

Carcinoma epidermoide sobre queratosis seborreica

L. Carnero^a, R. Soloeta^a, N. Arbide^b y R. González-Pérez^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. Álava. España.

Sr. Director:

La queratosis seborreica es uno de los tumores epidérmicos benignos más frecuentes que encontramos en nuestra práctica clínica. Aunque la asociación entre queratosis seborreica y otros tumores cutáneos ha sido descrita desde 1932, su transformación maligna es excepcional, habiéndose publicado menos de 20 casos. Presentamos el caso de una paciente con una queratosis seborreica que se transformó en un carcinoma epidermoide invasivo.

Se trata de una mujer de 94 años de edad, que acudió a nuestra consulta por una tumoración en el abdomen de 30 años de evolución, que en los últimos meses había aumentado de tamaño produciéndole dolor y sangrado. A la exploración se observaba una queratosis seborreica de 12 cm, sobre la cual crecían varias tumoraciones mamelonadas sangrantes (fig. 1). Se realizó una extirpación completa de la lesión más cierre por planos y sutura directa bajo anestesia local. El examen microscópico reveló varios patrones histológicos dentro de la misma lesión (figs. 2 y 3), observándose imágenes características de queratosis seborreica ulcerada junto a zonas de transición entre queratosis seborreica y enfermedad de Bowen, así como áreas donde la enfermedad de Bowen infiltraba la dermis (carcinoma epidermoide infiltrante). El diagnóstico histológico fue de carcinoma epidermoide infiltrante sobre queratosis seborreica. El genotipado para papilomavirus humano (VPH) fue positivo en uno de los 4 bloques enviados para la cepa 59. La paciente lleva un año de seguimiento en nuestras consultas y se encuentra libre de enfermedad.

Las queratosis seborreicas raramente se asocian a otras neoplasias cutáneas como carcinomas basocelulares, espinocelulares, enfermedad de Bowen, queratoacantomas y melanomas, y en estos casos lo más frecuente es que la lesión se encuentre adyacente o contigua a ellas^{2,3}. Por otro lado, la degeneración maligna de una queratosis seborreica es excepcional⁴, y cuando ocurre lo hace generalmente



Figura 1. Carcinoma epidermoide sobre queratosis seborreica.

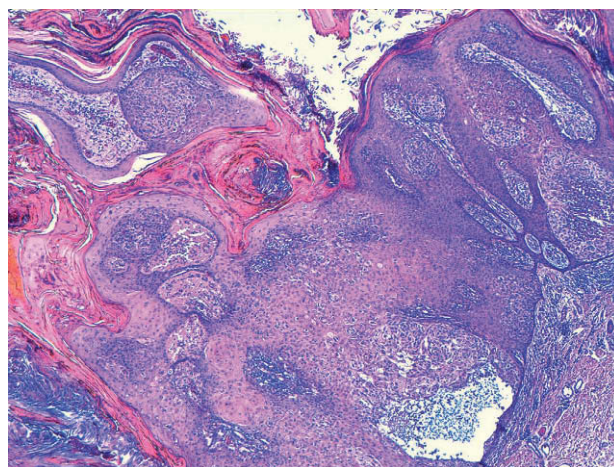


Figura 2. En la mitad derecha de la imagen se observa una queratosis seborreica con acantosis, puentes intraepidérmicos y transición a enfermedad de Bowen, con desorganización de queratinocitos y zonas de disqueratosis (hematoxilina-eosina, x10).

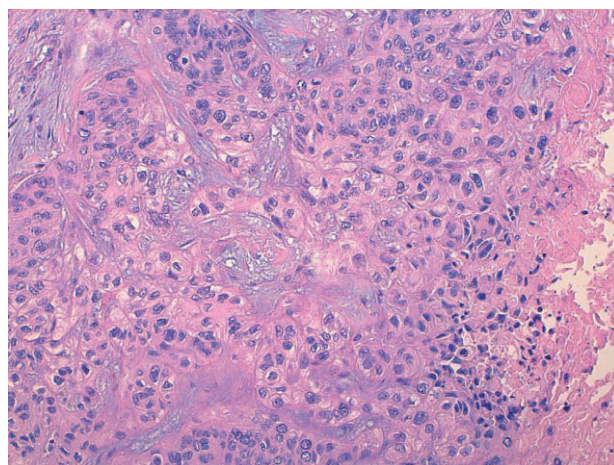


Figura 3. Infiltración dérmica por carcinoma epidermoide con células epiteliales atípicas, hiper cromáticas y con mitosis (hematoxilina-eosina, x20).

como enfermedad de Bowen y carcinoma espinocelular^{5,6}, siendo la incidencia mayor en varones con lesiones de larga evolución localizadas en la cabeza, el cuello y otras áreas fotoexpuestas⁷.

