

Queratosis folicular invertida. Reporte de un caso, clínica e histopatología.

VICTOR GUTIERREZ SAN LUCAS¹, GIBSY VILLACIS MARRIOTT², CARMEN LOPEZ ACOSTA³,
MARÍA ISABEL TALLEDO MERA⁴, CRISTIAN SALINAS MUÑOZ⁵

Resumen:

Se reporta un caso de queratosis folicular invertida, un tumor benigno de piel poco frecuente y de difícil diagnóstico clínico, que se manifiesta clásicamente como una pápula o nódulo solitario de hasta 15mm de diámetro de aparición generalmente en cara y cuello. Por la gran similitud que tiene con lesiones hiperqueratósicas de piel requiere de un estudio histopatológico para su diagnóstico.

Se presenta paciente masculino de 65 años, con placa solitaria en región naso-labial, de 1.5 cm, indolora, de 2 años de evolución. Se efectuó biopsia en sacabocado cuyo resultado determinó queratosis folicular invertida, posteriormente se realizó extirpación de la lesión como tratamiento definitivo.

Palabras clave: : queratosis, folículo piloso, histopatología, neoplasia benigna, queratosis seborreica, verruga vulgar.

Inverted follicular keratosis. Report of a case, clinic and histopathology.

Summary.

We report a case of inverted follicular keratosis, a rare benign skin tumor of difficult clinical diagnosis, which is classically manifested as a papule or solitary nodule of up to 15mm in diameter, usually on the face and neck. It requires a histopathological study for its diagnosis due to the great similarity it has with hyperkeratotic skin lesions. The definitive treatment is the surgical excision of the lesion. We show you the case of a 65-year-old male patient is studied, presenting a solitary lesion in the nasolabial region, of 1.5 mm, painless, of 2 years of evolution. A punch biopsy was performed with the histopathological diagnosis of inverted follicular keratosis. The excisional biopsy of the lesion was performed as a definitive treatment.

Key words: keratosis, hair follicle, histopathology, benign neoplasia, seborrheic keratosis, and verruca vulgaris

1. Jefe del departamento de dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil- Ecuador.
2. Médico general adscrito al servicio de dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil- Ecuador.
3. Médico patólogo - dermatopatologo del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil- Ecuador.
4. Residente de segundo año del postgrado dermatología. Universidad de Guayaquil. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil- Ecuador.
5. Médico general adscrito al servicio de dermatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil- Ecuador.

Autor para Correspondencia:
Gibsy Villacis Marriot
e-mail: dalm1093@hotmail.com

Introducción

La queratosis folicular invertida es una lesión benigna de la piel, poco frecuente de origen muy discutido que se presenta en ambos sexos por igual a partir de la 5^{ta} década de vida, siendo los fototipos de piel I, II y III mayormente afectados¹. Se presenta como una lesión solitaria en pápula, placa o nódulo eritematoso con bordes regulares y bien definidos, asintomático de 2–1,5 cm de diámetro, son endofíticas o exofíticas². El 90% de los casos predominan en cara: región naso-labial, cejas, mejillas y párpados, aunque también puede encontrarse en tronco y extremidades³. Descrita por primera vez en 1954 por Helwig, existe actualmente escasa bibliografía al respecto. Es de difícil diagnóstico por la gran cantidad de diferenciales que existen con una asombrosa similitud clínica, como la queratosis seborreica, verruga vulgar, triquilemoma, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular entre otras hiperqueratosis de la piel, siendo indispensable correlacionarlo con el estudio histopatológico para su correcto diagnóstico^{4,5}.

Caso clínico

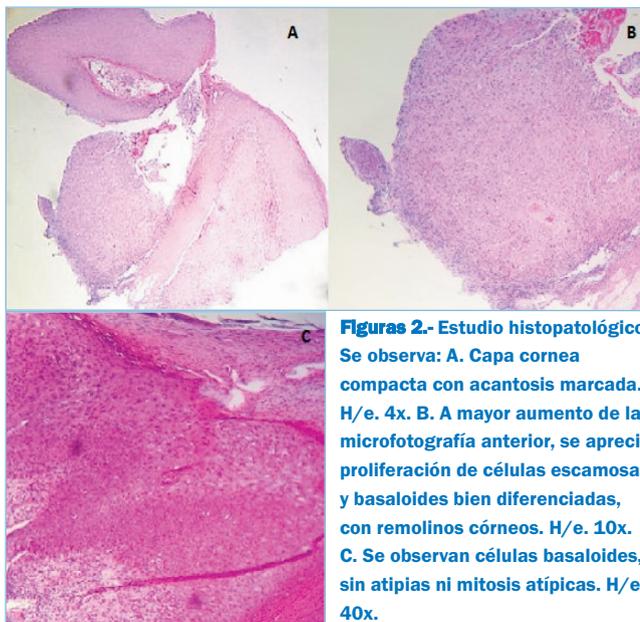
Se presenta el caso de un paciente masculino de 65 años de edad, mestizo, ecuatoriano, agricultor, actualmente jubilado, piel fototipo IV, con antecedente patológico personal de VIH+ hace 5 años. Al examen físico presenta una placa solitaria sobre elevada eritematosa con exulceraciones y áreas hiperpigmentadas, bien delimitada, regular con bordes definidos de 0,5 x 1,5 cm de diámetro de consistencia firme, superficie áspera al tacto, asintomático, ubicado en labio superior, de 2 años de evolución, de progresión lenta y sin tratamientos previos. (Figura 1)

