

Introducción:

La poroqueratosis es una dermatosis infrecuente, de etiología no clara, caracterizada por una alteración en la queratinización. Afecta con mayor frecuencia a la población adulta, aunque se ha descrito en edades tempranas. Es considerada como una entidad premaligna que puede evolucionar, con mayor frecuencia, a carcinoma escamocelular seguido del carcinoma basocelular. Clínicamente se caracteriza por la aparición de pápulas o placas pardo eritematosas con crecimiento centrífugo, bien delimitadas, de forma y tamaño variables, con una configuración anular, con bordes elevados, centro deprimido o atrófico y, en menor medida, hiperqueratósico e hiperpigmentado. Se conocen múltiples variantes clínicas con morfología, distribución y curso clínico distintos, siendo la más común la poroqueratosis actínica superficial diseminada (PASD), y la clásica, conocida como Poroqueratosis de Mibelli. El diagnóstico definitivo es histopatológico, donde el hallazgo característico es la lamela cornoide que corresponde a una columna estrecha de células paraqueratósicas, representada clínicamente en el borde hiperqueratósico sobreelevado de la lesión. El tratamiento puede ser con crioterapia, terapia fotodinámica, dermoabrasión, y 5-fluorouracilo, retinoides e imiquimod tópicos, con resultados variables. Damos a conocer el siguiente caso por tratarse de una poroqueratosis localizada en un área poco frecuente, como lo es la zona glútea.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un paciente masculino de 56 años de edad, con antecedente de hipertensión e hiperuricemia, manejado con losartan, enalapril y ácido acetilsalicílico, quien desde hace 15 años presenta en cuadrante superior externo del glúteo derecho, crecimiento progresivo de múltiples pápulas pardo eritematosas, de bordes irregulares, bien definidos, que confluyen formando una placa con áreas de atrofia, superficie hiperqueratósica y bordes sobreelevados en el cuadrante izquierdo de la placa. Se acompaña de prurito. El resto del examen físico cutáneo no evidenció otras lesiones. Recibió tratamiento previo de manera intermitente con corticoide tópico de alta potencia, con mejoría parcial del cuadro clínico. Se realizó una biopsia, con reporte histopatológico de columnas de hiperqueratosis con sutil conformación de lamelas cornoideas y paraqueratosis, en dichas áreas los queratinocitos subyacentes presentan discretos cambios por disqueratosis, hallazgos más sugestivos de poroqueratosis posiblemente actínica. Actualmente el paciente se encuentra recibiendo manejo con crioterapia, presentando mejoría del prurito y disminución de la hiperqueratosis. Es de recalcar que el paciente no tiene antecedentes familiares de poroqueratosis.



FIGURA A y B. Placa en cuadrante superior externo del glúteo derecho descrita en el caso clínico.

