

Queratosis folicular invertida

Inverted follicular keratosis

Valeria Sturgeon de la Serna¹, Eliana Gianguialano¹, María Celeste Pizarro¹, Martina Vannelli¹, Sandra García² y Verónica Rossi³

RESUMEN

La queratosis folicular invertida es un tumor aneural benigno infrecuente, derivado del epitelio folicular de la vaina radicular externa del folículo piloso. Predomina en el sexo masculino y tiene mayor incidencia en la quinta década de la vida. Se presenta como una lesión solitaria, localizada principalmente en el rostro (labio superior y mejilla). Es un

tumor rosado tipo pápula, firme e hiperqueratósico, de tamaño variable y asintomático. Su diagnóstico se basa en la histopatología y el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica. Presentamos una serie de cuatro casos clínicos.

Palabras clave: queratosis folicular invertida, tumor.

Dermatol. Argent. 2024; 30(1): 28-30

ABSTRACT

Inverted follicular keratosis is a rare benign adnexal tumor with chronic evolution. Derived from the follicular epithelium of the outer root sheath of the hair follicle. It predominates in males and has a higher incidence in the fifth decade of life. It presents as a solitary lesion, located mainly on the face (upper lip and cheek). It is a pink, firm and hyperkeratotic papule-type

tumor, of variable size and asymptomatic. Its diagnosis is based on histopathology and the treatment of choice is surgical excision. We present a series of four clinical cases.

Key words: inverted follicular keratosis, tumor.

Dermatol. Argent. 2024; 30(1): 28-30

¹ Médica Dermatóloga

² Médica Dermatóloga y Patóloga

³ Médica Dermatóloga, Jefa del Servicio
Servicio de Dermatología, Hospital de Trauma y Emergencia
Federico Abete, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Valeria Sturgeon de la Serna

E-mail: volesturgeon@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 16/5/2023

Fecha de trabajo aceptado: 6/2/2024

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

SERIE DE CASOS

Caso clínico 1

Varón de 77 años, extabaquista, con antecedentes de diabetes *mellitus*, hipertensión arterial y dislipemia, consultó por presentar un tumor de 4 meses de evolución en la región del canto interno del ojo izquierdo. Al examen físico se constató un tumor color piel, cupuliforme, con costra hemática central, superficie lisa con telangiectasias y bordes regulares, de 0,7 x 1 cm diámetro (Foto 1). Como diagnósticos presuntivos, se plantearon tumor aneural y carcinoma espinocelular tipo queratoacantoma.

Se realizó biopsia incisional de la lesión y el estu-

dio histopatológico informó lesión tumoral compuesta por una proliferación de células basoescamosas con tendencia a conformar remolinos córneos. No se observaron efectos citopáticos virales, mitosis ni cambios displásicos (Fotos 2 y 3). Se arribó al diagnóstico de queratosis folicular invertida. Se realizó exéresis quirúrgica de la lesión.

Caso clínico 2

Varón de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipoacusia, consultó por una lesión de tiempo de evolución incierto, localizada en la re-

gión supralabial derecha. Al examen físico se evidenciaba un tumor verrugoso con áreas hiperqueratósicas y costras hemáticas de 1,5 x 1 cm de diámetro (Foto 4). Con la sospecha diagnóstica de carcinoma espino-celular y tumor aneural, se realizó biopsia incisional para el estudio histopatológico que informó queratosis folicular invertida, por lo cual se realizó la exéresis quirúrgica de la lesión.

Caso clínico 3

Varón de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial, consultó por una lesión asintomática de un año de evolución localizada en la región temporo-parietal derecha del cuero cabelludo. Al examen físico se evidenciaba un tumor eritematoso exofítico, con hiperqueratosis y costras hemáticas, de consistencia duro elástica, de 1 x 1,5 cm de diámetro (Foto 5). Como diagnósticos presuntivos se plantearon carcinoma basocelular y carcinoma espino-celular.

Se realizó biopsia incisional de la lesión. El estudio

histopatológico informó dilatación infundibular, contenido queratínico ortoparaqueratósico que conformaba un tapón corneo, y en dermis, proliferación epitelial descendente constituida por células basoescamosas con esbozos de globos córneos, coincidente con queratosis folicular invertida. El tratamiento fue la exéresis quirúrgica.

Caso clínico 4

Varón de 65 años, extabaquista, con antecedentes de hipertensión arterial, consultó por una lesión asintomática, localizada en la ceja izquierda de 3 meses de evolución. Al examen físico se evidenciaba hiperqueratosis exofítica lineal localizada en la cola de la ceja izquierda sobre base eritematoviolácea, no infiltrada (Foto 6).

Se realizó biopsia cutánea por *shave* y *punch* de 4 mm de la base de la lesión. El estudio histopatológico informó queratosis folicular invertida subyacente a cuerno cutáneo y se realizó exéresis quirúrgica.



FOTO 1 (Caso 1): Tumor cupuliforme con costra hemática central, vasos arboriformes en la superficie, bordes regulares, no infiltrante, de 0,7 x 1 cm de diámetro.

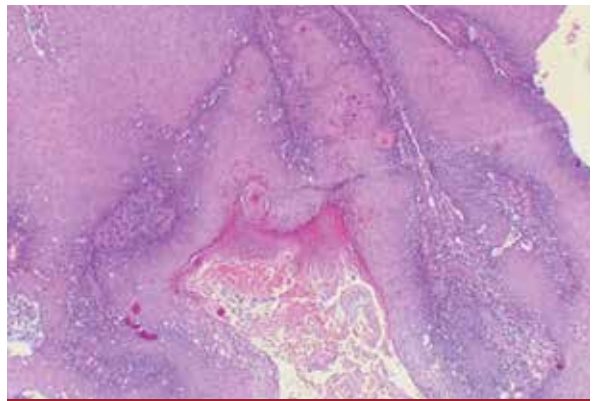


FOTO 2 (Caso 1): Lesión tumoral compuesta por una proliferación de células basoescamosas con tendencia a conformar remolinos córneos. No se observaron efectos citopáticos virales, mitosis ni cambios displásicos (HyE, 40X).

