

Caso para diagnóstico

Tumoración en la base del cuello

Myrna Rodríguez Acar,* Tere Ivette Villanueva Ramos,** Cora Siu Moguel***

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 49 años de edad, dedicada a las labores del hogar, originaria y residente de México, Distrito Federal. Presenta una dermatosis localizada a cuello, del que afecta la cara lateral derecha y de ésta, su base. Constituida por una neoformación exofítica, ligeramente eritematosa, pigmentada en el extremo derecho, de aproximadamente 9 mm de diámetro, de forma arriñonada, lobulada, superficie anfractuosa y de consistencia blanda. Evolución crónica y asintomática (*Figura 1*).

Refiere haber iniciado su padecimiento un año antes con la presencia de una «verruga» que fue creciendo paulatinamente hasta que, previo a la consulta, sufrió un traumatismo ocasionándole sangrado.

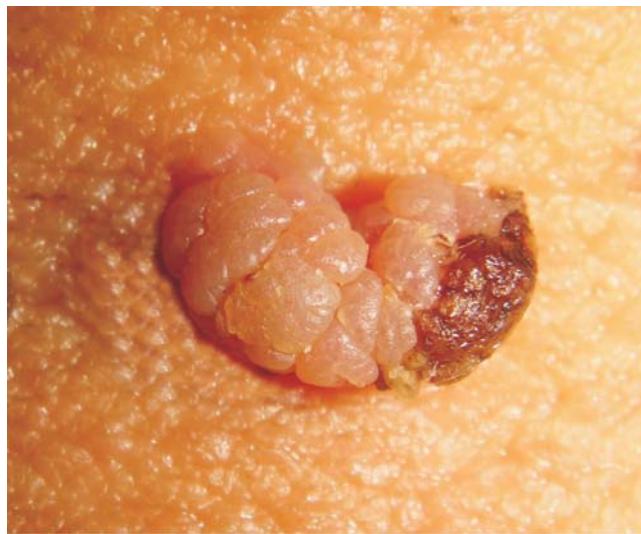


Figura 1. Aspecto general de la lesión.

En el resto de la piel y anexos no se encontró patología agregada qué comentar. La biopsia por rasurado mostró la presencia de una neoformación exofítica con proyecciones epiteliales hacia la superficie, con una epidermis con hiperqueratosis parakeratósica y grandes tapones córneos. A nivel de la capa granulosa y parte de la espinosa se observaban algunas células de citoplasma claro con cuerpos coloides en su interior. Degeneración hidrópica de la capa basal. Dermis superficial con papilomatosis; en el resto de la dermis se aprecia un infiltrado linfocitario denso que rodea numerosos vasos dilatados y congestionados (*Figura 2*).

Con los datos clínicos e histológicos ¿Cuál sería su diagnóstico?

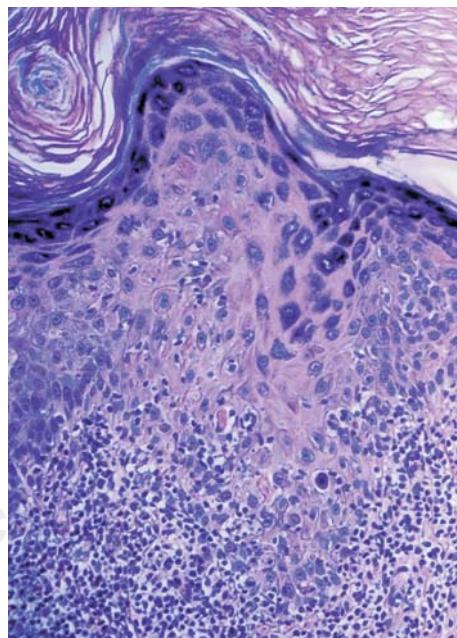


Figura 2. Neoformación exofítica con hiperqueratosis ortokeratósica e hipergranulosidad. Degeneración hidrópica de la capa basal. Cuerpos coloides, infiltrado linfocitario denso (H&E 20X) (Cortesía de la Dra. Gisela Navarrete Franco).

* Jefa de Consulta Externa.

** Residente de segundo año de Dermatología.

*** Residente de cuarto año de Dermatología.

QUERATOSIS LIQUENOIDE BENIGNA

Sinonimia

Queratosis liquen plano like, liquen plano solitario, queratosis liquenoide solitaria.

