

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Tumor solitario frontal

Rosario Vives Nadal y Ana M. Valcayo Peñalba

Servicio de Dermatología. Hospital de Navarra. Pamplona.



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.



Figuras 2 y 3. Imagen histológica.

Mujer de 38 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Enfermedad actual

Acudió a consulta por una lesión en la frente de 7 años de evolución, estable y asintomática. En alguna ocasión se la había manipulado, drenando material blanquecino, pastoso.

Correspondencia: Dra. R. Vives.
Servicio de Dermatología. Hospital de Navarra.
Irunlarrea, 3. 31008 Pamplona.

Exploración

En la región frontal presentaba pequeño nódulo marrón-rojo ligeramente elevado, de consistencia firme, superficie brillante, con centro deprimido y queratósico (fig. 1).

Se realizó extirpación quirúrgica.

Histología

El estudio histopatológico evidenció una invaginación de la epidermis cuyo centro estaba ocupado por material queratósico (fig. 2). Numerosas papilas dérmicas elongadas, recubiertas de células basales, se proyectaban en la base de la invaginación, donde se observaban células con disqueratosis acantolítica (fig. 3).

DIAGNÓSTICO

Disqueratoma verrugoso.

COMENTARIO

El disqueratoma verrugoso es una lesión poco frecuente, generalmente solitaria. Se caracteriza en la clínica por ser un nódulo queratósico crateriforme, y en la histología, por la presencia de disqueratosis acantolítica¹.

Fue descrito por Szymansky en 1957², aparece en adultos como una pápula o nódulo sobrelevado, del color de la piel normal o marrón-rojizo, con un tapón queratósico central. Es más frecuente en la cara, el cuero cabelludo o el cuello^{1,3}, pero puede asentar en otras localizaciones e incluso en la mucosa oral^{4,5}, y también se han descrito casos con lesiones múltiples³. Crece de forma lenta, y tras alcanzar el tamaño de 1-2 cm persiste indefinidamente¹.

El estudio histopatológico pone de manifiesto una invaginación de la epidermis en forma de copa, cuyo centro está ocupado por material queratósico. Desde la base de esta invaginación se proyectan papilas dérmicas elongadas, o «seudovilli», recubiertas de células basales, y numerosas células con disqueratosis acantolítica^{6,7}.

La disqueratosis acantolítica es un patrón histológico característico en el que se observan: hendiduras suprabasales alrededor de papilas dérmicas preservadas, células disqueratósicas y acantolíticas en todas las áreas de la epidermis, hiperqueratosis y paraqueratosis⁶. Estos cambios son típicos de la enfermedad de Darier, la enfermedad de Grover y el disqueratoma verrugoso; pero también pueden verse, de forma focal, en otros procesos cutáneos como hallazgo histológico aislado y sin trascendencia clínica⁸.

La patogenia del disqueratoma verrugoso es desconocida, aunque se ha propuesto un origen pilosebáceo, interpretándose la invaginación central como un folículo dilatado. Sin embargo, la existencia de casos en mucosa oral no apoya esta teoría. Puede que, como en la enfermedad de Darier, el proceso de disqueratosis acantolítica no siempre derive de una estructura pilosebácea^{3,5}.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del disqueratoma verrugoso es difícil, tanto por su morfología poco específica como por su escasa frecuencia, que hace que no pensemos en esta entidad. El diagnóstico diferencial se plantea con procesos muy diferentes entre sí, como son: quiste de inclusión epidérmico, queratosis actínica, queratosis seborreica, verruga vulgar, *Molluscum contagiosum*, nevo melanocítico, epiteloma basocelular, enfermedad de Bowen, tumores anexiales (tricrofolículo, tricoepitelioma, siringocistoadenoma papilífero)^{1,7}. El diagnóstico definitivo se confirmará siempre mediante el estudio histopatológico.

Quiste de inclusión epidérmico. Lesión cutánea elástica, firme, que con frecuencia es más palpable que visible, y suele estar cubierto por piel de color normal. Ocasionalmente aparece una zona queratósica puntiforme

que representa el orificio del folículo pilosebáceo ocluido. Al microscopio óptico, el quiste tiene una pared formada por epidermis y su interior contiene material córneo dispuesto en capas laminares.

Queratosis actínica. Es una lesión queratósica eritematosa o parda, no infiltrada, que asienta en zonas fotoexpuestas, y se relaciona con radiación solar crónica, por lo que aparece en pacientes de edad avanzada, en especial de tez clara. Suelen ser lesiones múltiples, y la piel sobre la que se desarrollan evidencia daño actínico crónico. La histopatología es característica, en la epidermis existe hiperqueratosis con áreas de paraqueratosis, queratinocitos atípicos y células disqueratósicas. La dermis muestra elastosis y un infiltrado inflamatorio de linfocitos y células plasmáticas.