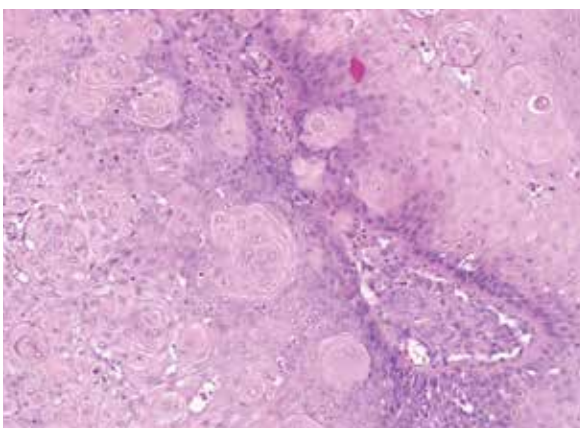


FOTO 3 (Caso 1): Remolinos córneos (HyE, 40X).



FOTO 4 (Caso 2): Tumor verrugoso con áreas hiperqueratósicas y costras hemáticas de 1,5 cm de diámetro.



FOTO 5 (Caso 3): Tumor eritematoso exofítico, con hiperqueratosis y costras hemáticas, de consistencia duro elástica, de 1 x 1,5 cm de diámetro.



FOTO 6 (Caso 4): Tumor exofítico lineal, hiperqueratósico, duro, sobre base eritematoviolácea, no infiltrada, localizado en la ceja izquierda.

COMENTARIOS

La queratosis folicular invertida (QFI) es un tumor aneural benigno, inusual, que se origina en la porción infundibular del folículo piloso^{1,2}. El término QFI lo propusieron Helwig *et al.* en 1954, y lo describieron como una pápula queratósica localizada a nivel facial, con un patrón de remolinos escamosos en el estudio histopatológico. Tiempo después, Duperrant y Mascaró describieron una lesión similar a la que denominaron poroma folicular, derivado de la porción intraepidérmica del folículo piloso³⁻⁶. Predomina en el sexo masculino, con una relación 2:1, principalmente en la quinta década de la vida^{1,4,5}.

La patogénesis de la QFI es muy controvertida. Algunos autores la señalan como una variante de una queratosis seborreica y otros de una verruga viral antigua, sin embargo, en la mayoría de los casos no logra detectarse la presencia del virus del papiloma humano. Debido a su rápido crecimiento, también es difícil diferenciarla de los tumores como el queratoacantoma, el carcinoma de células escamosas y el melanoma^{1,3-5}.

En la mayoría de los casos, su presentación clínica habitual suele ser una pápula o placa rosada, firme e hiperqueratósica, asintomática y solitaria. Las mismas miden de 3 a 8 mm de diámetro, pero pueden alcanzar tamaños mayores según el tiempo de evolución. En el

90% de los casos se localiza en el rostro, predominantemente en el labio superior, las mejillas, la frente, las cejas y los párpados^{2,4}.

Presenta gran cantidad de diagnósticos diferenciales, por lo que resulta indispensable realizar el estudio histopatológico para su correcto diagnóstico⁶.

La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica complementaria, no invasiva, útil para su detección. Se evidencian vasos en horquilla rodeados por un halo blanquecino, vasos glomerulares o arborizantes, y una estructura amorfa central amarillenta con ausencia de pigmentación^{2,4}.

En el estudio histopatológico se observa un tumor que deriva del infundíbulo folicular de la vaina radicular externa del pelo, de crecimiento endofítico, con lóbulos grandes que se extienden hasta la dermis, compuesto en la periferia por células basales y en el centro por células escamosas queratinizadas. Generalmente presentan hiperqueratosis y paraqueratosis^{1,2,4}.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica de la lesión. También se describe el uso de imiquimod^{2,5}.

Esta serie de casos de QFI revela la diversidad de presentaciones y ubicaciones de este tipo de tumor que conducen a una baja sospecha clínica del mismo. Se destaca la importancia del estudio histopatológico para la confirmación diagnóstica y las estrategias terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díez-Montero C, González-González D, Pérez-Martínez E, Schellini S, *et al.* Periocular inverted follicular keratosis: a retrospective series over 17 years. *Jpn J Ophthalmol.* 2019;63:210-214
2. Landau D, Caruso A, Valente E, Kurpus M, *et al.* Queratosis folicular invertida de localización infrecuente. *Educandonos.* 2019;5:18-20.
3. Chauhan A, Sharma N, Gupta L. Inverted follicular keratosis: a rare lesion revisited. *Muller J Med Sci Res.* 2017;8:86-87.
4. Muñoz-Garza F, González-Ramírez R. Queratosis folicular invertida: un dilema clínico, histológico y dermatoscópico. *Dermatol Rev Mex.* 2015; 59:161-165.
5. Moreno-Vázquez K, Ponce-Oliviera R. Queratosis folicular invertida. Comunicación de dos casos. *Dermatol Rev Mex.* 2009; 54: 190-194.
6. Gutiérrez San Lucas V, Villacis-Marriott G, López-Acosta C, Talledo-Mera M, *et al.* Queratosis folicular invertida. Reporte de un caso, clínica e histopatología. *Dermatol Venez.* 2020;58:27-30.