

DERMATOLOGÍA

QUERATOACANTOMA

Alexandra Rodríguez Briceño*

SUMMARY

Keratoacanthoma is an epithelial tumor characterized by its fast growth followed by involution in most of cases. The main risk factor is the UV radiation exposure. The possibility for local invasion, metastasis and the difficulty to make the difference between this lesion and squamous cell cancer keeps the surgical excision as the primary treatment.^{4,6,15}

INTRODUCCIÓN

El queratoacantoma es un tumor epitelial indoloro de crecimiento rápido^{8,10} cuyas características histológicas se asemejan a un carcinoma

escamoso y en algunos casos puede ser considerado una variante del mismo con capacidad de regresión espontánea o con potencial metastásico y destrucción tisular local.

FACTORES DE RIESGO

La exposición a la luz UV es el principal factor de riesgo conocido por lo que también se ha visto en pacientes en tratamientos prolongado con psolareno y luz UV (PUVA).^{9,13,17} Esta lesión se observa más frecuentemente en personas de

piel clara, 14 alrededor de los 55 a 65 años y algunos estudios hablan de cierta prevalencia en hombres en una relación 2:1.^{4,17} Condiciones genéticas asociadas son la xeroderma pigmentosa, el Queratoacantoma familiar, síndrome de Muir Torre, incontinencia pigmentaria o enfermedades como psoriasis, lupus eritematoso, liquen plano, dermatitis atópica, herpes zoster y la inmunosupresión.¹⁸ Se cuestiona el papel directo del VPH pero si se ha visto relacionado.^{13,17} Otros factores descritos son el tabaco, la exposición a sustancias como el alquitrán, aceites

* Médico General. Universidad de Ciencias Médicas.
Correo: alexadrarodriguez.br@gmail.com

minerales, brea^{5,14} y casos de aparición de estas lesiones en áreas de trauma, injertos cutáneos o sitios de punción.^{5,18}

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La forma típica es la lesión solitaria que pasa por tres estadios clínicos:

-proliferativo: inicia como una mácula que se convierte en pápulas eritematosas de superficie lisa, simétrica y firme que aumentan de tamaño con rapidez (aproximadamente 6 a 8 semanas) hasta alcanzar su forma crateriforme característica.^{1,5,17}

-maduro: se detiene el crecimiento y persiste como un nódulo eritematoso, simétrico con un núcleo central de queratina.^{5,17}

-regresión: El nódulo queratósico se va aplanando para dejar una cicatriz atrófica e hipopigmentada. Se habla de que hasta un 50% de los queratoacantomas desaparecen en un periodo aproximado de 4 a 9 meses.^{5,17} Variantes clínicas menos frecuentes son el queratoacantoma gigante, mucoso, subungueal y el centrífugo marginado, queratoacantomas múltiples de tipo ferguson-Smith² y los eruptivos generalizados de Grzybowski.¹⁴ La evolución de un Queratoacantoma a un carcinoma escamoso puede darse en cualquiera de las 3

etapas de desarrollo previamente mencionadas.¹⁷

DIAGNÓSTICO

Se diagnostica mediante historia clínica y examen físico pero la histología siempre debe ser confirmada.¹⁴ Los principales diagnósticos diferenciales son el carcinoma basocelular, carcinoma escamoso, verrugas comunes, molusco contagioso, prurigo nodular, queratosis solar, carcinoma metastásico, melanoma amelanótico y algunos tumores en regresión.^{1,5,14} Las lesiones tempranas muestran un epitelio hiperplásico con un tapón de queratósico que se va acentuando con forme la lesión va madurando. Se pueden ver queratinocitos atípicos y mitosis en el extremo inferior.⁵ Las lesiones maduras aparte del núcleo central de queratina presentan proliferación de un epitelio pavimentoso que simula un carcinoma escamoso.⁵ Las lesiones en regresión pueden verse crateriformes pero ya no se observa la hiperplasia epitelial ni las células atípicas, se observa fibrosis e inflamación en dermis superficial.^{5,7} Generalmente tiene un comportamiento benigno, sin embargo, se han visto casos con metástasis linfáticas o a distancia. El de tipo centro facial puede ser agresivo.⁵