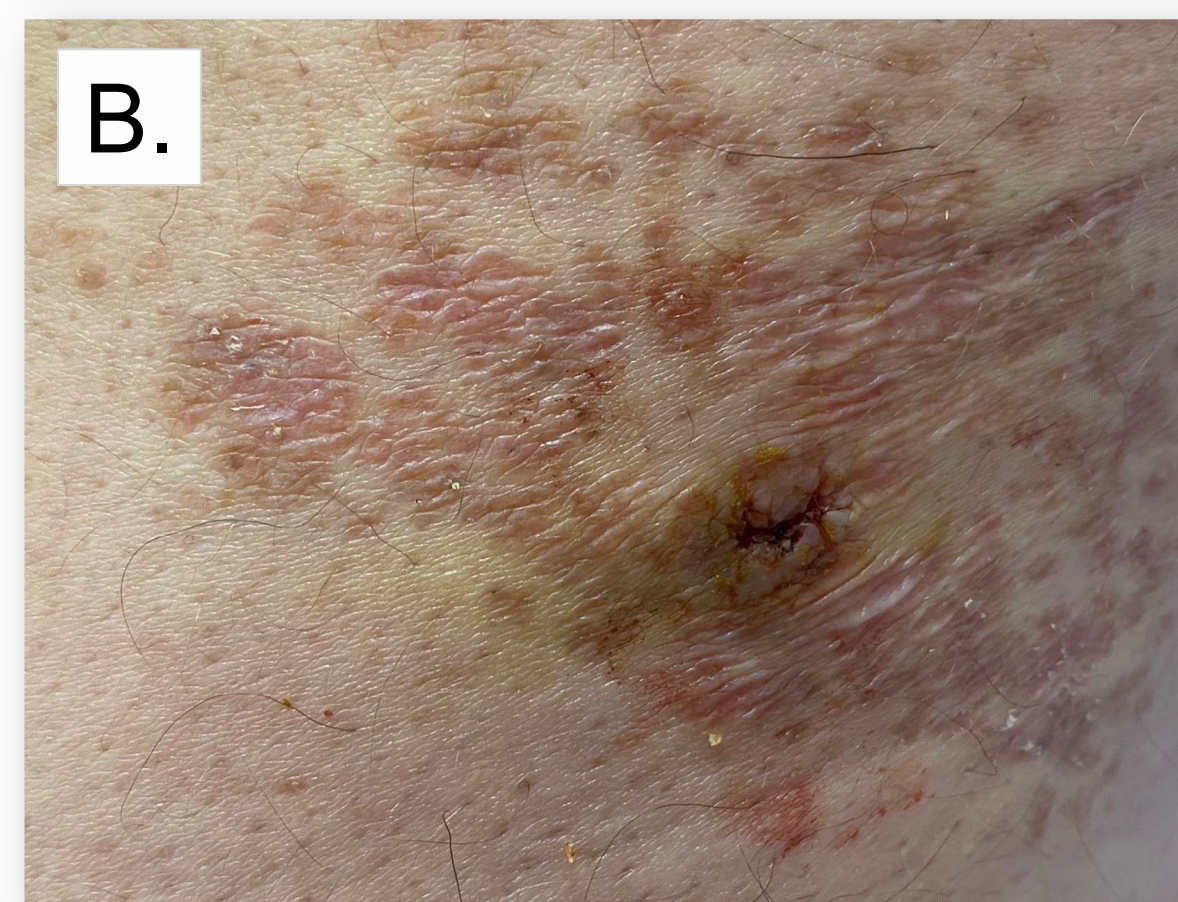
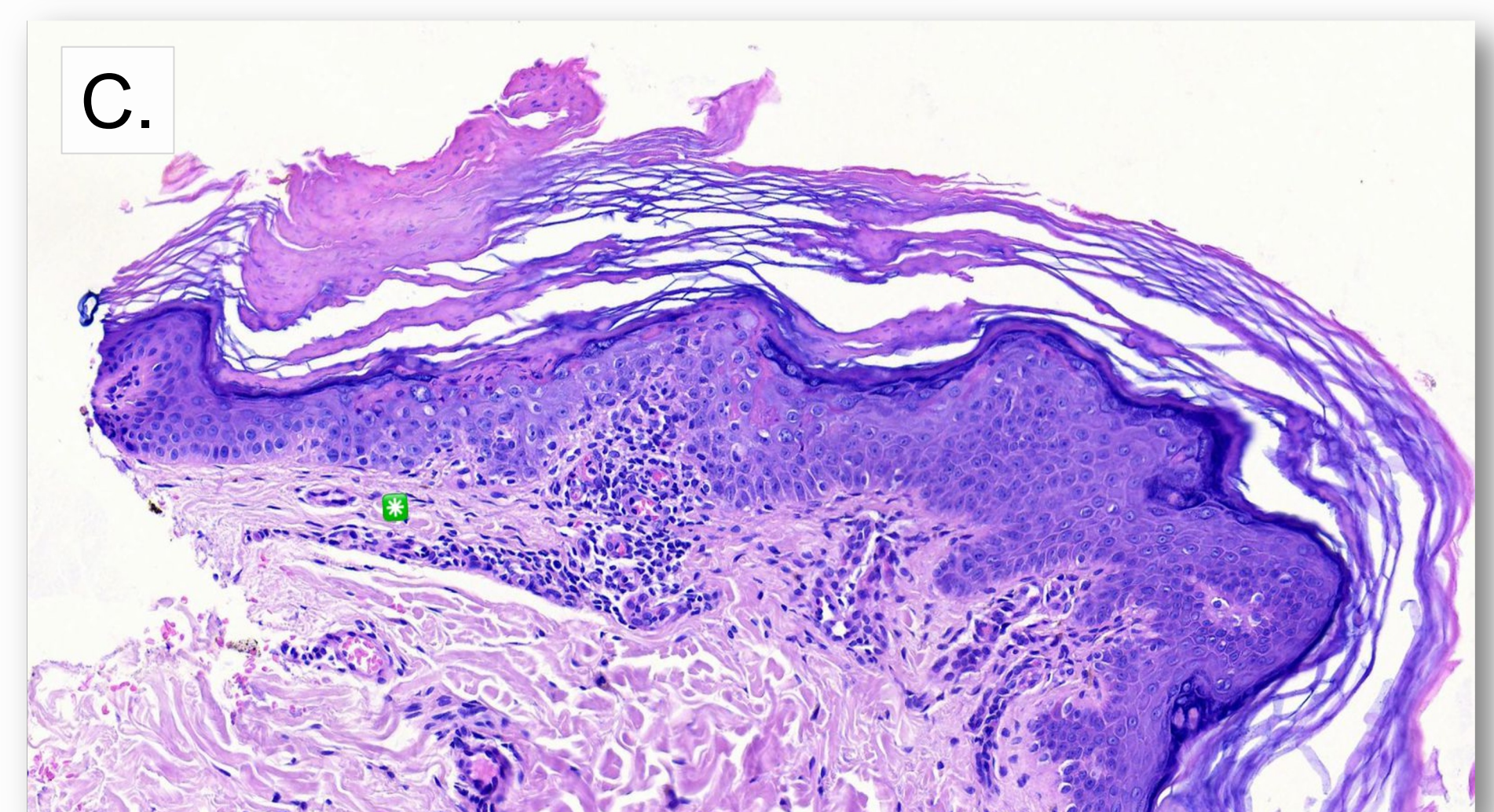


FIGURA C. Imagen histopatológica, HE, 40X. * Se observa formación de una lamela cornoide en relación con una zona de disqueratosis y ausencia de capa granular e infiltrado de linfocitos subyacentes.



Conclusiones

La poroqueratosis representa un reto diagnóstico al tratarse de una entidad poco frecuente, lo que muchas veces conlleva a que el paciente reciba múltiples tratamientos previos al diagnóstico definitivo. Esta dermatosis cobra relevancia al tratarse de una entidad premaligna. Se ha descrito en la literatura que el tiempo de evolución prolongado, el tamaño de la lesión y la localización en áreas no fotoexpuestas constituyen los principales factores de riesgo de degeneración maligna; teniendo en cuenta lo anterior, este caso es de interés clínico dado que es una lesión de larga evolución y que se limita al área glútea. Es necesario realizar futuras series de casos para conocer su incidencia y prevalencia exactas, y lograr que, en el ejercicio médico, esta patología se tenga en consideración como un diagnóstico diferencial.