

ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Placa abollonada en surco nasogeniano



Nodular Plaque in the Nasolabial Fold

Historia clínica

Varón de 82 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, valvuloplastia aórtica por estenosis severa, hemorragia digestiva, hipertrofia benigna de próstata y portador de un marcapasos.

Se le habían extirpado varios carcinomas basocelulares que se localizaron en la nariz y el dorso de la mano izquierda, además de uno situado en el surco nasogeniano derecho intervenido unos años antes. También había padecido una queilitis actínica y una enfermedad de Bowen en el antebrazo derecho.

Consultaba en esta ocasión por una placa pruriginosa en surco nasogeniano derecho de 4 meses de evolución y de rápido crecimiento.

Exploración

Presentaba una placa eritematosa bien delimitada constituida por papulonódulos confluentes amarillentos que le



Figura 1

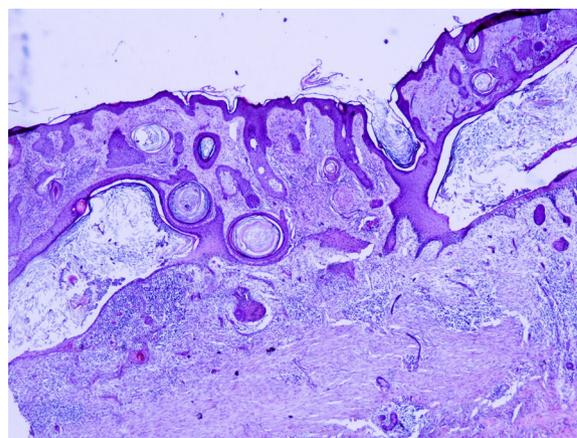


Figura 2 Tinción hematoxilina-eosina (100×).

conferían un aspecto abollonado, de 2,9 × 1,5 cm de diámetro. Contactaba con la cicatriz de la cirugía previa (fig. 1).

Histopatología

El estudio histopatológico mostraba una epidermis algo acantósica, con hiperqueratosis ortoqueratósica, con una marcada elastosis solar. La dermis papilar y reticular superficial contenía grandes estructuras quísticas de pared fina con queratina basófila hojaldrada en su interior. Las glándulas sebáceas eran escasas e hipoplásicas. Por debajo de los quistes se observaba la cicatriz de la cirugía previa. Entre quiste y cicatriz se observaban en algunas zonas la presencia de cordones epiteliales irregulares, pero sin atipias, que fueron interpretados como reactivos (fig. 2).

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Placa comedoniana actínica.

Evolución

El paciente falleció poco después de la consulta por causas no relacionadas.

Comentario

En 1980, Eastern y Martin¹ describieron 5 pacientes bajo el epígrafe de placas actínicas comedonianas. Desde entonces se han descrito 3 casos aislados más²⁻⁴. En 2003, Morgan et al.⁵ describieron con el título *Múltiples quistes foliculares tipo infundibular con vello y elastosis solar de las orejas*, 3 casos con placas unilaterales localizadas en el hélix, que a nuestro juicio cumplen criterios para incluirlos en el mismo grupo.

La mayoría de los casos corresponden a varones de edad avanzada, con un daño solar importante y antecedentes de cáncer cutáneo no melanoma y/o queratosis actínicas. Todos los casos mostraban placas únicas con presencia de nódulos o quistes y de poros dilatados, tenían una tonalidad azulada, amarillenta o eritematosa, probablemente dependiendo del tipo de lesión predominante. La extremidad superior era la localización más frecuente aunque también se han descrito en la cara y en el hélix. Desde el punto de vista histopatológico mostraban una marcada elastosis solar, con una epidermis adelgazada o acantósica, en ocasiones con disqueratosis moderada. En todos los casos se observaban comedones y dilataciones foliculares, con disminución de glándulas sebáceas, mientras que las ecrinas estaban preservadas. En uno de los casos se describe que las lesiones parecían invaginaciones del epitelio, como ocurría en nuestro caso.

La placa actínica comedoniana se considera una variante localizada de síndrome de Favre-Racouchot por su semejanza clínica e histopatológica. Sin embargo, en el síndrome de Favre-Racouchot las lesiones son bilaterales y localizadas en el área periorbicular y las sienas.

Clínica e histopatológicamente debe distinguirse de un nevus comedoniano. Sin embargo, este suele estar presente

en el nacimiento o aparecer en la infancia, y con frecuencia presentan una distribución lineal. Desde el punto de vista histopatológico, también debe diferenciarse de la fase residual del granuloma del arrecife de coral, una infección crónica por *Staphylococcus aureus*⁶, si bien lo habitual es que presente el antecedente de una infección previa en la zona. A pesar de que en ocasiones pueden observarse disqueratosis en la placa comedoniana actínica, su distinción con una queratosis actínica no suele ofrecer dudas. A destacar en nuestro caso es su semejanza clínica con un carcinoma basocelular, que fue el diagnóstico de sospecha.

Se ha intentado tratamiento sin éxito con cirugía, corticoterapia tópica² y derivados de vitamina A³. El uso de tetraciclinas solo mejoró el aspecto inflamatorio de las lesiones³. Se ha descrito la resolución de algún caso después de la crioterapia².

Bibliografía

1. Eastern JS, Martin S. Actinic comedonal plaque. *J Am Acad Dermatol.* 1980;3:633-6.
2. Wojno T, Tenzel RR. Actinic comedonal plaque of the eyelid. *Am J Ophthalmology.* 1983;96:687-8.
3. John SM, Hamm H. Actinic comedonal plaque-a rare ectopic form of the Favre-Racouchot syndrome. *Clin Exp Dermatol.* 1993;18:256-8.
4. Hauptman G, Kopf A, Rabinovitz HS, Olivero M, Rivlin D. The actinic comedonal plaque. *Cutis.* 1997;60:145-6.
5. Morgan MB, Stevens GL, Somach S. Multiple follicular cysts, infundibular type with vellus hairs and solar elastosis of the ears: A new dermatoheliosis? *J Cutan Pathol.* 2003;30:29-31.
6. Weedon D. Actinic comedonal plaque. *J Am Acad Dermatol.* 1981;5:611.

E. Piqué-Duran^{a,*}, O. García-Vázquez^b y K.K. Tang^b

^a Sección de Dermatología, Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote, Arrecife, Las Palmas, España

^b Servicio de Patología, Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote, Arrecife, Las Palmas, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: epiqued@medynet.com
(E. Piqué-Duran).