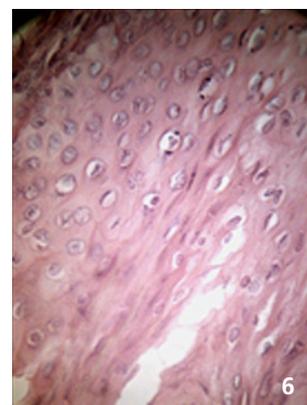
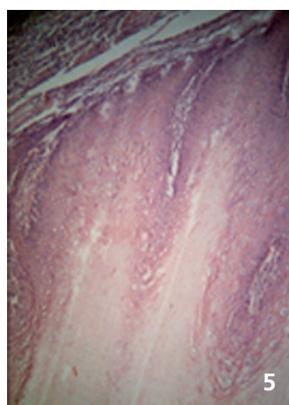
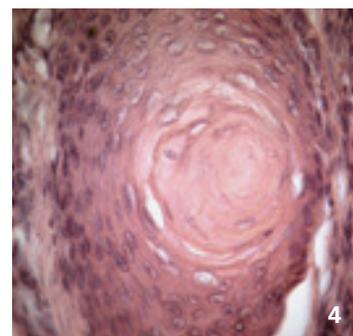


Responsable: Dra. Ingrid Rivera

Tumor en frente de mujer joven

INGRID RIVERA¹, LIDIA GÓMEZ¹, ZULAY RIVERA¹, MARGARITA OLIVER².



Historia

Paciente femenino de 31 años, de ocupación oficios del hogar, sin antecedentes personales ni familiares contributorios, quien acude por presentar tumor del color de la piel en región frontal izquierda, de 5 - 6 mm, con un área central excoriada, con bordes irregulares y costra central. La lesión presenta 4 meses de evolución, con aumento progresivo de tamaño y ocasional sangrado o presencia de secreción serosa. (Figuras 1 y 2)

Se realizan paraclínicos que se encontraban sin alteraciones, y se toma biopsia escisional

Histopatología: capa córnea hiperqueratósica con focos de paraqueratosis. En algunas áreas se invaginaba formando pseudoquistes córneos, con una epidermis con acantosis marcada con alargamiento, ensanchamiento y anastomosis de las redes de cresta. Esta acantosis está constituida por escasas células pequeñas de tipo basal y en su mayor parte células escamosas entremezcladas, con remolinos córneos y perlas de queratinización. Dermis infiltrado linfohistiocitario leve. (Figuras 3, 4, 5 y 6)

1-Dermatólogos egresados del Instituto de Biomedicina.
2-Dermatólogo-dermatopatólogo del Instituto de Biomedicina.
Correspondencia: Dra. Ingrid Rivera.
draingridderma@gmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Diagnóstico: Queratosis folicular invertida.

La queratosis folicular invertida (QFI) es un tumor benigno de difícil diagnóstico y poco frecuente, el cual se ha descrito en la bibliografía oftalmológica y en la dermatológica. En 1954, Helwing le dio el nombre a esta lesión y describió sus características. Otros nombres aceptados que se le han dado son: poroma folicular, infundibuloma, acrotricomoma.¹

Clínicamente se trata de una lesión única que aparece con mayor frecuencia en adultos, afectando más a hombres con una frecuencia de 2:1. La localización más común es cara en 85 % de los pacientes, especialmente en mejillas y labio superior, aunque también se han reportado en mentón, frente, cejas, nariz, cuello, párpados, conjuntiva y vulva, con dimensiones que van de 3 a 10 mm de diámetro.¹

Respecto a su patogénesis se ha planteado que este tumor se origina del infundíbulo del folículo piloso y se postulan los siguientes patrones de crecimiento:

1. Similar a queratoacantoma: caracterizado por lesiones nodulares de aspecto queratosico, recubiertas por epidermis que adopta la forma de un queratoacantoma. El centro está constituido por masas solidas del epitelio folicular, que se extienden de la superficie hacia la dermis y forma una neoplasia exo-endofítica.
2. Similar a verruga: se presentan como lesiones exofíticas, conformadas por masas solidas centrales de epitelio neoplásico cubiertas por epidermis.
3. Sólido o nodular: lesiones endofíticas, compuestas por masas lobuladas de epitelio proveniente del folículo, que se extienden de la superficie a la dermis alcanzando las glándulas sebáceas.

