

Queratoacantoma verrugoso. Este tipo de queratoacantoma no posee la típica invaginación central con forma de copa, ya que su superficie es verrugosa y muestra un cuerno cutáneo suprayacente e hiperplasia epitelial subyacente.

TRATAMIENTO

Si bien la mayoría de los queratoacantomas remite en forma espontánea sin tratamiento, por lo general se aconseja la intervención terapéutica por los siguientes motivos:

1. Para acelerar la resolución por motivos estéticos.
2. Para prevenir la incrustación en estructuras vitales, secundaria a un crecimiento rápido.
3. Para producir un mejor resultado estético.
4. Porque no siempre puede diferenciarse con absoluta confianza un queratoacantoma de un CE.
5. Porque durante la fase de crecimiento temprana no puede predecirse el tamaño final de la lesión y el área resultante de destrucción de tejido normal.
6. Porque en muchos de los casos el tratamiento es simple y efectivo.
7. Porque se ha informado que la intervención terapéutica disminuye la incidencia de recidivas.

Existen múltiples opciones terapéuticas como lo son: escisión quirúrgica, electrodesecación y curetaje, criocirugía, radiación, esteroide intralesional, 5-fluorouracilo tópico o intralesional, bleomicina intralesional o intravenosa, isotretinoína y etretinato sistémicos, interferón,⁸ cirugía micrográfica de Mohs y observación cuidadosa hasta que ocurre resolución espontánea.

El primer caso de queratoacantoma tratado satisfactoriamente fue comunicado por el Dr. Belisario en 1959,⁹ dicho manejo alcanzó su popularidad entre 1960 y 1970, sin embargo, se disminuyó su uso al incluir el 5-fluorouracilo en el manejo de los queratoacantomas. Se desconoce como los esteroides causan la regresión de los queratoacantomas.⁷

Sanders y colaboradores comunicaron el caso de una paciente de 55 años que cursaba con múltiples queratoacantomas y fue tratada con triamcinolona intralesional 20 mg/mL, un mes después tuvo regresión de todas las lesiones, no obstante, tres meses después presentó nuevas lesiones que fueron manejadas con triamcinolona y metrotexate intralesional, sin embargo, la paciente continuó con nuevos brotes.⁷

El metrotexate intralesional es más económico y más fácil de manejar que el 5-Fluorouracilo intralesional, sin



Figura 1. Se observa una neoformación crateriforme de bordes bien definidos, eritematosos e infiltrantes.



Figura 2. Se observan los resultados estéticos y funcionales satisfactorios.

embargo, se han reportado casos de pancitopenia después de su infiltración.¹³

Cherif y colaboradores, comunicaron el caso de un paciente de 63 años que presentó múltiples QCM de 6 meses de evolución que fue tratado con acitretina, 1mg/kg/día durante 5 meses.⁶

Singal y colaboradores, comunicaron el caso de un paciente de cuatro años de edad que presentó múltiples queratoacantomas en extremidades y tronco de 0.5 a 2 cm de diámetro que fue tratado con 5-fluorouracilo intralesional (0.2-0.3 mL) y tópico de manera semanal dejando cicatrices hipopigmentadas.¹²

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 42 años dedicada al hogar, casada, de escolaridad primaria terminada, originaria de México Distrito Federal y residente del Estado de México. Quien presenta una dermatosis localizada a cabeza



Figura 3. Imagen histológica. Se observa cómo la epidermis se invagina formando uno de los extremos característicos del queratoacantoma (H-E 4X).

