

## Caso clínico

**Acantoma epidermolítico solitario**

Gisela Navarrete Franco,\* Margarita Ortiz Ávalos\*\*

**RESUMEN**

El acantoma epidermolítico, que se manifiesta principalmente en hombres de edad media, es una afección poco frecuente que no posee características clínicas específicas y que histológicamente muestra hiperqueratosis epidermolítica. Se comunica el caso de un paciente en cuya área genital apareció un acantoma epidermolítico solitario, que se extirpó quirúrgicamente y que no reapareció posteriormente. **Palabras clave:** hiperqueratosis, prepucio, acantoma epidermolítico solitario, extirpación.

**ABSTRACT**

The epidermolytic acanthoma, which occurs mainly in middle-aged men, is a rare condition that has no specific clinical features and histologically shows epidermolytic hyperkeratosis. We report the case of a patient with a solitary epidermolytic acanthoma affecting the genital area, the lesion was surgically excised and then did not reappear.

**Key words:** hyperkeratosis, prepuce, solitary epidermolytic acanthoma, removal.

**P**aciente masculino de 40 años de edad, originario y residente de la Ciudad de México. En el tronco tenía una dermatosis que en el área genital afectaba el prepucio; la dermatosis se constituía por una neoformación, que medía 1.2 X 1 cm, que tenía bordes definidos en forma irregular y que era blanquecina y de superficie brillante (Figuras 1 y 2). El paciente refirió una evolución de dos años y una mancha que creció paulatinamente sin producir síntomas. Se realizó una biopsia cuyos hallazgos microscópicos correspondieron a hiperqueratosis epidermolítica (Figuras 3 y 4), de ahí que por correlación clínico-patológica se estableció el diagnóstico de acantoma epidermolítico solitario.

\* Jefa del servicio de Dermatopatología.

\*\* Residente de Dermatopatología.  
Centro Dermatológico Pascua.

Correspondencia: Dra. Gisela Navarrete F. Centro Dermatológico Pascua. Dr. Vértiz 464, colonia Buenos Aires, CP 06780, México, DF. Recibido: octubre, 2010. Aceptado: diciembre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Navarrete-Franco G, Ortiz-Ávalos M. Acantoma epidermolítico solitario. *Dermatol Rev Mex* 2011;55(1):56-59.

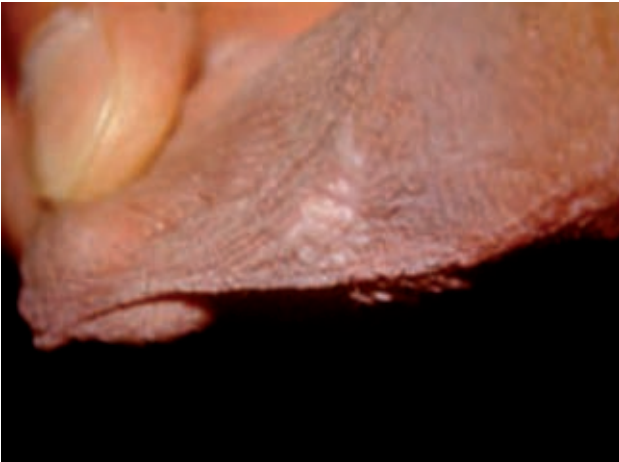
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El acantoma epidermolítico es un tumor benigno poco frecuente y probablemente es subdiagnosticado debido a que no posee características clínicas específicas. En 1970 Shapiro y Baraf describieron por primera vez el acantoma epidermolítico. Comunicaron seis casos con lesiones solitarias y uno con múltiples lesiones en el escroto;<sup>1-4</sup> en términos histológicos, los casos se distinguían porque mostraban hiperqueratosis epidermolítica.<sup>5</sup>

