

# Pápula hiperqueratósica en la región patelar

## Hyperkeratotic papule in patellar region

Victoria Catalina Mardon<sup>1</sup>, Gabriela Verónica Chávez<sup>2</sup>, Carla Trila<sup>3</sup> y Alejandra Abeldaño<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médica Dermatóloga

<sup>2</sup> Médica Dermatóloga

<sup>3</sup> Anatomopatóloga

<sup>4</sup> Jefa de la Unidad de Dermatología. Docente Adscripta UBA Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Victoria Catalina Mardon

Email: mardonvictoria@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 4/9/2021

Fecha de trabajo aceptado: 17/2/2022

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2022, 28(1): 49-50

### CASO CLÍNICO

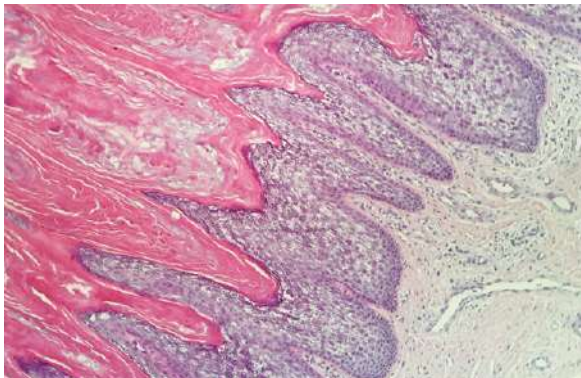
Hombre de 60 años, con antecedentes de hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipercolesterolemia en tratamiento con hidroclorotiazida, budesonida-formoterol en aerosol y rosuvastatina, consultó por una lesión asintomática en la pierna izquierda, de un año de evolución. En el examen físico se observó una lesión tumoral cupuliforme eritematosa, con un centro hiperqueratósico, redondeada, de 4 mm

de diámetro, localizada en la región patelar interna izquierda (Fotos 1 y 2). Se realizó la extirpación total de la lesión.

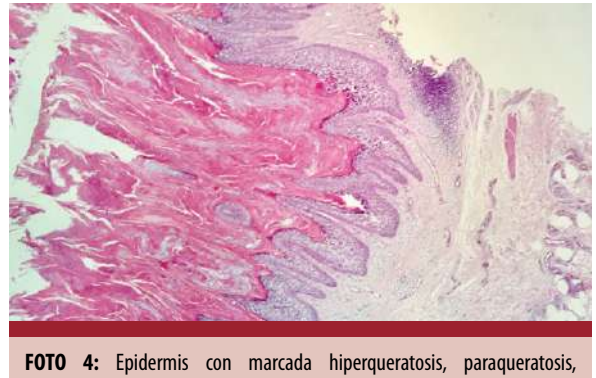
Informe histopatológico: epidermis con marcada hiperqueratosis, papilomatosis y acantosis; degeneración vacuolar y granular de los queratinocitos de la capa granulosa y espinosa; dermis con infiltrado linfocitario de grado moderado y vasodilatación (Fotos 3 y 4).



**FOTOS 1 y 2:** Lesión tumoral cupuliforme eritematosa, con un centro hiperqueratósico, redondeada, de 4 mm de diámetro, localizada en la región patelar interna izquierda.



**FOTO 3:** Lesión epidérmica con hiperqueratosis prominente, papilomatosis y acantosis de las crestas epidérmicas (HyE, 4X).



**FOTO 4:** Epidermis con marcada hiperqueratosis, paraqueratosis, papilomatosis y acantosis. Hipergranulosis con degeneración granular y vacuolar de los queratinocitos. Dermis con infiltrado mononuclear y vasodilatación (HyE, 10X).

## DIAGNÓSTICO

Acanthoma epidermolítico (AE).

## COMENTARIOS

El AE es un tumor benigno poco frecuente, descrito por primera vez por Shapiro y Baraf en 1970, quienes comunicaron 7 casos, de los cuales 6 presentaban lesiones solitarias y uno, lesiones múltiples en el escroto<sup>1-5</sup>. Histológicamente, se evidenciaba una hiperqueratosis epidermolítica<sup>1,2,4</sup>. Cohen *et al.* analizaron todos los casos comunicados y sugirieron una nueva clasificación de AE en solitarios y múltiples<sup>4</sup>.

Es más frecuente en los varones de entre 40 y 70 años<sup>2,5</sup>. Su incidencia se desconoce, probablemente porque es una patología subdiagnosticada<sup>6</sup>.

