

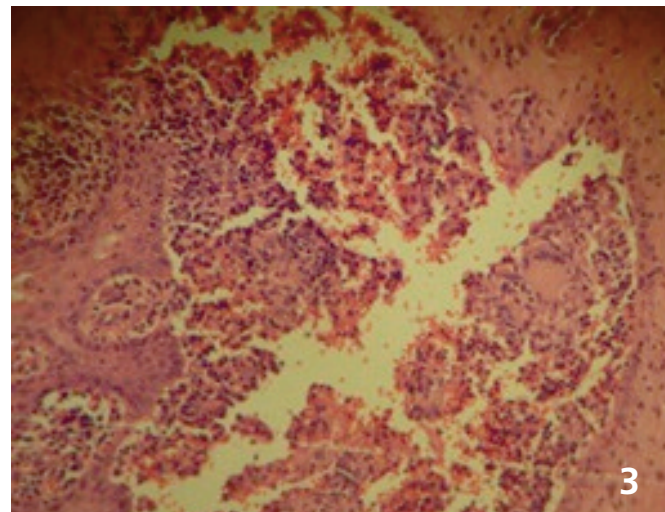
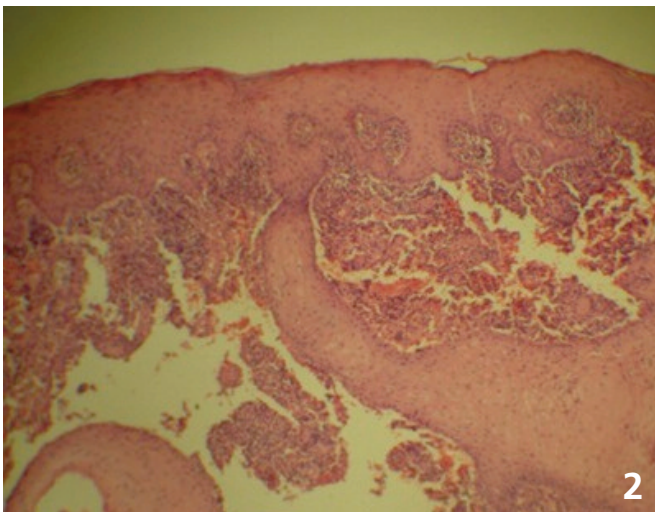
Responsable Dra. Ingrid Rivera  
**Tumoración en antebrazo izquierdo.**

DUNIASHKA BELLORÍN<sup>1</sup>, LIDIA GÓMEZ<sup>2</sup>, JAVIER ORTEGA<sup>2</sup>, WILLIAM VÁSQUEZ<sup>2</sup>, OSCAR REYES<sup>2</sup>, MARGARITA OLIVER<sup>3</sup>.



**Figura 1:** Tumor en antebrazo derecho.

**Figura 2 y 3:** Lesión cráteriforme limitada en la base por acantosis regular e infiltrado inflamatorio formado por linfocitos, células epiteloideas, neutrófilos, células gigantes tipo Langhans y a cuerpo extraño.



<sup>1</sup> Dermatólogos egresados del Instituto de Biomedicina. UCV

<sup>2</sup> Dermatólogos adjuntos del Instituto de Biomedicina. UCV

<sup>3</sup> Jefe del Servicio de Dermatología. Hospital Vargas de Caracas. Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela

Autor para correspondencia:  
 Dra. Duniashka Bellorin  
 Correo electrónico:  
 duniashka@gmail.com

**Historia**

Se trata de paciente femenina de 77 años quien refiere inicio de su enfermedad actual 3 meses antes, con lesión en antebrazo derecho que fue aumentando rápidamente de tamaño. A los 2 meses se asocia cambios a nivel central de la lesión por lo que acude al Instituto de Biomedicina. Los antecedentes personales no son contributorios. Al examen físico: Fototipo IV. Tumor de 20 x 25 mm de consistencia dura, bordes bien definidos, a nivel central se observa lesión exofítica color pardo-crema, sobre una piel que muestra daño actínico importante (figura 1). Se realiza biopsia perpendicular a la lesión por la técnica de Popkin.(Figuras 2y3)

### ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO? QUERATOACANTOMA EN INVOLUCIÓN

#### Discusión

El queratoacantoma es un tumor de crecimiento rápido, solitario, que suele regresar espontáneamente.<sup>1,2</sup> Su etiología es desconocida y se cree que es multifactorial. Se ha asumido que tiene origen en los folículos pilosos y que la exposición crónica a la radiación ultravioleta juega un papel importante. Se presenta de igual forma tanto en el sexo femenino como en el masculino mayormente a partir de la quinta década de la vida, en áreas fotoexpuestas y fototipos claros como pápulas o placas queratóticas. Aquellos que superan los 20mm se les llama queratoacantomas gigantes y está descrito hasta un 4 a 8% de recidiva.<sup>1</sup>