Cuando en 1973 Hirone y Fukushiro describieron las múltiples lesiones que un paciente tenía en el tronco y en las extremidades superiores, las designaron con el término de *acantoma epidermolítico diseminado*.<sup>2,3,6</sup> El mayor número de casos con esta forma diseminada se ha publicado en la bibliografía japonesa.<sup>7</sup>

Los acantomas epidermolíticos aparecen más frecuentemente en hombres con edades entre la cuarta y la séptima décadas de la vida (media de 60 años), y la relación de aparición es 2:1 con respecto al sexo femenino.<sup>7</sup>

La causa se desconoce, pero se han observado alteraciones en la agregación de los tonofilamentos intracitoplasmáticos, con preservación de los desmosomas como la alteración más temprana.<sup>2,8</sup>

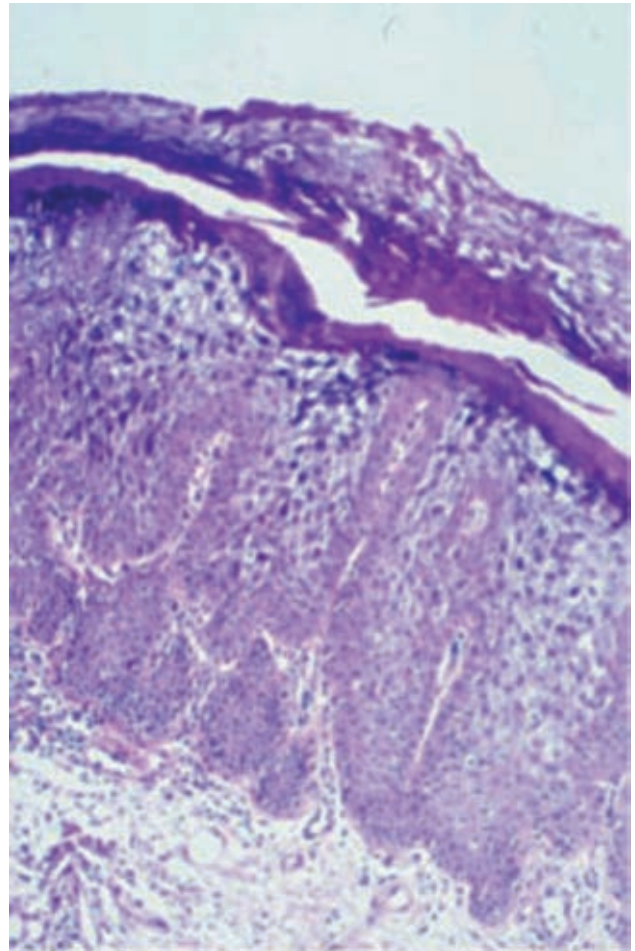


**Figura 1.** Imagen clínica del acantoma epidermolítico. Neoformación de 1.2 X 1 cm en el tercio medio del prepucio.



**Figura 2.** Imagen clínica del acantoma epidermolítico. A mayor aumento se observan las características de la neoformación.

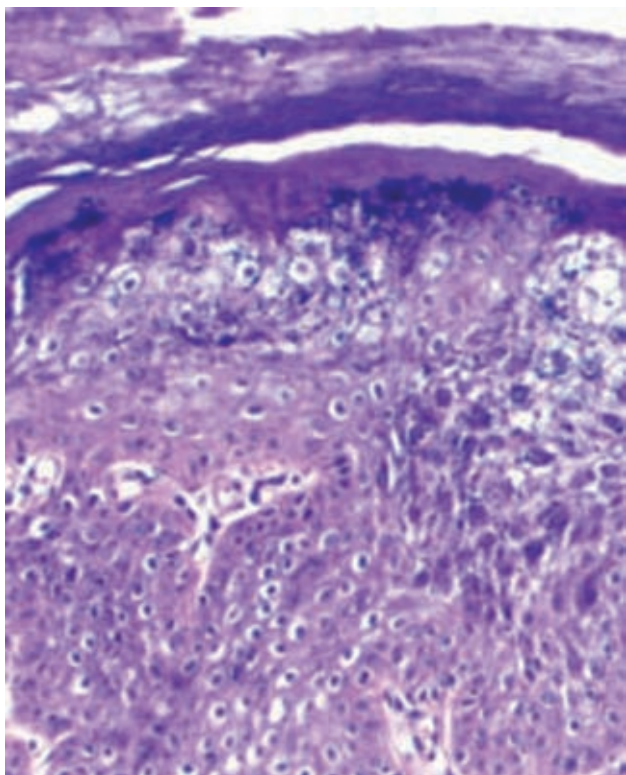
Frost y Van Scott determinaron que hay una tasa de mitosis cinco veces más elevada y un recambio y metabolismo celular incrementados.<sup>9,10</sup>