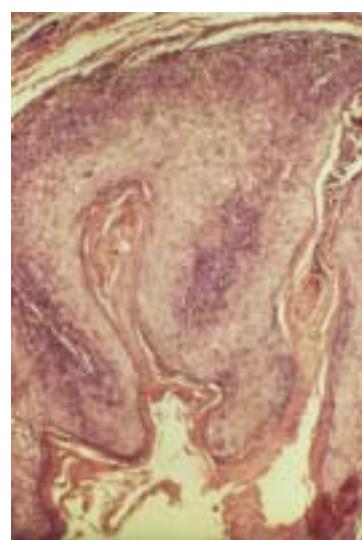


Figura 4. Imagen histológica. Se observa la base de la tumoração donde las células espinosas tienen un aspecto vítreo, además de células disqueratósicas. (H-E 4X).

que afecta cara en canto interno del ojo izquierdo. Constituida por una neoformación crateriforme de 2.7cm de diámetro por 1cm de alto, de bordes bien definidos, eritematosos e infiltrantes, con una superficie anfractuosa secundaria a un tapón de queratina, es una neoformación no fija a planos profundos, asintomática y de evolución crónica. Resto de piel y anexos sin datos relevantes para su padecimiento actual. Inició tres meses previos a su valoración "con un granito en la cara" que en tres semanas alcanzó el tamaño que se observa en la figura 1, fue vista en un inicio por el Dr. Alcalá en su consulta privada donde se le diagnosticó y confirmó histológicamente, queratoacantoma (Figura 3). La biopsia mostró una lesión exofítica cuya epidermis forma una especie de cráter lleno de queratina paraqueratósica. La base de la lesión muestra células espinosas con

abundante citoplasma claro, ofreciendo una imagen “en vidrio esmerilado”, (*Figura 4*) presencia de células disqueratósicas y algunos globos cónicos. La dermis subyacente con densa reacción inflamatoria. Posteriormente fue referida al servicio de Dermato-oncología para su tratamiento. Debido al tamaño y localización de la neiformación se realizó radioterapia con Dermopan II a una distancia foco-piel de 15 cm, con una dosis total de 5,400 rads divididos en nueve sesiones de 600 rads cada una, con valoración oftalmológica pre y postratamiento. La paciente cursó con evolución positiva con excelente resultado estético como se observa en la (*Figura 2*).

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Baker D. *Cáncer de piel*. Edit Panamericana, Mex-DF. 1991; 27: 398-414.
2. Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*. Quinta edit. Editorial Panamericana. Mex-DF. 82: 909-916.
3. Sánchez Yus, Simón P, Requena L, Ambrjo P, Eusebio E. Solitary keratoacanthoma. A Self-Healing Proliferation That frequently Becomes Malignant. *Am J Dermatopathol* 2000; 22: 305-310.
4. Hsi E et al. Detection of Human Papillomavirus DNA in Keratoacanthomas by Polymerase Chain Reaction. *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 10-15.
5. Watanabe D, Tachi N, Tomita Y. Keratoacanthoma Centrifugum Marginatum Arising from a Scar after Skin Injury. *J Dermatology* 1999; 26: 541-543.
6. Cherif F et al. Kératoacanthomes centrifuges marginés multiples. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 413-5.
7. Sanders S, Busam K, Halpern A, Nehal K. Intralesional Corticosteroid Treatment of Multiple Eruptive Keratoacanthomas: Case report and Review of a Controversial Therapy. *Dermatol Surg* 2002; 28(10): 954-958.
8. Wickramasinghe L, Hindson TC, Wacks H. Treatment of neoplastic skin lesions with intralesional interferon. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 71-4.
9. Belisario JC. Keratoacanthoma (molluscum sebaceum). In: Belisario JC, ed. *Cancer of the skin*. London: Butterworth and Co., 1959: 80-96.
10. Haas N, Schadendorf D, Henz B, Fuchs P. Nine-year follow-up of a case of Grzybowski type multiple keratoacanthomas and failure to demonstrate human papillomavirus. *Br J Dermatol* 2002; 147: 793-796.
11. Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E. Tumor arising in nevus sebaceous: A study of 596 cases. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 263-8.
12. Singal A et al. Unusual Multiple Keratoacanthoma in a Child Successfully Treated with 5-Fluorouracil. *J Dermatol* 1997; 24: 546-548.
13. Goebeler M. Pancytopenia after treatment of keratoacanthoma by single lesional methotrexate infiltration. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1104.