Se reconocen actualmente 3 etapas en su evolución: la primera de ellas la proliferativa, que es la etapa de crecimiento rápido. Posteriormente la etapa de madurez, en la cual se desarrolla la formación de la queratina central, y por último la etapa de involución, en la cual se produce un proceso de necrosis y cicatrización. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el carcinoma espinocelular ya que se considera clínica e histológicamente similar al queratoacantoma lo que ha traído discusiones sobre si éste último debe ser considerado como un carcinoma espinocelular bien diferenciado.<sup>3</sup>

La mejor forma de realizar la toma de biopsia es mediante la técnica propuesta por Popkin y colaboradores cortando diametralmente la lesión hasta la piel sana de cada borde y en profundidad hasta el tejido subcutáneo.<sup>4</sup>

Para el tratamiento se ha descrito múltiples opciones que van desde la observación en espera de su involución espontánea (la toma de la biopsia muchas veces acelera la involución), electrocoagulación y curetaje hasta la extirpación quirúrgica total del mismo la cual se cree que es la forma más segura de tratamiento.<sup>5,6</sup> Existen casos reportados de queratoacantomas gigantes tratados con cirugía micrográfica de Mohs. El uso de quimioterapia tópica y sistémica (etretinato, metotrexate, 5-fluoracilo, interferón  $\alpha$ -2a) ha tenido resultados muy variables. La radioterapia suele usarse en casos recurrentes o como terapia coadyuvante posterior a la cirugía. Existen reportes de casos con el uso de terapia fotodinámica con ácido aminolevulínico. Recientemente el uso de láser ablativo (Er:Yag) en combinación con 5-fluoracilo ha dado buenos resultados.<sup>1</sup>

En conclusión, los queratoacantomas son tumores de crecimiento rápido que pueden involucionar de forma espontánea. El tratamiento de elección en las formas gigantes como en este caso es la extirpación quirúrgica. Este caso ilustra la mejor forma de toma de biopsia que permite al patólogo realizar un diagnóstico más exacto que permita diferenciarlo del carcinoma espinocelular. Cada caso debe ser evaluado individualmente para elegir el mejor tratamiento.

A los 2 meses cuando la paciente acude a control la lesión disminuyó de tamaño a 15 x 18 mm, se realiza extirpación quirúrgica a través de una plastia en S. ●

#### Resumen

El queratoacantoma es un tumor de crecimiento rápido, solitario, que suele regresar espontáneamente. Su etiología es desconocida y se cree que es multifactorial. Se reconoce una etapa inicial proliferativa otra de madurez y por ultimo una de involución. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el carcinoma espinocelular ya que se considera clínica e histológicamente similar. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. Se presenta un caso de queratoacantoma al que se pudo observar la involución natural y que fue tratado quirúrgicamente

**Palabras claves:** carcinoma espinocelular, queratoacantoma

#### Diagnosis: Tumor in the left forearm

#### Abstract

Keratoacanthoma is a rapidly growing tumor, solitary, which often regress spontaneously. Its etiology is unknown and is believed to be a multifactorial disease. Three stages are recognized: a proliferative initial stage, a maturity stage and an involution stage. Differential diagnosis should be made with squamous cell carcinoma because they are considered clinically and histologically similar. The treatment of choice is a prompt surgical removal. Here, we present a case of keratoacanthoma in which we have observed the natural involution and finally was surgically treated.

**Keywords:** keratoacanthoma, squamous cell carcinoma

#### Referencias

1. Garcia J, Ke M, Lee P. Giant keratoacanthoma of the upper extremity treated with mohs micrographic surgery: a case report and review of current treatment modalitie. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2009;2:22-5.
2. López C, Oliver M, Pérez R, Chopite M. Se deben considerar a los Queratoacantoma carcinomas espinocelular bien diferenciados. *Dermatol Venez.* 1999;37:90-95.
3. Wilsman D, Wenzel J, Betten H, Kukuk G, Bieber T, Schmid M. A Rapidly Growing Squamous Cell Carcinoma or Keratoacanthoma or Both? *Acta Dermato-Venereologica.* 2007;87:447-8.
4. Popkin, C, Brodie S, Hyman A, Andrade R, Kopf A. "A technique of biopsy recommended for keratoacanthomas". *Arch. Derm.* 1966;94:191-3.
5. Ramos L, Cardoso S, Loyola A, Rocha MA, Durigetto A. Keratoacanthoma of the inferior lip: review and report of case with spontaneous regression. *J Appl Oral Sci.* 2009;17:262-5.
6. Clausen P, Aass H, Beigi M, Purdie K, Proby C, Brown V, et al. Are Keratoacanthomas Variants of Squamous Cell Carcinomas? A Comparison of Chromosomal Aberrations by Comparative Genomic Hybridization. *J Invest Dermatol.* 2006;126:2308-15.