

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume **12**

Número
Number **3**




Septiembre-Diciembre
September-December **2003**

Artículo:




Casos para el diagnóstico

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***



Medigraphic.com

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Dra. Myrna Rodríguez,* Sandra C Gutiérrez**



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.

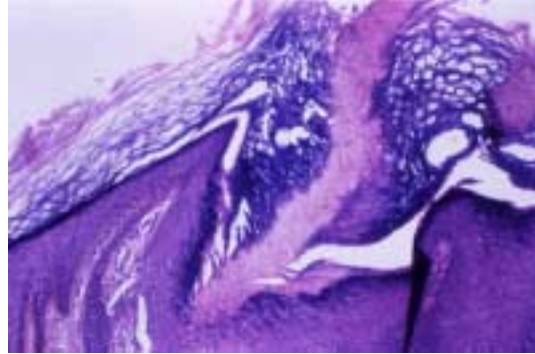


Figura 2. Hiperqueratosis, tapones córneos, formación de laminillas corneoides con paraqueratosis (HE 10 X).

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino de 18 años de edad, quien acudió al Centro Dermatológico Pascua por presentar en la cara anterior de muslo izquierdo una placa oval de aproximadamente 20 x 15 cm de diámetro, constituida por numerosas neoformaciones de forma y tamaño variado del color de la piel normal, con superficie anfractuosa, y bordes bien delimitados ligeramente elevados; aspecto verrugoso, consistencia firme.

El paciente refirió una evolución asintomática durante 15 años. Inició con un levantamiento de la piel, el cual creció progresivamente. Recibió numerosos tratamientos, el último hace 3 meses a base de rifampicina,

isoniacida y etambutol durante 4 meses sin ninguna mejoría.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Se realizó una biopsia incisional en la cual se observa hiperqueratosis con formación de grandes tapones córneos, formación de una laminilla corneoides con paraqueratosis, en la base de la columnela se advierte ausencia de la capa granulosa. La epidermis tiene una acantosis irregular moderada que alterna con áreas de atrofia. La dermis tiene papilomatosis, presencia de un infiltrado linfohistiocitario perivascular y perianexial.

Con los datos clínico e histológico ¿Cuál es su diagnóstico?



* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 3^{er} año, Dermatología, CDP.

POROQUERATOSIS DE MIBELLI CLÁSICA

La poroqueratosis de Mibelli es un trastorno de la queratinización no frecuente con transmisión autosómica dominante. Aparece en la infancia, pero puede aparecer a cualquier edad. Es 2 a 3 veces más frecuente en hombres. Las lesiones son solitarias localizadas en las extremidades. Puede aparecer en plantas, palmas, cara, pene y mucosa oral.

Se inicia como pápulas queratósicas de color pardo, asintomáticas, con crecimiento lento en forma centrífuga, con hipopigmentación, atrofia y alopecia en la porción central.¹⁻³

El compromiso ungueal se inicia con opacidades de la lámina ungueal, estriaciones, engrosamiento y finalmente caída de la uña.⁴

Histopatología

La característica histológica es la "lamela cornoide" que se encuentra en el borde de la lesión. La lamela cornoide forma una invaginación dentro de la epidermis formando una columna de paraqueratosis que se extiende a través de un estrato córneo ortoqueratósico. La capa granular por debajo de la lamela cornoide está ausente o disminuida. La epidermis en la porción central de la lesión puede ser normal, delgada, hiperqueratósica, ocasionalmente acantósica. También puede observarse degeneración por licuefacción dermoepidérmica.^{3,5}

Las lesiones de poroqueratosis pueden sufrir transformación maligna hacia enfermedad de Bowen, carcinoma espinocelular y carcinoma basocelular en porcentajes que varían desde un 6 hasta un 24%.⁶ La neoplasia que se desarrolla con mayor frecuencia es el carcinoma espinocelular, dando metástasis.⁶

Tratamiento

Medidas generales como lubricación y sustancias queratolíticas pueden mejorar la sintomatología. Las lesiones localizadas pueden ser extirpadas con cirugía, también se han reportado buenos resultados con esteroides intralesionales o tópicos, 5 fluorouracilo y tretinoína tópica con recurrencias.^{3,6}

A pesar de los numerosos estudios y casos reportados no existe un tratamiento específico para la poroqueratosis.

Dentro del diagnóstico diferencial se consideran las siguientes entidades:

Liquen plano y liquen estriado.⁷ Verrugas virales, queratosis actínicas, carcinoma de células escamosas. Epitelioma basocelular, elastosis perforante serpiginosa.¹ Linfoma cutáneo de células T, Tuberculosis verrugosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw-Hill, 1999: 624-630.
2. Rodríguez M, Santa Coloma J, Acosta ML. Poroqueratosis de Mibelli clásica. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9: 109-112.
3. Schamroth JM, Zlotogorski A, Gilead L. Porokeratosis of Mibelli. Overview and review of the literature. *Acta Derm Venereol* 1997; 77: 207-213.
4. Balsa RE. Las poroqueratosis. Clínica, histopatología y fisiopatogenia. *Arch Argent Dermatol* 1996; 46: 155-174.
5. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of skin*. 7th ed. Philadelphia, JB Lippincott; 1990: 122-124.
6. Gallegos MC, Cabrera HN, Casas JG. Poroqueratosis de Mibelli en pene. *Arch Argent Dermatol* 1998; 48: 239-242.
7. Arenas. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana 1996.