

Queratoacantoma

¹Benedito Pérez de Inestrosa T, ¹García Cintas J, ¹Torres Andrés B, ²Molina Pérez-Aradros MN

¹Consultorio de San Agustín. Unidad de Gestión Clínica Santa María del Águila

²Hospital Torrecárdenas. El Ejido Almería

Paciente de 72 años de edad, que acude a nuestra consulta por presentar una lesión nasal de bordes definidos, eritematosa, crateriforme, de aparición reciente y crecimiento muy rápido (figura 1).

Con sospecha diagnóstica de queratoacantoma es derivado a la consulta de Dermatología para valorar la necesidad de tratamiento quirúrgico por la localización de la tumoración. Mientras se espera la cita, la lesión desaparece por completo.

COMENTARIO

El queratoacantoma es un tumor cutáneo de origen folicular, que comienza como una pápula firme, eritematosa; crece rápidamente y alcanza al cabo de 2-8 semanas un tamaño de 1-2 cm; entonces aparece como un nódulo hemisférico sobreelevado, eritematoso, de base estrangulada con centro queratósico y umbilicado. Después de permanecer un tiempo estacionario (2-8 semanas) inicia su involución, elimina el tapón queratósico central, los bordes regresan, llega a desaparecer y deja una cicatriz ligeramente deprimida.

Este proceso puede durar hasta 8 meses.

Los queratoacantomas son casi dos veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres. Se presentan más a menudo a los 60-65 años; aunque se han documentado casos en lactantes, son raros antes de los 20 años. Son neoformaciones que aparecen principalmente en la 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 de las manos, en las plantas de los pies y en la región subungueal.

Los principales diagnósticos diferenciales son: carcinoma epidermoide, hiperplasia pseudoepiteliomatosa, verruga vulgar, disqueratoma verrugoso, cuerno cutáneo, queratosis solar, queratosis

seborreica, molusco contagioso, tumores de anejos, carcinoma de células basales, queratosis folicular invertida, tricofoliculoma y granulomas.

Algunos autores afirman que el queratoacantoma puede llegar a malignizarse y convertirse 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 fotoexpuestas.

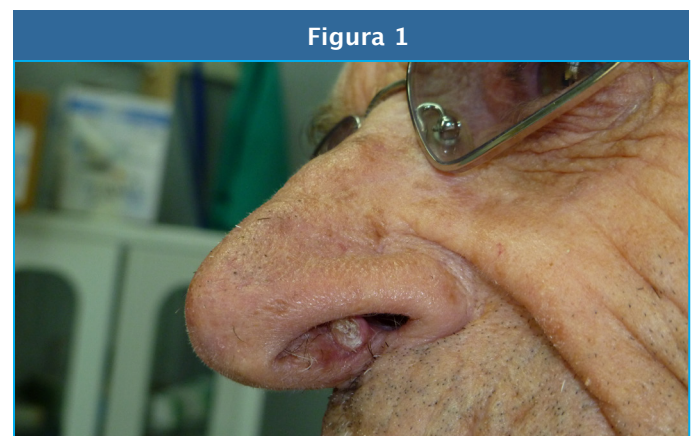


Figura 1

La indicación terapéutica más habitual en el tipo solitario es la extirpación quirúrgica. Con ella, a la vez que se erradica el tumor, se obtiene la pieza tumoral completa para facilitar el diagnóstico histopatológico de certeza.

La crioterapia y el curetaje con electrocoagulación de la base son tratamientos referidos ocasionalmente en los textos dermatológicos. También se puede recurrir a la radioterapia.

La exéresis de los tumores grandes en la cara, particularmente en la nariz, y en los pabellones auriculares, requiere de colgajos o injertos con cicatrices visibles e inestéticas para la reconstrucción del defecto quirúrgico, poco justificables para un tumor benigno.

Pueden plantearse tratamientos con quimioterápicos intralesionales, que han sido utilizados con éxito en diferentes ocasiones: 5-fluoruracilo (5-FU), metotrexato, interferón y bleomicina.

BIBLIOGRAFIA

- Sánchez Yus E, Simón P, Requena L, Ambrojo P, Eusebio E. Solitary keratoacanthoma. A self-healing proliferation that frequently becomes malignant. *Am J Dermatopathol* 2000;22:305-10.
- Hodak E, Jones RE, Ackerman AB. Solitary keratoacanthoma is a squamous-cell carcinoma: three examples with metastases. *Am J Dermatopathol* 1993;15:332-42.
- Behan A, Regauer S, Soyer HP, Beham-Schmid C. Keratoacanthoma: a clinically distinct variant of well differentiated squamous cell carcinoma. *Adv Anat Pathol* 1998;5:269-80.
- Cribier B, Asch PH, Grosshans E. Differentiating squamous cell carcinoma from keratoacanthoma using histopathological criteria. *Dermatology* 1999;199:208-12.
- Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Baker D. *Cáncer de piel*. México DF: Panamericana 1991; cap 27, pág 398-414. • Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*. 5ª Quinta edición. México DF: Panamericana 2001; cap 82, pág 909-916.