

Control evolutivo mediante dermatoscopia de una poroqueratosis localizada tratada con imiquimod

Sr. Director:

Con el término de poroqueratosis se incluye un grupo de trastornos de la queratinización de etiología y patogenia incierta caracterizados por la presencia histológica de una fina columna de queratinocitos paraqueratósicos presente sobre invaginaciones epidérmicas^{1,2}.

Recientemente se han descrito algunos de los hallazgos dermatoscópicos que podrían ser característicos de una poroqueratosis^{3,4}.

Se presenta el caso clínico de una paciente con una poroqueratosis de Mibelli en la que se demuestra que la dermatoscopia podría ser una técnica útil en el diagnóstico y seguimiento de estas lesiones.

Una mujer de 69 años, sin antecedentes personales de interés, consultó por una lesión asintomática en la cara interna del pie izquierdo de 2 años de evolución y que había tratado con una pomada de propionato de clobetasol de forma esporádica sin obtener respuesta.

En la exploración se observó una placa bien definida de 2,5 × 2 cm de diámetro de centro eritematoso discretamente atrófico y con un collarete escamoso en la periferia (fig. 1A).

La lesión fue evaluada con epiluminiscencia (sistema digital de imagen MoleMax II, Derma Instruments, Viena, Austria), con la que se observó una fina línea periférica gris blanquecina, doble en algunas zonas y con manchas marrónáceas en la cara interna de la misma. En la zona central se observaban puntos y

glóbulos rojizos (fig. 1B). Ante la sospecha de una poroqueratosis de Mibelli se realizó una biopsia cutánea cuyo estudio histológico demostró hallazgos compatibles con una poroqueratosis.

Se inició el tratamiento con imiquimod al 5 % en crema con una pauta de 3 aplicaciones por semana durante 6 semanas. Dos meses después de finalizado el tratamiento, que había sido tolerado excelentemente, se constató una mejoría parcial, por lo que se pautó un nuevo ciclo pero con 5 aplicaciones por semana durante otras 6 semanas. A los 3 meses de finalizado este segundo ciclo, la lesión se había aclarado discretamente y el collarete periférico era menos evidente (fig. 2A). Sin embargo, la evaluación dermatoscópica mostró claramente una fina línea anular blanquecina en la periferia y una mancha blanca en la zona central (fig. 2B). Se repitió la biopsia que confirmó la persistencia de la lesión.

El diagnóstico de las poroqueratosis se basa en sus características clínicas e histológicas. Recientemente se han descrito algunos hallazgos dermatoscópicos en las poroqueratosis que se correlacionan con las características histológicas^{3,4} y que hemos podido constatar en nuestro caso. Fundamentalmente, son la presencia de un borde periférico blanquecino o grisáceo fino, que en ocasiones es doble, y que delimita la zona central de la lesión. Esta estructura parece corresponder a la clásica laminilla corneida. En la zona interna de este anillo periférico pueden encontrarse zonas de hiperpigmentación marrónáceas, que probablemente representen el surco longitudinal de la lesión. Por



Fig. 1.—A) Placa bien definida de centro eritematoso y atrófico y collarete escamoso periférico. B) Detalle de la lesión por epiluminiscencia. Línea grisácea periférica con alguna mancha marrónácea en su cara interna y centro lesional con puntos rojizos.

