

TRABAJOS ORIGINALES

# Acantoma de células claras. Estudio clinicopatológico de 10 casos

## Clear cell acanthoma. A clinicopathological study of 10 cases

Daniela González Sánchez<sup>1</sup>, Ana Clara Acosta<sup>2</sup>, Nora Kogan<sup>3</sup>, María Cristina Corbella<sup>4</sup>, Roberto Schroh<sup>5</sup> y Daniel Feinsilber<sup>6</sup>

### RESUMEN

El acantoma de células claras (ACC) se describió como un tumor epidérmico benigno poco frecuente, aunque en la actualidad no es tan excepcional, si bien su etiopatogenia aún se desconoce. En los últimos años, se ha reivindicado la naturaleza inflamatoria de esta lesión. La mayoría de los ACC son solitarios y se localizan en la porción inferior de las piernas. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica.

En el presente trabajo se describen los casos de 10 pacientes con ACC, diagnosticados clínica e histopatológicamente en nuestro servicio entre 2009 y 2016, con un rango etario de entre 50 y 77 años. Se realizó la escisión quirúrgica

total de la lesión en 8 pacientes, con resolución completa del cuadro, sin presentar complicaciones ni recidivas posteriores. Excepcionalmente, se realizó curetaje y posterior electrocoagulación de la lesión en una paciente, que tampoco presentó recidivas hasta la fecha, y se decidió una conducta expectante en el caso de otro paciente, dadas sus comorbilidades y su negativa a realizar la extirpación, con estabilidad a lo largo de los años.

**Palabras clave:** acantoma de células claras, acantoma de Degos.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (2): 88-92

### ABSTRACT

*Clear cell acanthoma (CCA) was described as a rare benign epidermal tumor, at present it is not so exceptional although its etiopathogenesis is still unknown. In recent years the inflammatory nature of this lesion has been claimed. Most CCAs are solitary and are located in the lower portion of the legs. The treatment of choice is surgical excision.*

*In the present work, 10 patients with CCA are described, diagnosed clinically and histopathologically in our service between 2009 and 2016, with a range between 50 and 77 years. Complete surgical excision of the lesion was performed in 8 patients, with complete*

*resolution, without complications or subsequent recurrence. Exceptionally, curettage and subsequent electrocoagulation of the lesion was performed in one patient, who also did not present recurrence to the date, and expectant management was decided in the case of another patient, given his comorbidities and his refusal to perform exeresis with stability throughout the years.*

**Key words:** Clear cell acanthoma, Degos' acanthoma.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (2): 88-92

<sup>1</sup> Jefa de Residentes

<sup>2</sup> Médica de Planta y del Sector Oncología

<sup>3</sup> Exmédica de Planta, Sector Psoriasis y Oncología

<sup>4</sup> Médica de Planta del Servicio de Anatomía Patológica

<sup>5</sup> Exmédico de Planta del Servicio de Dermatología. Exjefe de la Sección Dermatopatología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

<sup>6</sup> Jefe de División del Servicio de Dermatología  
División Dermatología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Daniela González Sánchez

E-mail: danielag.dermatologia@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 10/3/2017

Fecha de trabajo aceptado: 11/6/2018

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

## INTRODUCCIÓN

El acantoma de células claras (ACC) fue descrito inicialmente por Degos, Delort, Civatte y Poiars Baptista en 1962, quienes sugirieron que se trataba de un tumor epitelial benigno de origen epidérmico, constituido por queratinocitos que se cargaban de glucógeno y adoptaban un aspecto claro<sup>1</sup>.

En las publicaciones recientes se lo considera una dermatosis reactiva inespecífica y diversos autores han reivindicado su naturaleza inflamatoria, incluso los que defienden que se trata de una forma localizada de psoriasis<sup>2,3</sup>.

La mayoría de los ACC son solitarios. Las formas múltiples son infrecuentes y hay una única descripción como forma eruptiva de la enfermedad, con más de 400 lesiones<sup>4</sup>.

Se localiza con mayor frecuencia en la porción inferior de las piernas, aunque puede afectar otras zonas, como en el caso presentado por Degos *et ál.*, que estaba ubicado en el abdomen<sup>1</sup>.

