

Queratosis seborreicas eruptivas desencadenadas por un eczema

Sr. Director:

Las formas eruptivas de queratosis seborreicas pueden asociarse entre otros procesos a cáncer sistémico (signo de Leser-Trélat), el embarazo, el virus de la inmunodeficiencia humana¹ y dermatosis inflamatorias como eritrodermias², eczemas³, micosis fungoide⁴, pénfigo⁵ y lepra lepromatosa⁶.

Un varón de 26 años de edad, sin antecedentes personales de interés, acudió a nuestro servicio por la aparición en los últimos 6 meses de lesiones levemente pruriginosas en el hueco antecubital derecho, que se iniciaron coincidiendo con un eczema en esa zona, y que se limitaron al área afectada. En la exploración se apreciaban múltiples pápulas hiperpigmentadas, de superficie queratósica y bordes netos, cuyo diámetro variaba de 1 a 3 mm, localizadas en hueco antecubital derecho (fig. 1). La sintomatología y la dermatoscopia eran indicativas de queratosis seborreicas. Se realizó biopsia de una de las lesiones cuyo estudio histopatológico puso de manifiesto una proliferación de células de la epidermis, con acantosis, hiperqueratosis sin paraqueratosis, hiperpigmentación de la capa basal y un límite inferior bien definido. La reacción en cadena de la polimerasa para el virus del papiloma humano resultó negativa.

En la literatura médica se han utilizado indistintamente tanto el término acantoma como el de queratosis seborreicas eruptivas transitorias para definir la aparición de lesiones limitadas a áreas afectadas por distintas dermatosis, que por lo general se resuelven tras la curación del proceso cutáneo de base³. La mayoría de estos casos suceden durante procesos cutáneos inflamatorios extensos, como eczemas generalizados³, psoriasis⁷, toxicodermias² y pitiriasis rubra pilar⁷. Algunos autores⁴ que también incluyen los asociados al síndrome de Sézary y a la micosis fungoide, presentadas como signo de Leser-Trélat⁸.

Las formas de queratosis seborreicas eruptivas localizadas son infrecuentes. Existen casos publicados de lesiones limitadas al área tatuada, a un injerto, a una zona sobreinfectada o, como sucede en nuestro caso, a un eczema⁹. Estas formas localizadas, al igual que nuestro caso, llevan a pensar que las queratosis seborreicas son el resultado final de una proliferación epidérmica provocada por una infección viral, factores de crecimiento o estímulos locales⁹.



Fig. 1.—Múltiples lesiones hiperpigmentadas agrupadas en el hueco antecubital derecho.

BIBLIOGRAFÍA

1. Inamadar AC, Palit A. Eruptive seborrheic keratosis in human immunodeficiency virus infection: a coincidence or «the sign of Leser-Trélat»? *Br J Dermatol.* 2003;149:435-6.
2. Flugman SL, McClain SA, Clark RA. Transient eruptive seborrheic keratoses associated with erythrodermic psoriasis and erythrodermic drug eruption: report of two cases. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:212-4.
3. Barriere H, Litoux P, Bureau B, Welin J. Acanthomes post-eczéma. *Bull Soc Fr Dermatol Syphilol.* 1972;79:555-7.
4. Hernández Núñez A, Bartolomé González B, Fernández-Herrera J, García-Díez A. Queratosis seborreicas en un paciente con micosis fungoide: respuesta a carmustina tópica. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:48-50.
5. Yesudian PD, Krishnan SG, Jayaraman M, Janaki VR, Yesudian P. Postpemphegus acanthomata: a sign of clinical activity? *Int J Dermatol.* 1997;36:194-6.
6. D'Souza M, Garg BR, Reddy BSN, Ratnakar C. Lepromatous leprosy with extensive truncal seborrheic keratoses and acral verruca vulgaris. *Int J Dermatol.* 1994;33:498-500.
7. Schwengle LEM, Rampen FHJ. Eruptive seborrheic keratoses associated with erythrodermic pityriasis rubra pilaris. *Acta Derm Venereol.* 1988;68:443-5.
8. Blázquez N, Fernández-Canedo E, Fernández-Canedo I, De Unamuno P, Martín-Pascual A. Signo de Leser-Trélat asociado a síndrome de Sézary. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:309-12.
9. Winkelmann RK. Superficial spreading (and disappearing) seborrheic keratosis. *Cutis.* 1999;63:235-7.

**Benigno Monteagudo^a, Carlos Álvarez-Álvarez^b
y Víctor M. López-Mouriño^c**

^aServicio de Dermatología.
Centro Médico POVISA. Vigo. España.

^bServicio de Anatomía Patológica.
Centro Médico POVISA. Vigo. España.

^cServicio de Medicina Interna.
Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

Correspondencia:

Benigno Monteagudo. Rosalía de Castro, 38, 3.º B.
Santiago de Compostela. 15706 A Coruña. España.
benims@hotmail.com