

QUERATOACANTOMA *

Dr. JOSE R. SARDI B.**

El queratoacantoma es una lesión neoplásica de origen pilar que se caracteriza por su evolución espontánea; de allí que se considere como un seudotumor.

La primera descripción fue hecha por sir Jonatán Hutchinson en 1888, y la denominó "úlceras crateriformes de la cara". Posteriormente, otros autores se ocupan de este "tumor". Así, Gougerot, en 1917, lo llama "verrugoma"; luego, Ferguson Smith, en 1934, lo califica como "carcinoma escamoso autocurable"; después, Mac Cormac, en 1936, le da el nombre de "Moluseum scabacum", por la semejanza morfológica con el moluscum contagioso y por el supuesto origen sebáceo. En 1955, Winer usa el término de "Keratoacanthoma benigno"; pero al parecer fue Freundenthal quien sugiere el nombre de queratoacantoma para esta afección.

Cursa en tres etapas, comenzando como una mácula eritematosa que rápidamente se transforma en pápula de centro deprimido y escamoso, de crecimiento rápido: al cabo de uno a tres meses, ya la lesión es nodular, de bordes eritematosos y telangiectásicos, con un centro deprimido y lleno de queratina. La gran mayoría de los casos cursan asintomáticos; ocasionalmente puede ser pruriginoso. Lo que llama la atención en el enfermo es el crecimiento rápido, que lo induce a consultar. El tamaño puede variar de 2 a 3 centímetros de diámetro y como 0,5 centímetros sobre la piel normal. En ocasiones suele ser mayor: se han reportado casos hasta de 17 centímetros. Esta es la etapa de crecimiento o proliferativa. Luego se mantiene estable por uno o dos meses, es la etapa de maduración, para luego entrar en involución por reabsorción de la masa tumoral y expulsión del tapón de queratina. Los

* Trabajo realizado en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas. jefe de Servicio: Carlos Julio Alarcón.

** Médico residente, cursante del Postgrado de Dermatología.

bordes se van aplanando y el centro del cráter se va alargando hasta dejar una cicatriz atrófica, hipocrómica y alopécica. Esta última fase acostumbra durar un promedio de dos meses.



Existen tres formas clínicas. La descrita anteriormente es la clásica, que ordinariamente es una lesión única. Otra forma, menos definida, donde la arquitectura tumoral no es manifiesta, ya que el tapón central de queratina no es evidente, se confunde muchas veces con queratosis seborreica, acantomas benignos etc Y por último, la forma eruptiva, con múltiples lesiones. Entre éstas se individualizan tres variantes, que son: el tipo Poth, múltiples lesiones localizadas sobre brazos, antebrazos o dorso de las manos; el tipo Ferguson Smith, que son múltiples lesiones diseminadas y observadas sobre todo en los adultos jóvenes; y el tipo Grzybowski, o forma localizada en la parte alta del cuerpo, que cursa muchas veces con prurito.

En las etapas tardías de algunos nevus organoides, como en el nevus sebáceo de Tadassohn, se desarrollan queracantomas.

Hay algunas localizaciones del queratoacantoma donde produce gran destrucción hística, como consecuencia de su rápido crecimiento. Esto se ha visto en los párpados, pabellones auriculares y sobre los extremos distales de los dedos, donde además ocasiona dolor intenso.

La etiología de este "tumor" todavía permanece desconocida. Son muchas las teorías al respecto. Se cree que su agente causal sea un virus. Muchas son las publicaciones que aseguran haber aislado en la membrana corioalantoide este agente. Igualmente se han puesto de manifiesto, mediante el microscopio electrónico, partículas vitales; pero también es cierto que en otras afecciones y hasta en la piel normal se han encontrado partículas similares o virus. Otros autores incriminan en su producción un factor traumático, que bien podría ser una picadura de insecto, el correr con una navaja, una quemadura, etc. También el contacto prolongado con hidrocarburos, al parecer, puede originar la formación de un queratoacantoma. La luz es otro factor etilógico bastante importante, el de mayor interés tal vez en la génesis de esta afección. El hecho de que la mayor parte de las lesiones se localicen en sitios expuestos, favorece esta hipótesis.