La lesión típica es un nódulo circunscripto, cupuliforme, de color rojizo y consistencia firme, con una red vascular puntiforme que puede sangrar con facilidad<sup>5</sup>.

El tiempo de evolución suele ser de varios años. Se presenta con una incidencia similar entre hombres y mujeres, y suele aparecer alrededor de los 40 años de edad.

El crecimiento es lento, por lo que el tiempo de evolución en el momento de la consulta suele ser de varios años. La histología e histoquímica del ACC es característica debido a un aumento del glucógeno de las células claras separadas por espongirosis. Los queratinocitos son de mayor tamaño en comparación con los de la piel normal adyacente y hay una elongación de los puentes intercelulares en "tela de araña"<sup>5-9</sup>.

El ACC no muestra regresión espontánea ni tampoco se describieron recidivas tras un tratamiento correcto<sup>5,10-12</sup>.

## SERIE DE CASOS

En el presente trabajo se describen los casos de 10 pacientes con ACC, diagnosticados clínica e histológicamente en nuestro servicio entre 2009 y 2016, con un rango etario entre los 50 y los 77 años, de los cuales seis de ellos estaban localizados en las piernas, dos en el muslo, uno en el pie y uno en la región lumbar que, además, se asoció con una psoriasis eritrodérmica. Los datos clínicos se resumen en la Tabla 1.

Cabe destacar que de los 10 casos que presentamos, nueve de ellos se localizaron en los miembros inferiores y solo uno en otra localización (paciente número 7).

En nuestra casuística, un único caso de ACC se desarrolló en el contexto de una psoriasis (paciente número 7).

La mayoría de las lesiones fueron asintomáticas, pero en el caso de la paciente número 3, cuya lesión se localizaba en la cara lateral externa del pie derecho, el motivo de consulta fue la tendencia al sangrado ante el roce con el calzado, al igual que en el paciente número 8, quien consultó por presentar una lesión de consistencia húmeda en la cara anterior del muslo izquierdo que se adhería a sus prendas de vestir (Foto 1). Solo pudimos constatar un prurito discontinuo en el caso de la paciente número 6.

La paciente número 2 presentó una lesión de rápido crecimiento. No había antecedentes de traumatismo local, picadura de insectos u otras afecciones dermatológicas. En el examen físico se observaba una lesión nodular, color rojo castaño, rodeada de un collarite escamoso blanquecino que daba una imagen en "rueda de carro" y que se descostró fácilmente (Foto 2).

En cuanto a la histopatología, se pudo observar que la mayoría de las lesiones estaban bien delimitadas, compuestas por queratinocitos de gran tamaño con núcleos centrales, amplios citoplasmas pálidos y con intensa PAS positiva (Foto 3). Estos hallazgos estaban acompañados de una elongación de los puentes intercelulares en "tela de araña", con capilares dilatados

Caso	Sexo/Edad en años	Localización	Diámetro (en mm)	Forma	Color	Asociación	Tiempo de evolución
1	F/ 50	Pierna	10	Nodular	Rosado	No	4 años
2	F/ 53	Pierna	10	Nodular	Rojo	No	2 meses
3	F/ 55	Pie externo	10	Nodular	Rojo grisáceo	No	4 años
4	F/ 57	Muslo	15	Placa	Castaño	No	5 años
5	F/ 60	Pierna	10	Placa	Rosado	No	2 años
6	F/ 71	Pierna	15	Nodular	Rosado	No	3 años
7	M/ 64	Lumbar	40	Verrugosa	Castaño	Psoriasis	10 años
8	M/ 64	Muslo	12	Nodular	Rojo	No	9 meses
9	M/ 74	Pierna	15	Nodular	Rojo	No	12 años
10	M/ 77	Pierna	11	Nodular	Rojo	No	1 año

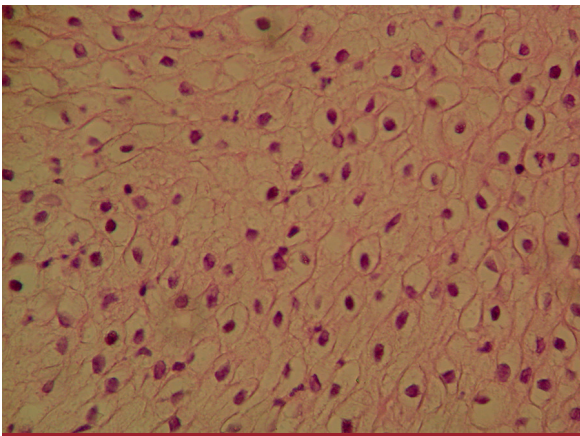
TABLA 1: Casos clínicos. F: femenino; M: masculino.