Queratosis seborreica. Es una lesión en placa bien delimitada, hipercrónica, con superficie queratósica o de aspecto oleoso, que con frecuencia muestra tapones córneos, dato clínico característico muy útil para el diagnóstico. Son lesiones múltiples que aparecen con la edad. El estudio histológico revela hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis con invaginaciones córneas que, en los cortes histológicos, se observan como pseudoquistes córneos. También hay verdaderos quistes córneos con queratinización completa. Un hallazgo típico es la localización del borde inferior de la acantosis en la unión dermoepidérmica, en cada lado de la lesión. La epidermis acantósica muestra células basaloides, y podemos encontrar aumento de melanocitos y melanina.

Verruga vulgar. Es una lesión de superficie queratósica, de coloración grisácea o blanquecina, resultado de la infección por papilomavirus. Es característica la presencia de focos de células vacuoladas en el estrato de Malpigio y capa granulosa, gránulos de queratohialina, y zonas de paraqueratosis en las crestas de las papilas.

Molluscum contagiosum. Infección por poxvirus. Pápula semiesférica del color de la piel, sonrosada o blanquecina, con umbilicación central, generalmente son lesiones múltiples. En el estudio histológico, la epidermis se invagina hacia la dermis en forma de lóbulos. Las células epidérmicas contienen en su citoplasma cuerpos de inclusión grandes, eosinofílicos.

Nevo melanocítico. El nevo melanocítico intradérmico es el que se confunde más fácilmente con el disqueratoma verrugoso. Se trata de una pápula redondeada, semiesférica, pigmentada o del color de la piel normal, constituida por nidos y cordones de células névicas en la dermis superior, con un patrón fascicular o neuroide en los niveles inferiores. La cantidad de melanina en las células névicas es variable o está ausente.

Epiteloma basocelular. En su forma noduloulcerada se caracteriza por una pápula o nódulo translúcido, del color de la piel o eritematoso, con telangiectasias. El centro

puede deprimirse y ulcerarse, dejando un borde elevado con brillo perlado. Al microscopio se observa proliferación de células similares a las de la capa basal de la epidermis, pero con núcleo grande, basófilo y escaso citoplasma, que en la periferia de las masas tumorales se disponen en empalizada. El estroma circundante es fibroso.

Enfermedad de Bowen o carcinoma epidermoide *in situ*. Es una placa eritematosa, de borde neto e irregular, con superficie descamativa o queratósica, y crecimiento lento y progresivo. Solitaria o múltiple, predomina en edades avanzadas y se localiza en piel expuesta y no expuesta. La histopatología es característica con hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis irregular y engrosamiento de las crestas interpapilares. La epidermis presenta una desorganización total de la arquitectura celular, se pierde la maduración normal y aparecen células disqueratósicas, células atípicas y abundantes mitosis. En la dermis existe un infiltrado linfocitario con escasas células plasmáticas.

Tumores anexiales. El aspecto clínico de estas lesiones es inespecífico y el diagnóstico se basa en el estudio histológico. Los más importantes que se deben considerar en el diagnóstico diferencial son:

Tricofolliculoma. Es una lesión solitaria, papular, del color de la piel y superficie lisa. Con frecuencia tiene un

poro central que contiene pelos algodonosos, signo importante que nos permite sospechar el diagnóstico clínico. La histología es característica: la dermis contiene un folículo central grande, malformado y numerosos folículos secundarios radiando lateralmente desde el folículo central, rodeados de estroma fibrocelular.

Tricoepitelioma solitario. Es una pápula o nódulo firme, del color de la piel. El dato histopatológico típico es la presencia de quistes córneos con centro completamente queratinizado, junto con islotes tumorales sólidos de células basofílicas con empalizada periférica, rodeadas de estroma fibroso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ho VCY, McLean DL. Benign epithelial tumors. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in general medicine*. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1993; p. 865-6.
2. Szymansky FJ. Warty dyskeratoma. *Arch Dermatol* 1957;75:567-72.
3. Griffith TW, Hashimoto K, Sharata HH, Ellis CN. Multiple warty dyskeratomas of the scalp. *Clin Exp Dermatol* 1997;22:189-91.
4. Baran R, Perrin C. Focal subungual warty dyskeratoma. *Dermatology* 1997;195:278-80.
5. Mesa ML, Lambert WC, Schneider LC, Reibel J. Oral warty dyskeratoma. *Cutis* 1984;33:293-4.
6. Ackerman AB. Focal acantholytic dyskeratosis. *Arch Dermatol* 1972;106:702-6.
7. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin*. 7th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1990.
8. DiMaio DJM, Cohen PR. Incidental focal acantholytic dyskeratosis. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:243-7.