También se invocan factores genéticos e inmunológicos para explicar el origen.

Experimentalmente se han obtenido queratoacantomas.

Por mucho tiempo se confundió con el epiteloma espinocelular, y aún sigue presentando algunas dificultades diagnósticas histológicamente.

También se los ha confundido con queratosis seborreicas o actínicas, cuernos cutáneos, etc.

No se transforman en verdaderos epitelomas espinocelulares nunca. Cuando esto ha ocurrido, con toda seguridad la lesión inicial no era un queratoacantoma.

El hecho más llamativo de este "tumor" es la involución espontánea, que se cree es debida a la rápida conversión de los queratinocitos en queratina, reduciéndose la acantosis y expulsándose el tapón de queratinina. Esto ha hecho pensar a algunos autores en que sigue el mismo ciclo del crecimiento del pelo. Sin embargo, algunos queratoacantomas pueden permanecer hasta por años.

Se describen casos de queratoacantomas ya expuestos.

La forma de tratar el queratoacantoma varía según la predilección de cada médico. Hay quienes son partidarios de dejarlos evolucionar espontáneamente; pero mediante este proceder no es posible realizar un diagnóstico histológico y se corre el riesgo de obtener una cicatrización poco estética.

La electrocoagulación, el curetaje o bien el curetaje y posterior electrocoagulación de la base, puede dar buenos resultados; pero la mayoría de los queratoacantomas que recidivaron fueron tratados inicialmente por este método. La resección quirúrgica parece ser el mejor método para tratarlos. Se obtiene una cicatriz cosméticamente buena, es más rápido, y aunque han recidivado algunos, se cree que es la forma más segura de tratamiento. Otras han usado podofilina, esteroides intralesionales, radioterapia, citostáticos, quimioterapia, etc.

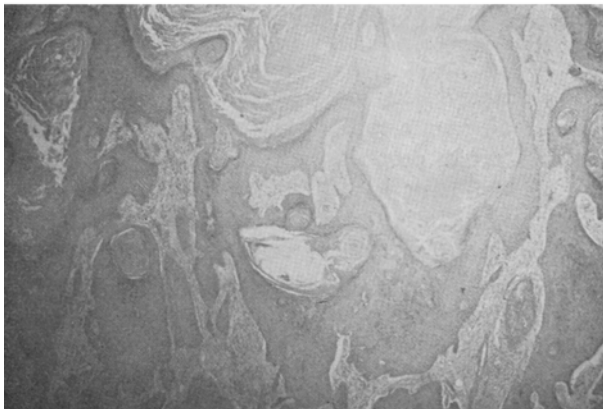
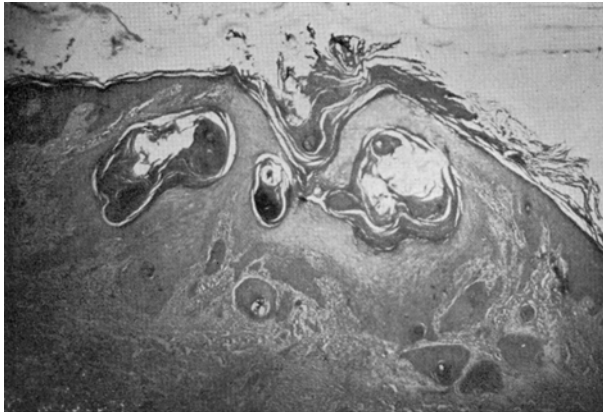
Con la toma de la biopsia, muchas veces se acelera la involución espontánea.