**FOTO 1:** ACC en su fase "húmeda". Imagen correspondiente al paciente número 8.



**FOTO 2:** ACC en su fase "seca" luego de realizar el descostrado. Imagen correspondiente a la paciente número 2.

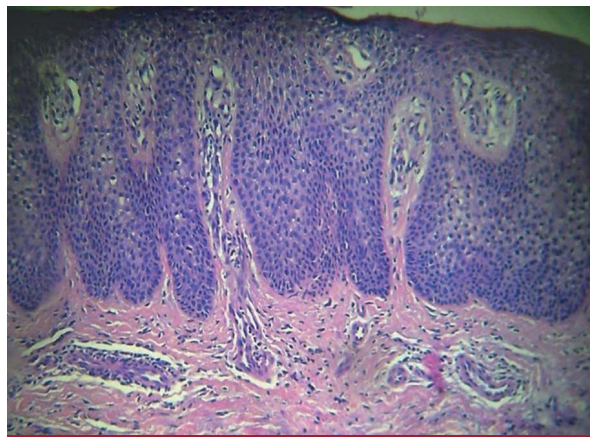


**FOTO 3:** Queratinocitos de gran tamaño con núcleos centrales y amplios citoplasmas pálidos. Imagen histológica correspondiente a la paciente número 1 (HyE, 400X).

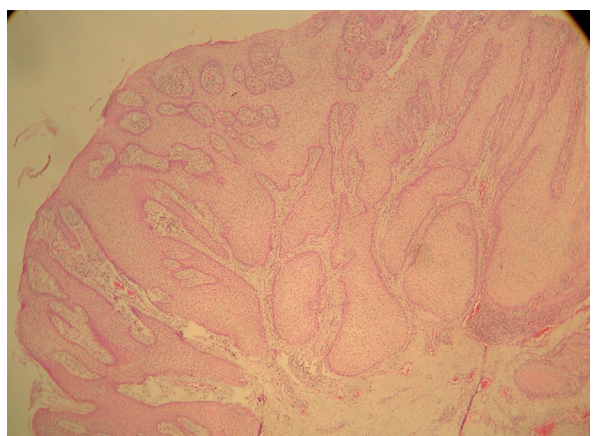
en los vértices de las papilas elongadas y en la dermis subyacente, lo que daba un patrón psoriasiforme (Foto 4).

De modo excepcional, el paciente número 7 presentó una lesión localizada en la región lumbar de aspecto verrugoso que mostró, a nivel histológico, una marcada acantopapilomatosis de células claras con una imagen similar a las queratosis seborreicas hiperqueratóticas (Foto 5).

La conducta quirúrgica fue la adoptada en la mayoría de nuestros casos. Luego de la confirmación histopatológica de ACC, se realizó la escisión quirúrgica total de la lesión en 8 de los 10 pacientes, con resolución completa del cuadro, sin presentar complicaciones ni recidivas posteriores. Excepcionalmente, se realizó curetaje y posterior electrocoagulación en la lesión en la paciente número 6, que tampoco presentó recidivas hasta la fecha, y se decidió una conducta expectante en el caso del paciente número 7, dadas sus comorbilidades y su negativa a realizarse la extirpación. Cabe destacar que la lesión se mantuvo estable a lo largo de los años.



**FOTO 4:** Hiperplasia psoriasiforme regular de células claras que respeta la capa basal. Imagen histológica correspondiente a la paciente número 1 (HyE, 250X).



**FOTO 5:** Marcada acantopapilomatosis de células claras. El proceso respeta la capa basal y el epitelio folicular. Imagen histológica correspondiente al paciente número 7 (H y E, 40X).

