



CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Tumoración dolorosa de rápido crecimiento en la región subungueal del primer dedo de la mano derecha

Painful, Rapidly Growing Tumor in the Subungual Area of the First Digit of the Right Hand

Historia clínica

Hombre de 51 años de edad que consultó por una lesión tumoral de rápido crecimiento y muy dolorosa localizada en la región subungueal del primer dedo de la mano derecha, de un mes de evolución. Como antecedente refería un traumatismo por aplastamiento en dicho dedo 20 años antes.

Exploración física

En la exploración física se observó una tumoración hiperqueratósica de borde lisos y sonrosados, muy dolorosa a la palpación, localizada en la región subungueal del primer dedo de la mano derecha, provocando un despegamiento de la lámina ungueal suprayacente (fig. 1).

Histopatología

El estudio histopatológico evidenció hiperqueratosis con áreas de paraqueratosis, hiperplasia epidérmica y un cráter central de queratina (fig. 2). También podían apreciarse



Figura 2



Figura 3 a) Hematoxilina-eosina, $\times 20$. b) Hematoxilina-eosina, $\times 100$.

células disqueratósicas eosinofílicas e infiltrados linfoplas-mocitarios.

Otras pruebas complementarias

La radiografía simple reveló afectación lítica en forma de copa en la falange distal subyacente (fig. 3).



Figura 1

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Queratoacantoma subungueal

Tratamiento y evolución

Dada su localización afectando la pinza manual derecha y tras confirmación histológica, optamos por un tratamiento conservador y realizamos 2 infiltraciones locales de metotrexato (20 mg/ml) separadas por una semana, las cuales provocaron una involución tumoral, simplificando el tratamiento a un curetaje posterior de la lesión residual. Tras 8 meses de seguimiento, no hemos encontrado signos de recurrencia local o progresión de la enfermedad, y hemos observado así mismo reosificación parcial de la afectación ósea en las radiografías seriadas.

Comentario

El queratoacantoma subungueal (QS) es una variante rara y agresiva de queratoacantoma común, descrito inicialmente por Fisher¹ en 1961. Es más común en varones de mediana edad² y se presenta como una tumoración dolorosa e hiperqueratósica en la falange distal de un dedo de la mano, habitualmente el pulgar². De forma característica crece rápido², provocando una destrucción ósea subyacente y acostumbra a existir historia de un traumatismo previo², como en el caso que presentamos.

A diferencia del queratoacantoma común, afecta zonas de piel no pilosas, carece de collarite epitelial³, tiende a invadir tejidos profundos y su regresión espontánea es infrecuente⁴. Esto explicaría por qué algunos autores pudieran considerarlo una variante de carcinoma epidermoide de bajo grado⁵.

En el estudio radiológico se observa una erosión en el hueso subyacente en forma de copa, sin esclerosis ni reacción perióstica². Este defecto lítico distal se produce desde las fases iniciales^{2,5} y se atribuye a la compresión tumoral más que a la infiltración por el tumor de estructuras adyacentes^{2,3}.

El diagnóstico definitivo requiere el estudio histológico de la lesión, mostrando hiperqueratosis epidérmica y paraqueratosis, con un cráter central de queratina. La presencia de células eosinofílicas disqueratósicas es un punto clave⁴.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el carcinoma epidermoide⁶, el carcinoma *cunicullatum* y la verruga vulgar².

El tratamiento de elección es la cirugía conservadora^{2,3} respetando el tejido óseo subyacente. La amputación debería reservarse para los casos recurrentes o con mal pronóstico⁴. Otros tratamientos descritos con buena respuesta incluyen la administración de metotrexato por vía sistémica o bien mediante infiltraciones locales, como en nuestro paciente. El uso local de 5-fluorouracilo se ha asociado a una respuesta discreta⁷.

Finalmente y como conclusión, hemos presentado un caso de QS, queriendo resaltar la importancia de tener en cuenta esta entidad ante la presencia de una tumoración subungueal dolorosa, de rápido crecimiento y destructiva, que afecte a tejidos blandos y óseos subyacentes. Nuestro caso ha presentado buena evolución tras la infiltración local de metotrexato como alternativa o adyuvancia a la cirugía conservadora.

Bibliografía

1. Fisher AA. Distinctive, destructive, digital disease: follow-up. Arch Dermatol. 1968;98:98.
2. Baran R, Mikhail G, Costini B, Tosti A, Goettmann-Bonvallot S. Distal digital keratoacanthoma: two cases with a review of the literature. Dermatol Surg. 2001;27:575-9.
3. Keeney GL, Banks PM, Linscheid RL. Subungual keratoacanthoma. Arch Dermatol. 1988;124:1074-6.
4. Baran R, Goettmann S. Distal digital keratoacanthoma: a report of 12 cases and a review of the literature. Br J Dermatol. 1998;139:512-5.
5. Choi JH, Shin DH, Shin DS, Cho KH. Subungual keratoacanthoma: ultrasound and magnetic resonance imaging finding. Skeletal Radiol. 2007;36:769-72.
6. González-Rodríguez AJ, Gutiérrez-Paredes EM, Montesinos-Villaescusa E, Burgués Gasió O, Jordá-Cuevas E. Queratoacantoma digital distal: importancia del diagnóstico diferencial con el carcinoma escamoso subungueal. Actas Dermosifiliogr. 2012;103:549-51.
7. Goette DK, Odom RB, Arrott JW, Diakon NC, Horn Jr RT. Treatment of keratoacanthoma with topical application of fluorouracil. Arch Dermatol. 1982;118:309-11.

M.R. Perelló-Alzamora*, M. González-de Arriba y E. Fernández-López

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mariarosaperello@yahoo.es
(M.R. Perelló-Alzamora).