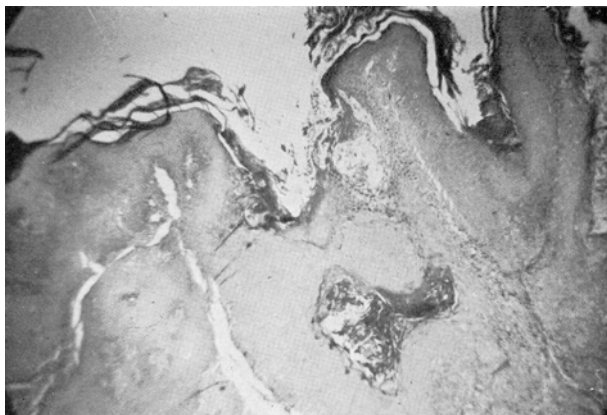
Histológicamente la lesión es característica, siempre y cuando el material tomado abarque a toda la lesión. La mejor forma de hacerlo es mediante una técnica propuesta por G. Popkin *et al.*: Cortando diametralmente la lesión hasta la piel sana de cada borde y en profundidad hasta el tejido subcutáneo, encontramos una invaginación de la capa mucosa de Malpighio, ocupada por un tapón de queratina que dispone en forma irregular; el epitelio es acantótico, con una hiperplasia pseudoepiteliomatosa; los haces del epitelio tienen una discreta desorganización, con más o menos alteración de su arquitectura normal, pre-

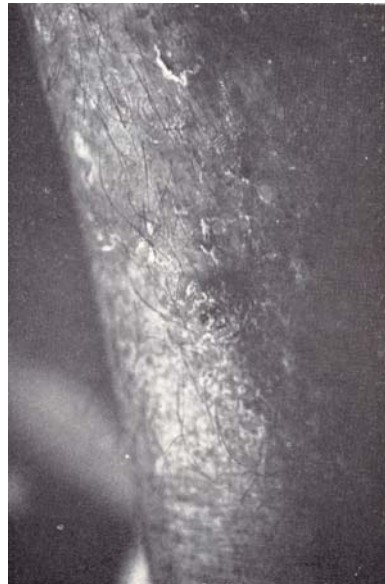
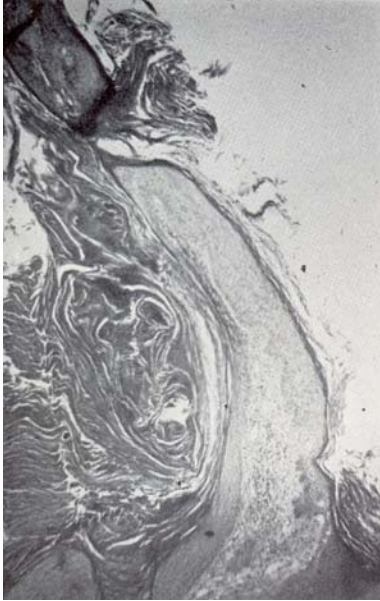
sencia de células atípicas, con mitosis bipolares o tripolares, disqueratosis, globos córneos, células de mayor tamaño, y en la basal cierto grado de transmigración celular, lo que ocasiona licuefacción de la basal.

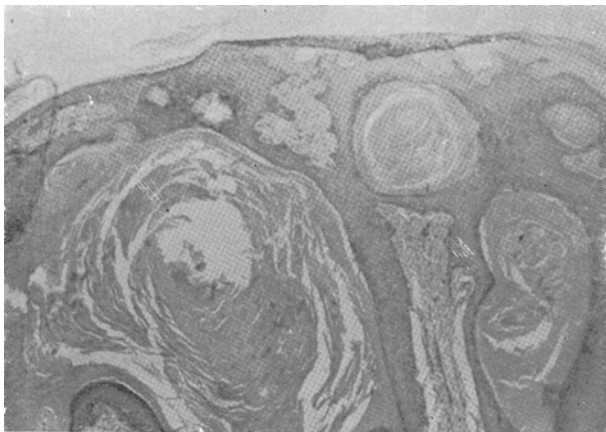
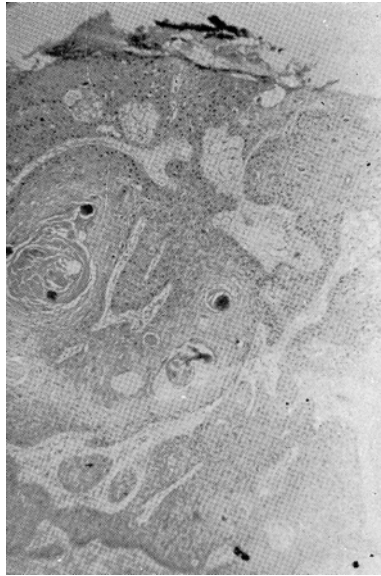
La dermis muestra un infiltrado polimorfo inmediatamente por debajo de la hiperplasia; este infiltrado puede ser discreto o bien profuso; generalmente es linfohistiocitario, pero se pueden encontrar polinucleares. Llama la atención la vasodilatación por debajo del "tumor"; son vasos ingurgitados o telangiectásicos.