Al momento de la consulta fue tratado con retrovirales (lamivudina + abacavir 300+600 mg y lopinavir + ritonavir 200+50 mg) e hipertensión arterial tratada con losartan 50 mg. Niega antecedentes patológicos familiares,



Figura 1.- Placa eritematosa con bordes bien definidos y regulares en región naso-labial.

Se efectúa biopsia punch. Estudio histopatológico reportó una capa córnea hiperqueratósica con focos de paraqueratosis, en algunas áreas se invaginaba formando pseudoquistes córneos, epidermis con acantosis marcada con alargamiento, ensanchamiento y anastomosis de los procesos interpapilares. Acantosis constituida por escasas células pequeñas de tipo basal y en su mayor parte células escamosas entremezcladas de aspecto basaloide, sin atipias, con remolinos córneos y en la dermis infiltrado linfohistiocitario leve, compatibles con queratosis folicular invertida (Figuras 2A, 2B y 2C).



Figuras 2.- Estudio histopatológico: Se observa: A. Capa cornea compacta con acantosis marcada. H/e. 4x. B. A mayor aumento de la microfotografía anterior, se aprecia proliferación de células escamosas y basaloides bien diferenciadas, con remolinos córneos. H/e. 10x. C. Se observan células basaloides, sin atipias ni mitosis atípicas. H/e. 40x.

Se decidió realizar extirpación de la lesión con anestesia local en un procedimiento ambulatorio, usando nylon 5-0 con técnica de punto simple. Se realizó retiro de puntos 7 días después de la intervención, observándose buena evolución, sin complicaciones. (Figura 3).



Figura 3.- Se observa buena evolución sin recidivas (6 meses).

Discusión

La queratosis folicular invertida es una patología de origen controversial y de difícil diagnóstico, descrita por primera vez en 1954 por Helwig, quien le dio el nombre, y describió una pápula hiperqueratósica y remolinos córneos¹. En 1962 Duperrat y Mascaró describieron una lesión de características idénticas, nombrándolo "poroma folicular"¹.

En la actualidad, la queratosis folicular invertida histológicamente se describe con dos características principales: un patrón arquitectónico invertido y remolinos córneos. Al ser Invertido significa que crece hacia abajo a nivel dermis independientemente de si toda la lesión es exofítica o endofítica. En la mayoría de los casos no tienen folículos pilosos debajo o dentro de la lesión y rara vez un folículo piloso atraviesa la lesión, observándose en la superficie.

Al microscopio se observan los remolinos córneos en algunas áreas, siendo más prominentes en las áreas profundas de la lesión, también existen áreas hiperqueratósicas pudiendo ser ortoqueratósica, paraqueratósica o mixta².

Estas áreas se extienden desde la superficie van de estrechas a amplias de manera vertical convergiendo en un cordón de células escamosas que son romas en su mayor extensión^{2,6}. En nuestro caso se observa una lesión exo-endofítica con presencia de células basaloideas inmaduras, sin atipias con remolinos córneos focalmente los remolinos córneos y sin actividad mitótica. Estos hallazgos están descritos y coinciden con los observados en la literatura. Adicionalmente, no se observaron perlas córneas ni folículos pilosos o focos de células claras.

Boniuk y Zimmerman⁷ en 1963 observaron la similitud de estos tumores benignos con el queratoacantoma y lo relacionaron con un posible origen viral, y años después Reed y Pulitzer³ sugirieron la posible relación con el virus del papiloma humano (VPH) sin llegar a ser concluyentes, solo en casos raros se estudia con anticuerpos de VPH. Siendo la mayoría de los casos negativo^{2,8}.

Se ha encontrado similitudes clínicas e histopatológicas con diversas lesiones, entre ellas la queratosis seborreica,

diferenciándose de esta por un incremento de las células de Langerhans en la queratosis folicular invertida, además de la expresión de bcl-2, ausente en queratosis seborreica^{5,7}. Ocasionalmente las células sebáceas son muy cercanas a los remolinos córneos teniendo similar conducto sebáceo por eso algunos autores la describen como una variante de la queratosis seborreica². Sin embargo, en nuestro caso se puede excluir este diagnóstico al relacionar la clínica y la patológica.