TRATAMIENTO

La escisión completa sigue siendo el tratamiento de primera línea para lesiones solitarias al ser un método rápido, seguro, simple y bien tolerado por los pacientes que permite realizar una confirmación histológica^{4,6,15}. Por otro lado el manejo médico se prefiere en casos donde las lesiones no se pueden eliminar mediante cirugía.^{11,14} No se recomiendan las biopsias en sacabocados ya que se dificulta la diferenciación con un carcinoma escamoso.⁵ La cirugía de Mohs se recomienda para casos difíciles, recidivantes, gigantes, centrífugos marginados o en áreas que comprometan rostro, nariz, oídos, ojos o zonas periorales. 4 Otras técnicas que se pueden utilizar son la electrodesecación con curetaje, criocirugía, radioterapia, terapia fotodinámica, interferón intralesional y la electrodesecación.^{1,11} Los retinoides vía oral como la isotretinoína se han utilizado para el tratamiento de las lesiones que no pueden tratarse mediante cirugía.^{3,12,16}

RESUMEN

Las caídas son una causa importante de discapacidad y mortalidad en los adultos mayores, por lo que es importante conocer y describir los factores de

riesgo, la prevalencia y los rasgos de esta condición que afecta a tan especial población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acalá D., Gutierrez R, Gutierrez R.M., Medina A, Ramos G.A. Queratoacantoma Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2003; 12(3):126-130.
2. Aydin F, Senturk N, Sabanciler E, et al. A case of Ferguson-Smith type multiple keratoacanthomas associated with keratoacanthoma centrifugum marginatum: response to oral acitretin. *Clin Exp Dermatol* 2007; 32:683.
3. Feldman RJ, Maize JC. Multiple keratoacanthomas in a young woman: report of a case emphasizing medical management and a review of the spectrum of multiple keratoacanthomas. *Int J Dermatol* 2007; 46:77.
4. Garcia-Zuazaga J, Ke M, Lee P. Giant keratoacanthoma of the upper extremity treated with mohs micrographic surgery: a case report and review of current treatment modalities. *J Clin Aesthet Dermatol* 2009; 2:22
5. Goldsmith L.A. Katz I.S., Gilchrist A.B., Paller S A., Leffell D. Wolff K. (2014). Fitzpatrick dermatología en medicina general. España: panamericana.
6. Karaa A, Khachemoune A. Keratoacanthoma: a tumor in search of a classification. *Int J Dermatol* 2007; 46:671.
7. Ko C, Mc Niff M.J, Bosenberg M, Choate A K. Keratoacanthoma: Clinical and histopathologic features of regression. *J Am Acad Dermatol*. 2012; vol 67 No 5: 1008-1012.
8. Nofal A, Assaf M, Nofal E, Araldi M, Nofal et al. Generalized Eruptive Keratoacanthoma: proposed diagnostic criteria and therapeutic evaluation. *JEAVD* 2014; 28: 397-404.
9. Oellers P, Karp CL, Shah RR, et al. Conjuntival keratoacanthoma. *Br J Ophthalmol* 2014 ;98: 275-276.
10. Omar E., Recurrent Facial Keratoacanthoma in a patient with diabetes: a case report
11. Rivas P. R., Tardío López M, Siham Ksiyer. Queratoacantoma. *FMC*. 2014; 21(2):127-128.
12. Robertson SJ, Bashir SJ, Pichert G, et al. Severe exacerbation of multiple self-healing squamous epithelioma (Ferguson-Smith disease) with radiotherapy, which was successfully treated with acitretin. *Clin Exp Dermatol* 2010; 35:e100.
13. Rodríguez F.D., Romero M. i., López G. M., Usabiaga U., Cisneros C.M., Amias G. A., Alberdi A. Queratoacantoma Conjuntival. Diagnóstico, tratamiento y control mediante citología de impresión conjuntival. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2012; 87(3): 82-85.
14. Sazafi M.S., Salinas H, Masir N, Primuharsa P.M.S Sazafi et al. Keratoacanthoma: an unusual nasal mass. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2013; 33:428-430.
15. Schwartz RA. Keratoacanthoma. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30:1.
16. Shaw JC, White CR Jr. Treatment of multiple keratoacanthomas with oral isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15:1079.
17. Villanueva R. I, Alcalá P. D., Media B. A., Queratoacantoma: ¿pseudocáncer o carcinoma epidermoide?. *Dermatol Rev Mex* 2012; 56 (1):26-29.
18. Wu P. T., BA, Miller K, Cohen E D., Stein A. J. Keratoacanthomas arising in association with prurigo nodules in pruritic, actinically damaged skin. *J Am Acad Dermatol*. 2013: vol 63 No 3: 426-430.