Historia

En 1966 dos grupos de investigadores independientes comunicaron el hallazgo de una dermatosis, con una sola lesión asintomática con características histológicas de liquen plano, con paraqueratosis focal. Estos investigadores las nombraron: liquen plano solitario y queratosis solitaria liquen plano like.¹

Epidemiología

El 85% de las queratosis liquenoideas se presentan en pacientes en edades que oscilan entre los 35 y 65 años; son más frecuentes en mujeres, en una proporción de 2 a 1. La gran mayoría se observa en caucásicos.^{1,2}

Patogenia

Se considera que la queratosis liquenoide representa la inflamación de un lénito benigno, de una queratosis actínica, queratosis seborreica o sarcoma de Kaposi. En la epidermis de estos pacientes se observan cantidades aumentadas de células de Langerhans. Esto apoya la hipótesis de que el infiltrado liquenoide de linfocitos se desarrolla en respuesta al estímulo de algún antígeno epidérmico aún no identificado. Este mecanismo es similar al propuesto en la etiopatogenia del liquen plano.^{1,4}

Manifestaciones clínicas

La queratosis liquenoide se manifiesta como una neofормación de aspecto papular, solitaria, eritematosa, en algunas ocasiones incluso color café; a menudo cubierta con fina escama blanquecina; su tamaño varía entre 0.3 y 1.5 cm. Son generalmente asintomáticas. La topografía más común involucra a los antebrazos y el tórax, a nivel de la zona V del escote, aunque existen algunas comunicaciones de su presentación en el tercio distal de piernas.^{1,2}

En un estudio realizado por Bugatti y colaboradores se encontró que en la mayoría de los casos las lesiones son aplanas (81%), con forma de placas y tumorales en un 19%. La variante múltiple es muy poco frecuente. En ese mismo estudio se evaluó el patrón encontrado

por medio de dermatoscopia; los autores reportaron lo siguiente: patrones de regresión en todos los casos, excepto uno, predominando las áreas azules (94%); igualmente patrón granular localizado o difuso en todos los casos, excepto uno; estructuras vasculares en la mitad y en cuatro de ellos hipopigmentación blanquecina.³

Histopatología

En la biopsia se observa un infiltrado liquenoide compuesto principalmente por linfocitos con histiocitos aislados. Algunas veces coexiste con eosinófilos y células plasmáticas. Se aprecian también todos los demás elementos de una dermatitis de interfase, incluyendo degeneración vacuolar de la capa basal, incontinencia del pigmento y cuerpos coloides. La paraqueratosis focal es frecuente en esta patología, a diferencia del liquen plano típico. No existe proliferación de células basales, o atipia en el núcleo de los queratinocitos.^{1,2}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente la queratosis liquenoide se confunde con carcinoma basocelular, enfermedad de Bowen, queratosis actínica, sarcoma de Kaposi, queratosis seborreica irritada, melanoma (incluyendo el amelánico) y nevos. Un cambio reciente en la pigmentación de la lesión puede orientar al médico hacia el diagnóstico de un nevo melanocítico atípico o incluso melanoma.⁵

Histológicamente la queratosis liquenoide se asemeja a otras patologías que presentan un patrón de respuesta liquenoide inflamatorio, por ejemplo: liquen plano, lupus eritematoso «liquenoide» y reacciones medicamentosas de tipo liquenoide. La correlación clínico-patológica es muy importante para descartar estas patologías. Aunque el liquen plano es histológicamente casi idéntico a la queratosis liquenoide, generalmente existe más hipergranulosis y menos paraqueratosis en el primero.

Tratamiento

Una vez realizado el diagnóstico de queratosis liquenoide no se necesita mayor tratamiento. Se puede extirpar la lesión por cualquier método quirúrgico, con lo cual se obtiene la curación completa, sin recidivas.^{1,2}

La finalidad de realizar el ejercicio diagnóstico en este caso, resulta en nuestra opinión muy benéfico, ya que debido a la morfología poco característica de inicio no se pensó, en una queratosis liquenoide. Finalmente, de-

bemos subrayar la importancia de enviar a estudio histopatológico cualquier pieza de la que no se tenga una certeza diagnóstica, ya que en muchos casos, como es el nuestro, pueden semejar diferentes patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cockerell C, Larsen F. Benign epidermal tumors and proliferations. En: Dermatology, Chapter 78, 2nd edition. España; Mosby Elsevier. pp. 1676-1677.
2. Schepis C, Lentini M, Batolo D, Palazzo R. The papulokeratotic type of solitary benign lichenoid keratosis. *Int J Dermatol* 2003; 42: 722-723.
3. Bugatti L, Filosa G. Dermoscopy of lichen planus-like keratosis: A model of inflammatory regression. *JEADV* 2007; 21: 1392-1397.
4. Ramesh V, Kulkarni SB, Misra RS. Benign lichenoid keratosis due to constant pressure. *Australas J Dermatol* 1998; 39: 177-178.
5. Bayer-Garner I, Ivan D, Schwartz M, Tschen JA. The immunopathology of regression in benign lichenoid keratosis, keratoacanthoma and halo nevus. *Clin Med Res* 2004; 2: 89-97.

Agradecemos la colaboración de la Dra. Maribel González González en la descripción de la parte histológica de este caso.

Correspondencia:

Dra. Myrna Rodríguez Acar.
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel. 5519 6351