**Figura 3.** Acantoma epidermolítico. Histopatología. La epidermis exhibe hiperqueratosis paraqueratósica y degeneración vacuolar del estrato granuloso, así como en una parte del estrato espinoso.

Cohen describió mutaciones somáticas en el cromosoma 12, que codifica la expresión de las citoqueratinas suprabasales K1 y K10,<sup>3,5,11-13</sup> las cuales están directamente implicadas en los cambios del citoesqueleto.<sup>8</sup> Por inmunohistoquímica se demostró una menor expresión de K1 y K10 en el estrato granuloso de los acantomas epidermolíticos que en la piel perilesional normal.<sup>3</sup> También se han asociado mutaciones en las queratinas 2 y 9.<sup>5,14</sup>

Se han propuesto algunos factores exógenos desencadenantes, como traumatismo,<sup>2</sup> quemaduras solares, envejecimiento de la piel, inmunosupresión y virus –como el virus del papiloma humano–;<sup>7,9</sup> sin embargo, no se ha podido demostrar la asociación entre el virus del papiloma humano y el acantoma epidermolítico.<sup>6</sup>



**Figura 4.** Acanthoma epidermolítico. Histopatología. A mayor aumento se observa la degeneración granular.

La topografía más frecuente de los acantomas epidermolíticos solitarios es el tronco; predominan en la región genital, sobre todo en el escroto (80%), y en el área perigenital; la forma diseminada se observa principalmente en la espalda y abdomen; la morfología de los acantomas epidermolíticos solitarios no es característica, por lo que pueden ser lesiones únicas o múltiples, planas o exófticas, de superficie verrugosa, de entre 2 y 6 mm, de un centímetro de diámetro como máximo, de coloración marrón a gris, de evolución crónica y generalmente asintomáticas, aunque algunos casos se asocian con prurito.<sup>2,7,15</sup>

Algunos autores clasifican a los acantomas epidermolíticos como aislados o solitarios cuando son únicos, como localizados cuando son múltiples lesiones en una sola zona del cuerpo y como diseminados cuando se encuentran en más de un segmento corporal.<sup>9,11</sup>

En términos histológicos, el acantoma epidermolítico manifiesta un patrón de hiperqueratosis epidermolítica, en el que se observa hiperqueratosis paraqueratósica, acantosis, hipergranulosis con degeneración granular que

se distingue por grandes gránulos basofílicos de queratohialina en estrato granuloso y capas superiores del espinoso con degeneración vacuolar de los queratinocitos,<sup>2,7-10,16,17</sup> dermis superficial con papilomatosis y leve infiltrado inflamatorio.<sup>4</sup>

Por microscopia electrónica se observa producción excesiva de tonofilamentos y formación masiva y prematura de gránulos de queratohialina, por lo que en la periferia de las células se ven muchos gránulos inmersos en vainas gruesas de tonofilamentos irregulares; los desmosomas son normales. En los queratinocitos de los estratos granuloso y espinoso (Wilgram y Caulfield) se observa el halo perinuclear ocupado por retículo endoplásmico, ribosomas y mitocondrias.<sup>10</sup>