## COMENTARIOS

El ACC tiende a clasificarse dentro del grupo de los tumores epidérmicos benignos debido a su presentación como una lesión cutánea bien delimitada, su lenta progresión en el tiempo y la rarísima resolución espontánea; sin embargo, no está demostrada su naturaleza tumoral

y se ha propuesto una etiología inflamatoria<sup>2,4</sup>. Un argumento que sustenta la hipótesis inflamatoria es que muchos de los ACC se localizan en el seno de otras lesiones inflamatorias o reactivas, como la dermatitis de estasis, los quistes pilonidales, las placas de psoriasis o el eccema atópico. Asimismo, tanto los hallazgos histopatológicos como el patrón dermatoscópico del ACC y la psoriasis son muy similares, lo que refuerza esta teoría<sup>2,4,13,14</sup>. En nuestra casuística, solo pudimos observar un único caso de ACC que se desarrolló en el contexto de una psoriasis.

Otra hipótesis etiológica es que ocurra por una falla de la queratinización como resultado de un defecto metabólico de las células malpighianas con acumulación de glucógeno, ya que se pudo comprobar la ausencia de fosforilasa (enzima necesaria para la degradación del glucógeno) en el seno de la lesión<sup>5-9</sup>.

En cuanto a la clínica, suele presentarse como una lesión única ubicada en la porción inferior de las piernas, tanto en su cara anterior como posterior y, a veces, en los muslos. Cabe destacar que de los 10 casos de esta serie, nueve se localizaron en los miembros inferiores. Lo más frecuente es que asiente sobre la piel sana, aunque puede desarrollarse sobre otras dermatosis inflamatorias e, incluso, se describieron casos sobre nevos melanocíticos adquiridos y nevos epidérmicos<sup>15,16</sup>.

Su tamaño oscila entre 10 y 20 mm de diámetro, aunque puede alcanzar 5 cm o más<sup>17</sup>. Puede tener dos fases clínicas: una seca (escamocostrosa) y otra húmeda (rezumante). Esta segunda ocurriría por decapitación de las células que descargan el glucógeno almacenado<sup>5</sup>. Las formas húmedas duran pocos días y sangran con facilidad.

Suele ser poco sobresaliente y de superficie mameonada, a veces de aspecto verrugoso y otras se rodea de un collarite epidérmico constituido por escamas blancas que a menudo asientan sobre la periferia de la lesión y le otorgan un aspecto en “rueda de carro”.

Salvo en pocas ocasiones en las que el paciente refiere ardor, leve dolor o prurito, en general es un tumor asintomático, lo que coincide con nuestra experiencia.

La mayoría de los trabajos muestran que el ACC tiene un desarrollo lento, de entre 2 y 10 años, y suele pasar inadvertido para la mayoría de los pacientes hasta alcanzar un tamaño considerable, dados sus escasos o casi nulos síntomas.

Si bien lo más frecuente es que el ACC se presente como una lesión única, se observaron formas múltiples. El primer trabajo publicado de esta última variante pertenece a Delacretaz *et al.* (1964) y, en la actualidad, ya se han comunicado unos 30 casos de esta forma clínica. Existen casos aislados de formas llamadas “eruptivas”, con más de 400 lesiones y, hasta ahora, hay una única publicación de ACC múltiple en una madre y sus dos hijos<sup>18-20</sup>.

Otras variantes clínicas muy poco frecuentes son la forma pigmentada, que puede simular lesiones melanocíticas, la quística y la polipoide<sup>21,22</sup>.

El diagnóstico de certeza debe basarse en la clínica y en el estudio histopatológico de la lesión. La dermatoscopia puede ser una herramienta de ayuda diagnóstica ante la sospecha clínica. El patrón dermatoscópico característico del ACC consiste en vasos puntiformes que pueden distribuirse de dos formas diferentes, incluso coexistiendo en una misma lesión: lineales (a modo de collar de perlas) o con un patrón reticular (consecuencia de giros y circunvoluciones de estas líneas). La presencia de un collarite descamativo translúcido sería un hallazgo adicional que no se observa en todos los casos<sup>23-25</sup>.

El ACC tiene una histología típica debido al aumento del glucógeno en el citoplasma de las células claras, cuya presencia se revela con la tinción del ácido peryódico de Schiff (PAS).