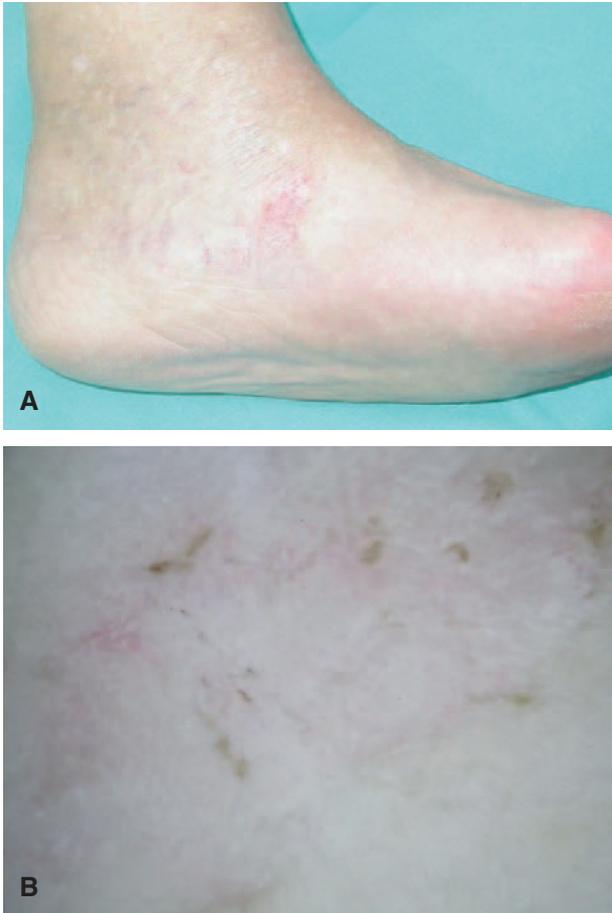


Fig. 2.—A) Imagen de la lesión tras el tratamiento con descamación y eritema menos evidentes. B) Detalle por epiluminiscencia que muestra una fina línea anular blanquecina periférica y una mancha blanca central.

último, en la parte central se pueden observar puntos, glóbulos y líneas rojizas que son la imagen de los vasos capilares dilatados presentes bajo una epidermis atrófica. Si la epidermis es acantósica, en la zona central de la lesión se observa una zona blanca homogénea³.

Las lesiones de porokeratosis precisan ser tratadas debido a su potencial capacidad de malignización, especialmente hacia un carcinoma escamoso. Existen múltiples opciones terapéuticas como la cirugía, la electrocirugía, la crioterapia y el láser, así como tratamientos tópicos como los análogos de la vitamina D₃,

el 5-fluorouracilo y, más recientemente, el imiquimod, con resultados variables². En nuestro caso no hubo respuesta al imiquimod tópico, al contrario de lo que refieren otras publicaciones^{5,6}.

Por otra parte, la dermatoscopia nos resultó especialmente útil para realizar un mejor análisis de la respuesta al tratamiento. La clínica presentaba ciertas dudas acerca de la persistencia de la lesión y la dermatoscopia mostró hallazgos más concluyentes que, además, fueron confirmados histológicamente.

Creemos que la dermatoscopia puede ser una técnica que puede tener un papel importante en el seguimiento y la evaluación de la respuesta al tratamiento en la porokeratosis. Si se confirman las características dermatoscópicas en más estudios, quizás en un futuro, se puedan evitar biopsias innecesarias en algunos casos, lo que parece más probable e interesante en aquellos casos en los que se opte por tratamientos tópicos.

**Elena Vargas-Laguna, Eduardo Nagore,
Alberto Alfaro, Rafael Botella-Estrada,
Onofre Sanmartín, Celia Requena,
Beatriz Llombart y Carlos Guillén**
Servicio de Dermatología. Fundación Instituto
Valenciano de Oncología. Valencia. España.
eduyame@meditex.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Ito M, Fujiwara H, Maruyama T, et al. Morphogenesis of the cornoid lamella: histochemical, immunohistochemical, and ultrastructural study of porokeratosis. *J Cutan Pathol.* 1991;18:247-56.
2. Schamroth JM, Zlotogorski A, Gilead L. Porokeratosis of Mibelli. Overview and review of the literature. *Acta Derm Venereol.* 1997;77:207-13.
3. Zaballos P, Puig S, Malveyh J. Dermoscopy of disseminated superficial actinic porokeratosis. *Arch Dermatol.* 2004; 140:1410.
4. Delfino M, Argenziano G, Nino M. Dermoscopy for the diagnosis of porokeratosis. *JEADV.* 2004;18:194-5.
5. Agarwal S, Berth-Jones J. Porokeratosis of Mibelli: successful treatment with 5 % imiquimod cream. *Br J Dermatol.* 2002; 146:338-9.
6. Harrison S, Sinclair R. Porokeratosis of Mibelli: successful treatment with topical 5 % imiquimod cream. *Australas J Dermatol.* 2003;44:281-3.