Los principales diagnósticos diferenciales clínicos son las verrugas virales, acantoma verrugoso, queratosis seborreica y papulosis bowenoide.<sup>3,4</sup> Shapiro y Baraf mencionan que las verrugas virales son la única afección que por histopatología puede confundirse con la degeneración granular; para diferenciarlos es necesario que en algunos casos se use microscopia electrónica.<sup>4,8</sup>

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección en lesiones solitarias, pero no en lesiones múltiples, en las que pueden ser útiles –sin que reaparezcan las lesiones y con resultados satisfactorios– la crioterapia, los retinoides tópicos o el imiquimod a 5%.<sup>13</sup>

## REFERENCIAS

1. Guimaraes PN, Michalany N. Epidermolitic acanthoma of the scrotum. *An Bras Dermatol* 2006;81(5 Suppl 3):S270-S272.
2. Sánchez Carpintero I, España A, Idoate MA. Disseminated epidermolitic acanthoma probably related to trauma. *Br J Dermatol* 1999;141:728-730.
3. Cohen PR, Ulmer R, Theriault A, Leigh IM, Duvic M. Epidermolitic acanthomas: clinical characteristics and immunohistochemical features. *Am J Dermatopathol* 1997;19(3):232-241.
4. Shapiro L, Baraf CS. Isolated epidermolitic acanthoma. *Arch Dermatol* 1970;101:220-223.
5. Conlin PA, Rapini RP. Epidermolitic hyperkeratosis associated with melanocytic nevi: a report of 53 cases. *Am J Dermatopathol* 2002;24(1):23-25.
6. Chun SI, Lee JS, Kim NS, Park KD. Disseminated epidermolitic acanthoma with disseminated superficial porokeratosis and verruca vulgaris in an immunosuppressed patient. *J Dermatol* 1995;22:690-692.
7. Fukuda H, Saito R. Verruciform xanthoma in close association with isolated epidermolitic acanthoma: a case report and review of the Japanese dermatological literature. *J Dermatol* 2005;32:464-468.

8. Ishida YA, McGrath JA, Judge MR, Leigh IM, et al. Selective involvement of keratins K1 and K10 in the cytoskeletal abnormality of epidermolytic hiperkeratosis (bullous congenital ichthyosiform erythroderma). *J Invest Dermatol* 1992;99:19-26.
9. Miyamoto Y, Ueda K, Sato M, Yasuno H. Disseminated epidermolytic acanthoma. *J Cutan Pathol* 1979;6:272-279.
10. Ackerman AB. Histopathologic concept of epidermolytic hiperkeratosis. *Arch Dermatol* 1970;102:253-259.
11. Kukreja T, Kronic A. Multiple epidermolytic acanthomas must not be confused with genital human papillomavirus infection. *Acta Derm Venereol* 2009;89:169-171.
12. Leonardi C, Zhu W, Kinsey W, Penneys NS. Epidermolytic acanthoma does not contain human papillomavirus DNA. *J Cutan Pathol* 1991;18:103-105.
13. Jang BS, Jang HS, Park HJ, Kim MB, et al. Multiple scrotal epidermolytic acanthomas successfully treated with topical imiquimod. *J Dermatol* 2007;34:267-269.
14. Bonifas JM, Bare JW, Chen MA, Lee MK, et al. Linkage of the epidermolytic hiperkeratosis phenotype and the region of the type II keratin gene cluster on chromosome 12. *J Invest Dermatol* 1992;99:524-527.
15. Mahaisavariya P, Cohen PR, Rapini RP. Incidental epidermolytic hiperkeratosis. *Am J Dermatopathol* 1995;17(1):23-28.
16. Weedon D. Trastornos de la maduración y queratinización epidérmica. En: Weedon D, editor. *Piel patología*. Tomo I. Madrid: Marban, 2002;p:247.
17. Kirkham N. Tumors and cysts of the epidermis. In: Elder DE, editor. *Lever's histopathology of the skin*. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009;p:993.