

Queratosis seborreicas eruptivas: Son siempre un marcador paraneoplásico?

Eruptive seborrheic keratoses: It is always a paraneoplastic marker?

Pérez-López Israel, Blasco-Morente Gonzalo, Martínez-López Antonio, Naranjo Díaz M.José, Ruiz-Villaverde Ricardo

Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Estimado editor;

Presentamos el caso de una mujer de 23 años con antecedentes personales de Síndrome de Noonan e inmunodeficiencia multifactorial en control por la Unidad de Hematología de nuestro hospital por Anemia hemolítica autoinmune Ig G que precisa tratamiento continuo con corticoterapia sistémica (controlada en la actualidad con prednisona 10 mg/día) y ciclos de inmunoglobulinas intravenosas (Dosis de 5gr/trimestral). Desde el punto de vista dermatológico había precisado revisión en varias ocasiones en nuestra unidad para control de Dermatitis seborreica y cuadros de Pitiriasis versicolor con buena respuesta a imidazólicos tópicos.

Días después de su último ingreso la paciente desarrolló de forma eruptiva la aparición de pápulas marronáceas múltiples en el área frontal (Fig.1.) y subpalpebral que previamente no presentaba y de la que se requirió nuestra valoración. En el examen dermatoscópico las lesiones se caracterizaban por ausencia de retículo pigmentado, terminación abrupta de borde, pseudocomedones (Fig.2A.) y proyecciones papilomatosas (Fig.2B.) siendo dichas características compatibles clínica y dermoscópica con queratosis seborreicas. La escisión tangencial de una de las lesiones mostró una lesión exofítica con hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis excluyendo coilocitos y cambios citopáticos virales. Tras explicarle a la paciente la naturaleza de su proceso se decidió observación domiciliaria y valoración de su posible carácter autoinvolutivo.

Clásicamente el término queratosis seborreica eruptiva nos lleva a pensar en el signo de Lésner Trelat. Este signo fue originalmente descrito a principios del siglo XX y es considerado clásicamente como marcador de malignidad interna si bien cada vez son más autores los que discuten esta asociación (2). Posiblemente en ciertos casos en los que se asocia a acantosis nigricans y determinados tipos de tumores como el adenocarcinoma gástrico o tumores del tracto digestivo e hígado esta asociación presenta mejores niveles de consistencia (3). No obstante, queda cada vez más patente, que hay otras situaciones que pueden desencadenar su aparición como el embarazo y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.



Figura 1. Pápulas queratósicas marronáceas múltiples en área frontal y subpalpebral.

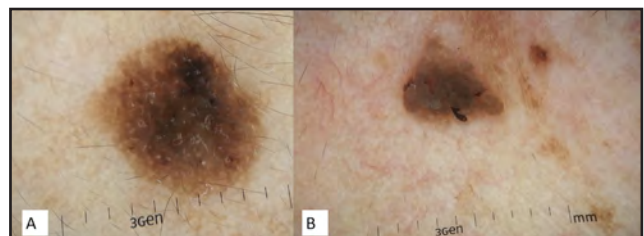


Figura 2. A. Dermoscopia polarizada: Tapones córneos, criptas y fisuras. B. Proyecciones papilomatosas marronáceas.

Las queratosis seborreicas eruptivas en su presentación clínica pueden ser múltiples (pe. por eritrodermias de causa ecematosas, psoriásica, atópica o pitiriasis rubra pilaris(4)) o localizadas (5-6) como en nuestro caso (pe. causadas por eccemas, placas localizadas de micosis fungoide, intertrigo, lepra lepromatosa, o en áreas previamente tatuadas, etc...).

Su fisiopatología es desconocida pero parece clara la necesidad de implicar a alguna molécula que mimetice la acción del factor de crecimiento epidérmico segregada por los linfocitos en respuesta a los cambios inflamatorios a nivel local para favorecer su aparición. Otras teorías abogan por una infección viral, factores traumáticos (debido a la mayor aparición en zonas de pliegue o espalda) o incluso el papel de *Malassezia spp* dado el vínculo que muchos autores establecen entre dermatosis seborreica y queratosis seborreicas (7).

En el diagnóstico diferencial consideraremos verrugas vulgares, planas y nevus melanocíticos compuestos principalmente.

No podemos concluir en nuestro caso cuál ha sido el factor desencadenante en nuestra paciente, la dermatitis seborreica que ocasionalmente precisa control por nuestra unidad o las inmunoglobulinas administradas en su último ciclo terapéutico, que hayan contribuido en algún punto de la cascada inflamatoria a su aparición. En cualquier caso creemos importante resaltar esta entidad y desvincularla de su frecuente consideración como marcador paraneoplásico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams MG. Acanthomata appearing after eczema. Br J Dermatol 1956;68:268-71.
2. Lavery MJ, Parish LC, Lambert PC, Lee RE, Lambert WC. The sign of Leser-Trélat: is it really so?--for your eyes only. Skinmed. 2014;12:76-8.
3. Onajin O, Comfere NI. Co-occurrence of malignant acanthosis nigricans and the Leser-Trélat sign in a patient with hepatocellular carcinoma. Int J Dermatol. 2014 Jul 11. doi: 10.1111/ijd.12096.
4. Gleeson CM, Chan I, Griffiths WA, Bunker CB. Eruptive seborrheic keratoses associated with erythrodermic pityriasis rubra pilaris. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23:217-8.
5. Monteagudo B, Alvarez-Alvarez C, López-Mouriño VM. Queratosis seborreicas eruptivas desencadenadas por eccema. Actas Dermosifiliogr. 2005;96:130.
6. Nicolle E, Bessis D, Guilhou JJ. Seborrheic keratosis erupting in a tattoo. Ann Dermatol Venereol. 1998;125:261-3.
7. Borenstein M, Mirzabeigi M, Vincek V. Pityrosporum and seborrheic keratosis: an association. Dermatol Online J. 2005 1;11:3.