Si observamos el corte histológico con una lupa, vemos una arquitectura característica, como en "copa", con neta separación dérmica en arco de convexidad hacia abajo.



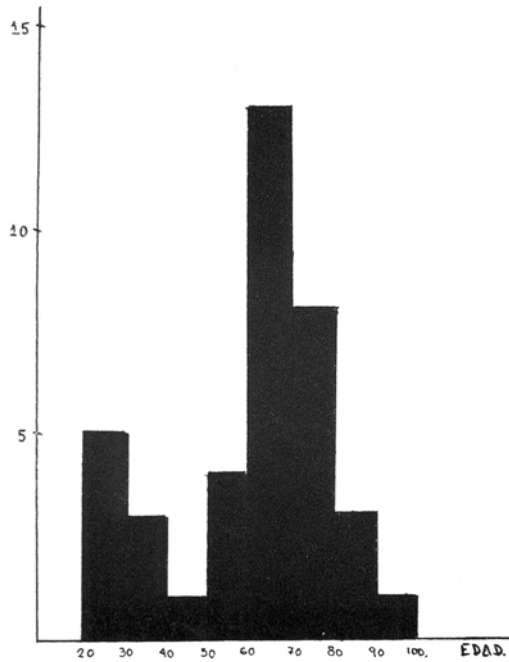






Revisando los archivos de histopatología del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas hemos encontrado un total de 41 lesiones, que provienen de 36 pacientes, en un lapso de once años (noviembre de 1958 a junio de 1969). La distribución por sexo fue igual, dieciocho casos del sexo masculino y otros tantos del sexo femenino. Esto está de acuerdo con algunas de las estadísticas revisadas.

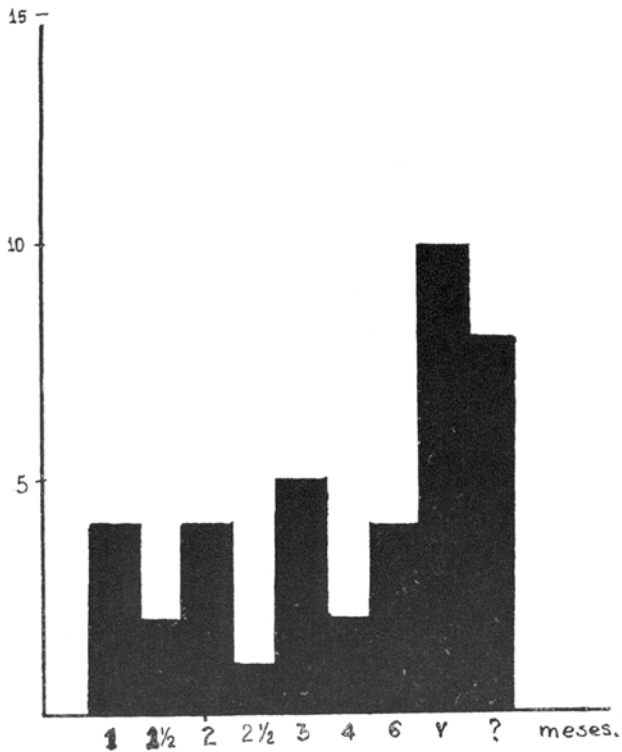
En cuanto a la edad de los enfermos, coincide de igual forma con la gran mayoría de los autores, encontrándose una mayor incidencia de los sesenta a los setenta años de edad.



Edad de los pacientes

Predominó en los pacientes de color blanco, 19 casos; seis eran de color trigueño. No se pudo obtener el dato en once casos.