Los queratinocitos del acantoma son de mayor tamaño en comparación con los de la piel normal adyacente, tienen un aspecto pálido con abundante citoplasma y los núcleos muestran una estructura normal. Están separados entre sí por una espongirosis leve. En la mayoría de los cortes histológicos se observa una epidermis de características normales, que se interrumpe bruscamente para dar lugar a una formación acantósica, irregular, con papilomatosis, paraqueratosis e hipogranulosis o agranulosis. Existe elongación de los puentes intercelulares en “tela de araña”. En la mayoría de las lesiones se encuentran numerosos neutrófilos, muchos de ellos con núcleos fragmentados que a menudo forman microabscesos en la capa córnea paraqueratósica. En los vértices de las papilas elongadas, y con frecuencia también en la dermis subyacente, es común visualizar capilares dilatados (patrón psoriasisiforme)<sup>5-8</sup>.

Muchos autores prefieren hablar de “acantosis de células claras”, como un proceso reactivo de la epidermis y del epitelio folicular. Este proceso puede ser solo una forma incidental microscópica que se observa en una serie de procesos inflamatorios y tumorales que no guardarían relación con el ACC (como ocurre en algunas formas de psoriasis que evidencian este fenómeno en muchas de sus placas sin el aspecto clínico del tumor que nos ocupa). Este es otro argumento a favor de que esta lesión sería un proceso reactivo más que una auténtica neoplasia<sup>5,26</sup>.

La ultraestructura muestra mayor cantidad de mitocondrias y de mayor tamaño en las células glucogénicas que en los queratinocitos de la piel normal. Sobre la base de estos hallazgos, se propone que habría una deficiencia enzimática que impediría el uso de glucógeno en el proceso de queratinización, lo que coincide con la presencia de paraqueratosis, que es un rasgo constante en la histología del ACC<sup>5-8</sup>.

El fenotipo inmunohistoquímico expresa antígeno epitelial de membrana (EMA) (similar al liquen plano), factor de crecimiento de queratinocitos (KGF) y factores de crecimiento de fibroblastos (FGF) 7 y 10 (como ocurre en la psoriasis y en otras dermatosis inflamatorias). En este sentido, la hiperproliferación de los queratinocitos podría deberse, entre otras causas, a la regulación positiva que ejerce el KGF<sup>8,9</sup>.

Entre los diagnósticos diferenciales clínicos del ACC se destaca, en primer lugar, el poroma ecrino con localización predominante en los pies, a diferencia del ACC, que es más frecuente en las piernas. Otros para tener en cuenta son: el dermatofibroma, las queratosis seborreicas (QS) irritadas, la enfermedad de Bowen (especialmente cuando el ACC se encuentra en la fase escamocostrosa), el hemangioma capilar lobulillar, el melanoma amelanótico, los angioqueratomas, el angiosarcoma de Kaposi, el carcinoma basocelular, el queratoacantoma y los eccemas crónicos, entre otros.

Los diagnósticos diferenciales histológicos incluyen las QS, que se diferencian del ACC porque las células tumorales son PAS negativas. Cuando el ACC adopta un

aspecto papilomatoso, hay que diferenciarlo de la variante histológica de la QS papilomatosa y, si hay melanocitos dendríticos entre las células tumorales del ACC, puede confundirse con el melanoacantoma. Otro diagnóstico diferencial se plantea con el acantoma de células grandes, que presenta queratinocitos que tienen casi el doble del tamaño normal, con núcleos y citoplasmas proporcionalmente grandes. La papulosis de células claras, a diferencia del ACC, muestra menos acantosis y las células pálidas se sitúan, sobre todo, en la capa basal<sup>1-9</sup>.