El mecanismo molecular de esta transformación no está claro. Diversas teorías involucran las proteínas encargadas de la regulación del ciclo celular, cuya alteración provocaría la aparición de otros tumores. También se han implicado el antígeno carcinoembrionario⁸, la hormona del crecimiento⁹ y las proteínas p63, bcl-2 y bcl-6 en su etiopatogenia^{10,11}. Además, por todos es conocido el papel del VPH en la aparición de carcinomas epidermoides. En nuestro caso se detectó la cepa 59 en uno de los bloques enviados. Se trata de una cepa de alto riesgo oncogénico, aunque la concentración viral en la muestra fue muy baja.

Como conclusión, cabe señalar que un rápido crecimiento o transformación de una queratosis seborreica puede ser un signo de desarrollo de un carcinoma epidermoide. En estos casos se recomienda una adecuada y completa extirpación de la lesión.

Correspondencia:

Lucía Carnero González.
Servicio de Dermatología.
Hospital Santiago Apóstol.
C/ Olaguibel, 29.
01004. Vitoria. Álava. España.
LUCIA.CARNEROGONZALEZ@osakidetza.net

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sibley K. Seborreic verrucae and multiple basal-celled epithelioma. *Proc R Soc Med.* 1932;25:670.
2. Vun Y, De'Ambosis B, Spelman L, Muir JB, Yong-Gee S, Wagner G, et al. Seborrheic keratosis and malignancy: collision tumour or malignant transformation? *Austral J Dermatol.* 2006;47:106-8.
3. Alegre V, Pujol J, Calatayud A, Evole M. Queratosis seborreica y carcinoma epidermoide infiltrante. *Actas Dermosifiliogr.* 1989;80:621.
4. Díaz-Cascajo C, Reichel M, Sánchez JL. Malignant neoplasms associated with seborrheic keratoses. *Am J Dermatopathol.* 1996;18:278-82.
5. Sharma P, Sarma DP, Adickes E. Seborrheic keratosis with in-situ squamous cell carcinoma changes. *Dermatol Online J.* 2006;12:19.
6. Anderson PJ, Zuck JA, Path MR, Rao GS, Berry FR. Squamous cell carcinoma arising within seborreic keratosis. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102:453-5.
7. Maize JC, Snider RL. Nonmelanoma skin cancers in association with seborreic keratoses. *Dermatol Surg.* 1995;21:960-2.
8. Egawa K, Honda Y, Ono T, Kuroki M. Immunohistochemical demonstration of carcinoembryonic antigen and related antigens in various cutaneous keratinous neoplasms and verruca vulgaris. *Br J Dermatol.* 1998;139:178-85.
9. Ginarte M, García-Caballero T, Fernández-Redondo V, Beiras A, Toribio J. Expression of growth hormone receptor in benign and malignant cutaneous proliferative entities. *J Cutan Pathol.* 2000;27:276-82.
10. Nakagawa K, Yamamura K, Maeda S, Ichihashi M. *bcl-2* expression in epidermal keratinocytic diseases. *Cancer.* 1994;74:1720-4.
11. Wrono D, Yoo S, Chipps LK, Moy RL. The expression of p63 in actinic keratoses, seborrheic keratosis, and cutaneous squamous cell carcinomas. *Dermatol Surg.* 2004;30:1299-302.

Calcinosis cutánea distrófica facial secundaria a acné

T. Saavedra, F. Mardones, I. Sazunic y X. Wortsman

Departamento de Dermatología. Hospital Clínico. Universidad de Chile. Santiago. Chile.

Sr. Director:

El acné es una patología prevalente en la población general, que afecta principalmente a jóvenes y adolescentes, en quienes es común observar secuelas físicas como cicatrices y trastornos de la pigmentación. Sin embargo, otras lesiones secundarias como la calcificación cutánea rara vez se describen en la literatura¹. La calcinosis cutánea corresponde al depósito de sales de calcio y fosfato en la piel y, en general, puede presentarse en el contexto de un daño tisular localizado o asociado a trastornos metabólicos sistémicos. Según su etiopatogenia se clasifica en

4 grupos: distrófica, metastásica, iatrogénica e idiopática, pudiendo en algunos casos coexistir más de un mecanismo².

Presentamos dos casos clínicos de calcinosis cutánea distrófica en el rostro como consecuencia de un acné inflamatorio.

Los casos corresponden a mujeres de 48 y 58 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia. Ambas relataron haber presentado un acné inflamatorio grave de predominio facial durante la adolescencia, destacando la manipulación traumática repetitiva de las lesiones faciales.