Tres enfermos presentaron más de una lesión. Uno de ellos era una mujer de ochenta y cuatro años con dos lesiones, una localizada en la región temporal derecha y otra sobre el dorso de la mano. Un hombre de sesenta y nueve años de edad con dos lesiones, en la frente y en la región preauricular, respectivamente. Y una mujer con xeroderma pigmentosum, que presentaba múltiples lesiones, de las cuales fueron removidas quirúrgicamente cuatro, una en el labio inferior y tres en las

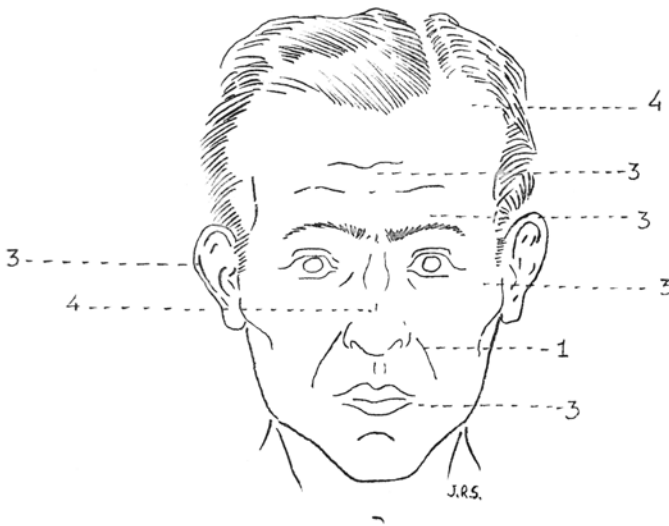


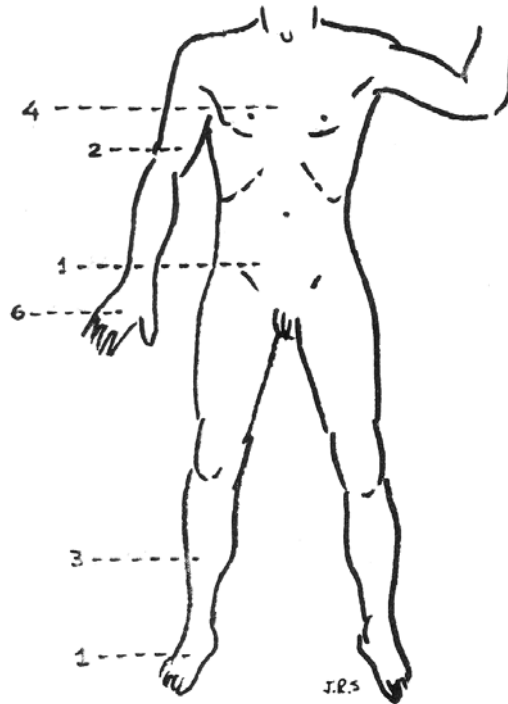
piernas, dejando evolucionar las otras lesiones, que se localizaban en brazos, antebrazos y piernas. Esta misma paciente tenía en el pómulo izquierdo un lentigo maligno.

Otra enferma tenía también un xeroderma pigmentosum, y un hombre de setenta y tres años de edad cursaba con lesiones, de liquen amiloide en las piernas.

El tiempo de evolución osciló entre un mes y varios meses, antes de consultar.