La mayoría de los autores concuerdan en que el tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa de la lesión o la escisión simple y curetaje tras haber tomado una biopsia para la confirmación diagnóstica. La electrocoagulación y el galvanocauterío pueden utilizarse, pero deben ser profundos para disminuir el riesgo de recidivas. Otros tratamientos mencionados en la literatura científica son el 5-fluorouracilo al 5% en cura oclusiva, la crioterapia con nitrógeno líquido y el láser ablativo de CO<sub>2</sub><sup>10-12</sup>. La conducta quirúrgica fue la adoptada en la mayoría de nuestros pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Degos R, Delort J, Civatte J, Poiars Baptista A. Tumeur épidermique d'aspect particulier: acanthome à cellules claires. *Ann Derm Syph* 1962;89:361-371.
2. Monteagudo B, Iglesias B. Acantoma de células claras como forma localizada de psoriasis. *Med Cutan Iber Lat Am* 2005;33:91-93.
3. Finch TM, Tan CY. Clear cell acanthoma developing on a psoriatic plaque: further evidence of an inflammatory aetiology? *Br J Dermatol* 2000;142:812-851.
4. Morillo V, Manrique P. Acantoma de células claras eruptivo. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:235-248.
5. Feinsilber DC, Schroh RG. Acantoma de células claras. *Rev Argent Dermatol* 1982;63:323-330.
6. Mascaró JM. Diagnostic histologique intraepidermal des tumeurs composées de cellules claires. *Fran Derm* 1964;71:260.
7. Abulafia J, Grinspan D, Casas JG, Grinspan B. Acantoma de células claras. *Arch Argent Dermatol* 1966;16:278.
8. Fukushiro S. Clear cell acanthoma: a distinctive histopathological pattern. *Am J Dermatopath* 1985;117:515-527.
9. Ohnishi T, Watanabe S. Immunohistochemical characterization of keratin expression in clear cell acanthoma. *Br J Dermatol* 1995;133:186-193.
10. García Almagro D, Bueno C, Corripio F, Lecona M, et al. Acantoma de células claras múltiple en una paciente con psoriasis tratada con 5-fluorouracilo. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1979;7:109-113.
11. Betti R, Brusca C, Inselvini E, Palvarini M, et al. Successful cryotherapeutic treatment and overview of multiple clear cell acanthomas. *Dermatol Surg* 1995;21:342-344.
12. Chi CC, Wang SH, Huang HS. Clear cell acanthoma successfully treated with a carbon dioxide laser. *Dermatol Surg* 2005;31:1355-1358.
13. García da Veiga RR, Bisi dos Santos J. Acantoma de células claras da areola e do mamilo: aspectos clínicos, histopatológicos e imunohistoquímicos de dois casos brasileiros. *An Bras Dermatol* 2013;88:84-89.
14. Kim DH, Kim CW, Kang SJ, Kim TY. A case of clear cell acanthoma presenting as nipple eczema. *Br J Dermatol* 1999;41:950-951.
15. Yang SG, Moon SH, Lim JG, Kim SD, et al. Clear cell acanthoma presenting as polypoid papule combined with melanocytic nevus. *Am J Dermatopathol* 1999;21:63-65.
16. Yamasaki K, Hatamochi A, Shinkai H, Manabe T. Clear cell acanthoma developing in epidermal nevus. *J Dermatol* 1997;24:601-605.
17. Garnacho G, Vallejo R. Acantoma de células claras gigante y polipoideo: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Piel* 2011;26:269-274.
18. Sureda NC, Simone D, Bosch MP, Kurpis M, et al. Acantoma de células claras, localización poco habitual. *Arch Argent Dermatol* 2008;58:149-151.
19. Innocenzi D, Barduagni F, Cerio R. Clear cell acanthoma eruptive and disseminated: presentation of a case with literature review. *Clin Exp Dermatol* 1994;19:249-253.
20. Balus L, Cainelli T, Cristiani R, Donati P. Multiple familial clear cell acanthoma. *Ann Dermatol Venereol* 1984;11:665-666.
21. Langer K, Wuketich S, Konrad K. Pigmented clear cell acanthoma. *Am J Dermatopathol* 1994;16:134-139.
22. Hamaguchi T, Penneys N. Cystic clear cell acanthoma. *J Cutan Pathol* 1995;22:188-190.
23. Bugatti L, Filosa G, Broganelli P, Tomasini C. Psoriasis-like dermoscopic pattern of clear cell acanthoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:452-455.
24. Akin FY, Ertam I, Ceylan C, Kazandi A, et al. Clear cell acanthoma: new observations on dermatoscopy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:285-287.
25. Lyons G, Chamberlain A, Kelly J. Dermoscopic features of clear cell acanthoma: five new cases and review of existing published cases. *Austr J Dermatol* 2015;56:206-211.
26. Ramos-e-Silva J. Acantosis "acantoma" de células claras. *An Bras Derm* 1971;46:109-115.