La etiopatogenia no está identificada. Cohen *et al.* hallaron mutaciones en los genes de las queratinas 1 y 10 (K1 y K10) del estrato granuloso. Estas tienen una base hereditaria en algunos trastornos que provocan una hiperqueratosis epidermolítica, pero en las formas adquiridas como el AE pueden ser inducidas por un factor exógeno como la luz ultravioleta (quemaduras solares, terapia con PUVA), los traumatismos (fricción, rascado, ropa ajustada) y la inmunosupresión (casos notificados en pacientes con trasplante renal, neumonía, enfermedad de Crohn o macroglobulinemia de Waldenström). Aunque se ha sugerido que el virus del papiloma humano participa en la patogenia del AE, el genoma viral no se ha podido detectar en las lesiones de la piel<sup>2-10</sup>.

El AE es casi siempre asintomático, en algunos casos se acompaña de un prurito de grado variable<sup>2</sup>. Clínicamente, se manifiesta como lesiones planas o exofíticas,

de superficie verrugosa, menores de 1 cm de diámetro, de color marrón a gris, en general, de evolución crónica<sup>2,5</sup>. Se presenta de manera típica como una lesión única, aunque se han comunicado casos de lesiones múltiples tanto localizadas como diseminadas. Suelen ubicarse en el tronco y la región genitocrural<sup>2,5,6,10</sup>.

En el estudio histopatológico se observa un patrón de hiperqueratosis epidermolítica, con acantosis, hiperqueratosis, paraqueratosis, gránulos basófilos de queratohialina y degeneración vacuolar de queratinocitos en los estratos granuloso y espinoso; en la dermis superficial, se evidencia papilomatosis y leve infiltrado inflamatorio<sup>2,3,5-7</sup>. En el microscopio electrónico se puede apreciar la alteración más temprana con agregación de tonofilamentos intracitoplasmáticos, y producción excesiva y precoz de gránulos de queratohialina, con conservación de los desmosomas, lo que demuestra que el mecanismo de formación de las ampollas es la citólisis<sup>2,3,5,6</sup>.

Los diagnósticos diferenciales se plantean con: verrugas virales, acantoma verrugoso, queratosis seborreica, condilomas acuminados, moluscos contagiosos, papulosis bowenoide y carcinoma de células escamosas<sup>2,5,7</sup>. Las verrugas virales pueden confundirse por su histología, por lo que en estos casos se las podría diferenciar por microscopía electrónica<sup>2</sup>.

Como es una lesión benigna y casi siempre asintomática, no requiere tratamiento. En casos puntuales, se puede realizar tratamiento quirúrgico en las formas solitarias, mientras que en las múltiples se puede optar por crioterapia, retinoides tópicos o imiquimod al 5%<sup>2,6,7</sup>. Ante la presencia de prurito, se pueden utilizar corticosteroides tópicos de baja potencia o tacrolimus al 0,1%<sup>7</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Shapiro L, Baraf CS. Isolated epidermolytic acanthoma. *Arch Dermatol.* 1970;101:220-223.
- Navarrete FG, Ortiz-Ávalos M. Acanthoma epidermolítico solitario. *Dermatol Rev Mex.* 2011;55:56-59.
- Sanchez-Carpintero I, Espana A, Idoate MA. Disseminated epidermolytic acanthoma probably related to trauma. *Br J Dermatol.* 1999;141:728-730.
- Cohen PR, Ulmer R, Theriault A, Leigh IM, *et al.* Epidermolytic acanthomas: clinical characteristics and immunohistochemical features. *Am J Dermatopathol.* 1997;19:232-241.
- Kazlouskaya V, Lambe J, Elston D. Solitary epidermolytic acanthoma. *J Cutan Pathol.* 2013;40:701-707.
- Kukreja T, Krunic A. Multiple epidermolytic acanthomas must not be confused with genital human papillomavirus infection. *Acta Derm Venereol.* 2009;89:169-171.
- Tan GF, Tan ES, Tey HL. Anogenital epidermolytic acanthomas: effective treatment of pruritus with 0.1% tacrolimus ointment. *Dermatol Ther.* 2014;27:113-116.
- Banky JP, Turner RJ, Hollowood K. Multiple scrotal epidermolytic acanthomas; secondary to trauma? *Clin Exp Dermatol.* 2004;29:489-491.
- Jung JM, Lee SH, Won CH, Chang SE, *et al.* A case of multiple epidermolytic acanthoma of the scrotum: is the human papillomavirus a culprit? *Ann Dermatol.* 2015;27:633-634.
- Yang JH, Kim JK, Won CH, Chang SE, *et al.* Isolated epidermolytic acanthoma in a renal transplant recipient. *Ann Dermatol.* 2011;23:415-416.