

347/2867 - POROQUERATOSIS ACTÍNICA SUPERFICIAL DISEMINADA

D. Zalama Sánchez^a, A. Muriel Serrano^b, R. Guerrero Tejada^c y M. Rojas Hernández^a

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Área Valladolid Este. Valladolid.^b

Médico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Área Valladolid Este. Valladolid.^c

Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Tórtola. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 54 años de edad sin antecedentes de interés que acude a la consulta de atención primaria por presentar desde hace 1 año múltiples lesiones en escote piernas y brazos que se exacerbaban en los meses cálidos y tras la exposiciones solar asociando prurito intenso.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se observan placas anulares menores de 1 cm con un centro deprimido y atrófico, bordes eritematosos e queráticos con descamación, distribuidas en escote, brazos y piernas en forma simétrica y bilateral. Analítica sin alteraciones significativas. Se inicia tratamiento con corticoide tópico presentando mejoría del prurito pero sin desaparición de las lesiones. Se realiza biopsia de una de las lesiones con punch incluyendo los bordes y el centro de la lesión. Informe anatomo patológico: laminilla cornoide oblicua a la superficie cutánea, degeneración granulosa en su inserción epidérmica y epidermis de los márgenes con pérdida de redes de crestas, hiperpigmentación basal y ortoqueratosis.

Orientación diagnóstica: Poroqueratosis actínica superficial diseminada.

Diagnóstico diferencial: Líquen plano anular. Poroqueratosis actínica superficial diseminada. Queratosis actínicas. Queratosis seborreicas, psoriasis en placas.

Comentario final: Las poroqueratosis son un grupo de trastornos de la queratinización cutánea, se presenta como máculas o placas anulares de centro atrófico y bordes bien definidos e hiperqueráticos. Aparece entre la tercera y cuarta década de la vida, predominando en mujeres. La anatomía patológica confirma la sospecha clínica siendo característica la laminilla cornoide. En caso de número escaso de lesiones se puede realizar tratamiento con crioterapia local. Otras opciones son los retintines tópicos, imiquimod, diclofenaco 3% 5-fluouracilo, terapia fotodinámica. Los retinoides orales se reservan para los casos más graves. Es importante la recomendación de fotoprotección solar. Nuestra paciente continúa con tratamiento a base de retinóide tópico y fotoprotector presentando buena evolución.

Bibliografía

1. Elisabeth C, Wolf K, et al. Poroqueratosis. En: Fitzpatrick T, Eisen A, Wolf K, et al. Dermatología en Medicina General, 6^a ed. Buenos Aires; Editorial Médica Panamericana. 2005; p. 604-10.
2. Ebling F, Marks R, Rook A. Trastornos de la Queratinización: Poroqueratosis. En: Rook A, Wilkinson D, Ebling F. Tratado de Dermatología, 4^a ed. Editorial Doyma, 1988; p. 1597-600.

Palabras clave: Poroqueratosis. Lesiones dérmicas. Queratosis.