Se ha descrito su relación con triquilemoma, describiéndolas juntas inclusive en algunos casos de síndrome de Cowden^{6,9}. En La histopatología (figura 2) observamos la distribución en nidos escamosos o remolinos, sin folículos pilosos, los cuales se aprecian en la queratosis folicular invertida, mientras que el triquilemoma se caracteriza por estructuras poligonales, sin capacidad de queratinización adicional¹⁰.

El diagnóstico mediante características dermatoscópicas también se ha reportado, Muñoz-Garza FZ y cols⁴, lo diferenciaron de las demás lesiones describiendo una lesión sin forma específica de color amarillento o blanquecino y la presencia de vasos en horquilla o glomerulares¹¹.

Se reportó en una variante pigmentaria de queratosis folicular invertida, donde Montserrat Molgó N. y cols¹ describieron una tumoración con características histológicas similares pero presentándose con pigmentación distinta a la usual rosácea. Mucho más infrecuente, pero encontrada solo en pacientes de raza blanca⁸.

El tratamiento es siempre la extracción completa de la lesión, dando resultados positivos y bajas tasas de recurrencia. En nuestro caso se optó por la resección quirúrgica como método definitivo teniendo un buen resultado estético y sin recidivas. Sin embargo, se tiene que ser minucioso en la búsqueda del diagnóstico preciso, puesto que una lesión maligna exigiría hacer una exeresis más agresiva, con consecuencias estéticas evidentes y de mayor complejidad de corrección^{1,12}. Una alternativa no quirúrgica es el uso del imiquimod 5% crema que en un reporte de caso dio una regresión casi completa de la lesión en un periodo de dos meses, actualmente este método necesita más estudios para confirmar su éxito y eficacia¹³.

Conclusiones

La queratosis folicular invertida es una tumoración benigna de la piel, poco frecuente, de presentación más común en mejilla y región naso-labial a partir de la 5^{ta} década de vida y reportada mayormente en hombres. Es de difícil diagnóstico por la similitud con otras patologías de neo formación anexial, donde la histopatología y la dermatoscopia prevalece sobre la clínica para poder efectuar un diagnóstico preciso sobre sus diferenciales más comunes como lo son la queratosis seborreica, la verruga común y los tumores proliferativos de la piel.

La resección quirúrgica es el tratamiento definitivo, en nuestro caso con buena evolución y sin recidiva ●

Referencias

1. Molgó M, Jaque A, García-Huidobro I, et al. Queratosis Folicular Invertida Pigmentada : A propósito de un caso. *Rev. Chilena Dermatol.* 2009; 25(4):352-354.
2. Fletcher C. *Diagnostic histopathology of tumors.* Third edition. Boston (Massachusetts): Elsevier; 2007. 142-144.
3. Elder D, Elenitsas R, Rosenbach M, et al. *Histopatología de la piel de Lever.* Decimoprimer edición. Filadelfia(Pensilvania):Amolca; 2017.969-1039.
4. Díez-Montero C, Gonzales D, Perez E. Periocular inverted follicular keratosis: a retrospective series over 17 years. *Japanese Journal of Ophthalmology.* Disponible: <https://doi.org/10.1007/s10384-018-006507>. Publicado: 02 enero 2019. Consultado: 15 agosto 2019.
5. Sato T, Suenaga H, Igarashi M, et al. Rare case of external dental fistula of the submental region misdiagnosed as inverted follicular keratosis and thyroglossal duct cyst. *Elsevier.* 2015; 16: 39–43.
6. Kong-Bing T, Sze-Hwa T, Derrick Chen W, et al. Simulators of squamous cell carcinoma of the skin: Diagnostic challenges on small biopsies and clinicopathological correlation. *Journal of skin cancer.* 2013; 2013: 1-10.
7. Muñoz-Garza FZ, Gonzalez-Ramirez RA. Queratosis folicular invertida: Un dilema clínico, histológico y dermatoscópico. *Dermatología Rev Mex.* 2015;59(2):161–5.
8. Moreno K,Ponce M. Queratosis folicular invertida. Comunicación de dos casos. *Dermatología Rev Mex.* 2009;53(4):190-4.
9. Shah R, Maddukuri P, Patel S, et al. Inverted Follicular Keratosis: Stand-Alone Entity or Variant. *SKINmed.* 2019; 17:93–94.
10. Rivera I, Gómez L, Rivera Z, et al . Tumor en frente de mujer joven. *Dermatol Venez.* 2013;51(2):58–60.
11. Hocker S, Rabinovitz H ,OlivieroM ,et al. Reflectance confocal microscopy of an inverted follicular keratosis mimicking a squamous cell carcinoma. *Dermatol Pract Concept* 2017;7(4):39-42.
12. Kenney M, Lester E, Cook DL. Queratosis foliculares invertidas de las nalgas. *Revista de patología cutánea.*2018; 45(5):369-370.
13. Karadag AS, Ozlu E, Uzuncakmak TK, et al. Inverted follicular keratosis sucefully treated with imiquimod. *Indian Dermatol Online J.* 2016; 7 (3): 177-179.