Se reporta que la QFI y el triquilemoma son padecimientos similares, pero con diferencias histológicas específicas, y otros autores plantean que es una variante de la queratosis seborreica (QS) sobretodo las lesiones de diferenciación basoescamosa o inducción de queratinización abundante, cuando se comportan como QS irritada. Diversos estudios han relacionado a las QFI con infección por el virus del papiloma humano, aunque sus resultados son contradictorios.^{2,3,4}

Se ha demostrado que las células de Langerhans en la QFI se encuentran incrementadas y muestran un aumento de la expresión de Bcl-2, hallazgo no encontrado en las QS, en las lesiones relacionadas con el virus del papiloma humano ni en el carcinoma epidermoide. Se plantea que sea un estímulo para la regresión de la lesión⁵. Por inmunotinción se ha demostrado una mayor expresión de p53 en comparación con las QS.⁶

El diagnóstico se hace generalmente por histopatología porque la apariencia clínica es difícil de diferenciar de otras lesiones. Recientemente se describieron características dermatoscópicas como vasos en horquilla periféricas radiales, rodeadas por un halo blanquecino dispuestas alrededor de una zona amorfa blanco-amarillento central, en 3 casos, y en 1 caso vasos glomerulares y

arborescentes. En la microscopía confocal de reflectancia disponible en 1 caso, se identificó un patrón de panal ensanchado, con proyecciones epidérmicas y vasos en horquilla y glomerulares.⁷

El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con las verrugas virales, QS, queratoacantoma, y triquilemoma, aunque lo más importante es diferenciarlo de tumores malignos como el carcinoma espinoso y basocelular, e inclusive melanoma maligno.^{1,8}

En Venezuela, el único reporte publicado de QFI, fue en un estudio retrospectivo de cinco años del Instituto de Biomedicina donde de 77 biopsias enviadas con el diagnóstico clínico de cuerno cutáneo, fueron reportados como QFI 3 casos (8 %)⁹, constituyendo otro diagnóstico diferencial a considerar.

La evolución es generalmente indolente y crónica, y el tratamiento de elección es quirúrgico para lograr una buena correlación clínico-patológica, que permita confirmar el diagnóstico¹. Aunque se han reportado pocos casos de recurrencia, por persistencia de lesión en márgenes¹⁰, no es recomendable cirugías extensas y drásticas en el paciente, por la naturaleza benigna de esta lesión. Nuestra paciente no ha presentado recurrencias y los bordes se encontraban libres de lesión. ●

Resumen

La queratosis folicular invertida es un tumor benigno de difícil diagnóstico clínico y poco frecuente. Se trata de una lesión única, más frecuente en cara de hombres adultos. La patogénesis es muy controvertida, pero la mayoría coinciden con el origen infundibular del folículo piloso. El diagnóstico es histopatológico, porque por la apariencia clínica la hace difícil de diferenciar de otras lesiones.

Palabras clave: *queratosis folicular invertida, cuerno cutáneo.*

Diagnosis: Inverted follicular keratosis

Abstract

Inverted follicular keratosis is a clinical and rare benign tumor difficult to diagnose. It is a more frequent single lesion in adult men face. The pathogenesis is controversial, but most match source from the infundibulum of the hair follicle. The diagnosis is histopathological, because the clinical appearance is difficult to differentiate from other lesions.

Key words: *inverted follicular keratosis, cutaneous horn.*

Referencias

1. Moreno K, Ponce R. Queratosis folicular invertida. Comunicación de dos casos. *DermatolRevMex* 2009;53:190-4.
2. Battistella M, Peltre B, Cribier B. Composite tumors associating trichoblastoma and benign epidermal/ follicular neoplasm: another proof of the follicular nature of inverted follicular keratosis. *J CutanPathol* 2010; 37: 1057-1063.
3. Noiles K, Vender R. Are all seborrheickeratoses benign? Review of the typical lesion and its variants. *J Cutan Med Surg*2008;12:203-10.
4. Ruhoy S, Thomas D, Nuovo G. Multiple inverted follicular keratoses as a presenting sign of Cowden's syndrome: case report with human papillomavirus studies. *J Am AcadDermatol* 2004;51:411-5.
5. Ko C, Kim J, Phan J, Binder S. Bcl-2 positive epidermal dentritic cells in inverted follicular keratoses but not squamous cell carcinomas or seborrheickeratoses. *J CutanPatol* 2006;33:498-501.

RETO DIAGNÓSTICO

6. Ko C, Shintaku P, Binder S. Comparison of benign keratoses using p53, bcl-1, and bcl-2. *J CutanPathol* 2005; 32: 356–359.
7. Armengot M, Abrego A, Gonzalez T, Alarcon I, Alos L, Carrera C, et al. Inverted follicular keratosis: dermoscopic and reflectance confocal microscopic features. *Dermatology*. 2013;227:62-6.
8. Thom G, Quirk C, HeenanP. Inverted follicular keratosis simulating malignant melanoma. *Australas J Dermatol*. 2004;45:55-57.
9. Castillo D, Zerpa O, Loyo N, López C, Oliver M. Histopatología del Cuerno Cutáneo: Estudio Retrospectivo de 77 Casos. *Derm Venez*. 2002;40:65-69.
10. Shweitzer JG, Yanoff M. Inverted follicular keratosis: a report of two recurrent cases. *Ophthalmology* 1987;94:1465-8.