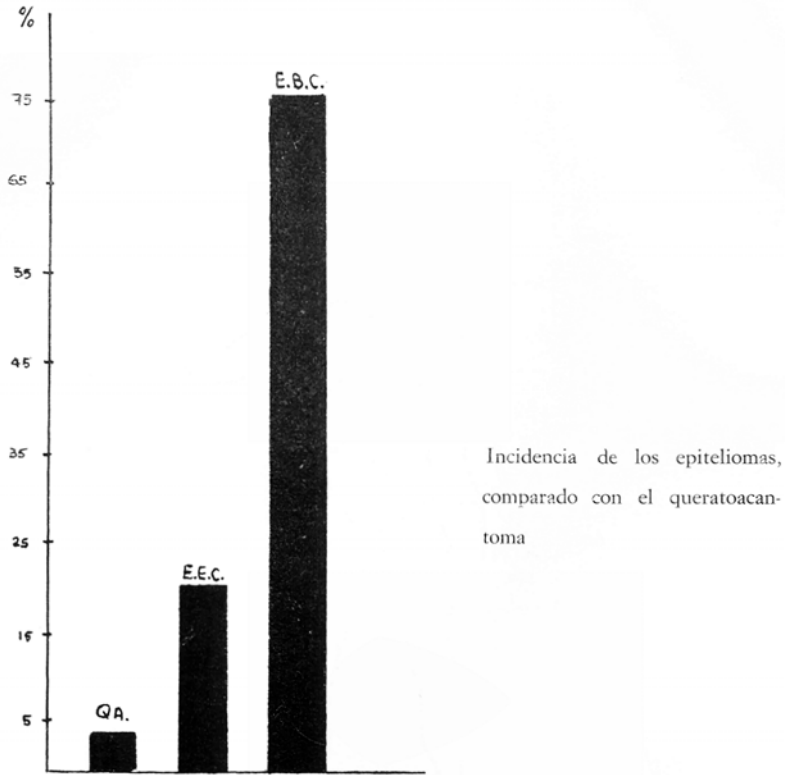
En cuanto a su localización, predominó en la cara: más del 50 por ciento.





Se han controlado después del tratamiento siete enfermos, con un promedio de dos años, sin presentar recidas.

Comparando la incidencia del queratoacantoma con los epitelomas basocelulares y espinocelulares que se encontraron en ese mismo lapso (once años), tenemos un 4,3 por ciento. Se procesaron 9.700 biopsias, lo que hace una incidencia global de 0,42 por ciento del queratoacantoma.



RESUMEN

Se hace una descripción somera de la clínica, etiopatogenia e histología del queratoacantoma. Asimismo se revisan los archivos del Servicio de Histología del Departamento de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, encontrándose 41 lesiones en 36 enfermos, repartidos por igual en ambos sexos, predominando entre los sesenta y setenta años de edad, en sujetos de piel blanca y localizados en zonas expuestas.

SUMMARY

A brief description of the clinic and etiopathology of the keratoacanthoma and hence of its histology.

Follows a review of all the cases of keratoacanthoma found at the Service of Dermatology of the Caracas Tlniversity Hospital during the last eleven years.

The 41 lesiuis studied in 36 patients were found to be evenly distributed in both sexes. The age of the patients was between 60 and 70 years as a rule. The frecuency of the disuse was higher among those patients with white skin and located in exposed zones.

BIBLIOGRAFIA

- Baer, R. L., et al.: "Keratoacanthoma", Year Book of Derm., pp. 7-41. Year Book Publishers, Chicago, 1962.
- Belisario, J. C.: Cancer of the Skin, pp. 80-96. Butterworths & Co. Publishers, Londres, 1959.
- Gay-Prieto, J. et al.: "Nuevas aportaciones al estudio del queratoacantoma". Med. Cut., 3: 353-366; 1969.
- Graciansky, P., et al.: "Keratoacanthomes juxtaposés d'apparition successive (Relation d'un cas)", Bull .Cnr Fr. Derm. Syph., 68: 318 349; 1961.
- Ghadially, F. N.: "Experimental production of keratoacanthomas in hamster and mouse, . J, Path, & Bact., 77: 277-282; 1959.
- _____, et al.: "The etiology of keratoacanthoma", Cancer, 16; 603 611; 1963.
- Jolly, H., et al.: "Keratoacanthoma múltiple.. Arch. Derm., 93: 348-353; 1966.
- Lund, 11. Z.: "Tumors of the Skin (Atlas of tumor pathology) ", Armed Forces Inst. Path., pp. 64-74, 194-195; Washington, 1957.
- Piñol-Aguadé, J. et al.: "Estudio anatomoclínico de los nevos organoides (Hamartomas pilosos pluripotentes), Med. Cut, 3. 261-274; 1968.
- Popkin, C. L., et al.: "A technique of biopsy recommended for keratoacanthomas",Arch. Derm., 94: 191-193; 1966.
- Rook, A., et al.: "Las recidivas en el queratoacantoma", Med. Cut., 2: 17-26; 1967.
- Tarnowski, W. M.,; "Multiple keratoncanthoma. Response of a case to systemic chemotherapy", Arch. Derm., 94: 74-80; 1966.