

como el linfangioendotelioma benigno, el hemangioendotelioma de células fusiformes, el angiosarcoma de bajo grado, el hemangioendotelioma retiforme y el hemangioma en tachuela^{2,8,9}. En estos casos, el estudio inmunohistoquímico con anticuerpos frente al HHV-8 juega un papel fundamental para establecer el diagnóstico definitivo^{6,9,10}.

La histogénesis del SK ha sido un tema controvertido. Se ha debatido mucho sobre el origen sanguíneo o linfático de sus células endoteliales. En el caso concreto del SKTL, los hallazgos histológicos sugieren su origen a partir de células endoteliales linfáticas, tal y como sugirieron Gange y Wilson Jones en su descripción inicial². Esta apreciación ha sido apoyada por los recientes hallazgos inmunohistoquímicos que demuestran, como sucedía en nuestro caso, una intensa expresión en las células neoplásicas de diferentes marcadores específicos de endotelio linfático. Se ha postulado que el linfedema crónico o el antecedente de radioterapia en la zona afectada pueden ser factores que favorezcan el desarrollo de lesiones de SK con un patrón histopatológico que recuerda al de un linfangioma^{1,5}. Nuestra paciente no había sido irradiada ni presentaba linfedema crónico. Además, la lesión se localizaba en el antebrazo, y no en los miembros inferiores que es la localización descrita con mayor frecuencia para esta forma de SK.

Como conclusión, presentamos un nuevo caso de SKTL con historia previa de SK clásico histológicamente típico, que en las sucesivas recidivas desarrolló lesiones con el mismo aspecto clínico que las anteriores, pero con hallazgos histopatológicos de tipo linfangioma. Un detallado estudio histológico apoyado por determinaciones inmunohistoquímicas como el antígeno nuclear latente del HHV-8 será fundamental para establecer el diagnóstico de SKTL.

Bibliografía

1. Ronchese F, Kern AB. Lymphangioma-like tumors in Kaposi's sarcoma. *AMA Arch Derm.* 1957;75:418-27.

2. Gange RW, Jones EW. Lymphangioma-like Kaposi's sarcoma. A report of three cases. *Br J Dermatol.* 1979;100:327-34.
3. Cossu S, Satta R, Cottoni F, Massarelli G. Lymphangioma-like variant of Kaposi's sarcoma: clinicopathologic study of seven cases with review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 1997;19:16-22.
4. Ramirez JA, Laskin WB, Guitart J. Lymphangioma-like Kaposi sarcoma. *J Cutan Pathol.* 2005;32:286-92.
5. Davis DA, Scott DM. Lymphangioma-like Kaposi's sarcoma: etiology and literature review. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:123-7.
6. Pantanowitz L, Duke WH. Lymphoedematous variants of Kaposi's sarcoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008;22:118-20.
7. Borroni G, Brazzelli V, Vignoli GP, Gaviglio MR. Bullous lesions in Kaposi's sarcoma: case report. *Am J Dermatopathol.* 1997;19:379-83.
8. Messeguer F, Sanmartin O, Martorell-Calatayud A, Nagore E, Requena C, Guillen-Barona C. Acquired progressive lymphangioma (benign lymphangiendotelioma). *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:792-7.
9. Requena L, Requena C. Histopathology of the more common viral skin infections. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:201-16.
10. Courville P, Simon F, Le Pessot F, Tallet Y, Debab Y, Metayer J. Detection of HHV8 latent nuclear antigen by immunohistochemistry. A new tool for differentiating Kaposi's sarcoma from its mimics. *Ann Pathol.* 2002;22:267-76.

A. Agustí-Mejías^{a,*}, F. Messeguer^b, A. Pérez^a
y V. Alegre de Miquel^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: annaagusti@comv.es (A. Agustí-Mejías).

doi:10.1016/j.ad.2011.07.020

Queratoacantoma digital distal: importancia del diagnóstico diferencial con el carcinoma escamoso subungueal

Subungual Keratoacanthoma: The Importance of Distinguishing it From Subungual Squamous Cell Carcinoma

Sr. Director:

El queratoacantoma (QA) digital distal o queratoacantoma subungueal es una variante infrecuente y destructiva de queratoacantoma que raramente muestra regresión espontánea. Puede involucrar al tejido subungueal distal o al pliegue ungueal proximal y, en ocasiones, también se puede afectar el hueso subyacente. Los hallazgos histopatológicos son similares a aquellos encontrados en el QA solitario, aunque muestran una mayor disqueratosis con escasa o nula atipia nuclear.

Presentamos el caso de una mujer caucásica de 39 años, sin antecedentes médicos de interés, con una lesión nodular hiperqueratósica y muy dolorosa en la región subungueal distal del cuarto dedo de la mano izquierda, con un rápido crecimiento durante el último mes (fig. 1). Ante la sospecha diagnóstica, se solicitó un estudio radiográfico de la mano izquierda que reveló una lesión osteolítica en la falange subyacente al nódulo. En base a estos hallazgos, se llevó a cabo una escisión completa de la lesión manteniendo una actitud conservadora con respecto al hueso subyacente.

El examen histopatológico mediante la tinción de hematoxilina-eosina mostró hiperqueratosis epidérmica y focos de paraqueratosis asociados a un cráter central relleno de queratina amorfa. También se observaban células disqueratósicas, neutrófilos y eosinófilos intraepiteliales en bajo número, escasa atipia nuclear, infiltrados dérmicos parcheados de células linfoplasmocitarias y escasa o nula fibrosis en las bases (fig. 2a-c). La tinción para el marcador de proliferación celular Ki-67 mostró únicamente positividad en el



Figura 1 Lesión nodular en la región subungueal distal del cuarto dedo de la mano izquierda.

estrato basal (fig. 2d). Todos estos hallazgos fueron compatibles con un QA digital distal.

El diagnóstico diferencial de una lesión nodular dolorosa en la falange distal incluye quiste dermoide, fibroma subungueal, tumor glómico, tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, quiste mucoide digital, verruga vulgar, exostosis subungueal, melanoma amelanótico, carcinoma escamoso (CE) subungueal y QA digital distal¹.

El QA digital distal o subungueal es una variante rara y destructiva de QA con una mayor prevalencia en el sexo masculino y cierta predilección por los tres primeros dedos de la mano (sobre todo, el pulgar). Consiste en una lesión nodular, dolorosa, endoexofítica y localizada con un característico cráter central relleno de queratina. El QA subungueal difiere del típico en su aparición sobre piel limpia, la inexistencia de collarite epitelial típico², una menor asociación a inflamación, una tendencia a la invasión profunda y mayor cantidad de células disqueratósicas eosinofílicas. El diagnóstico debe basarse en la correlación de los hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos.

Es importante tener presente esta entidad a la hora de establecer el diagnóstico diferencial con otros tumores subungueales, sobre todo con el CE (tabla 1). Radiológicamente, el QA subungueal es casi indistinguible del CE. Sin

embargo, el defecto óseo ocasionado por el QA en la falange tiene unos márgenes bien definidos debido al crecimiento expansivo y no infiltrativo de este; además, los pacientes que presentan QA tienden a ser más jóvenes (quinta década de la vida) que aquellos con CE (séptima década). El CE tiene un lento crecimiento, mientras que el QA presenta un crecimiento rápido en pocas semanas o meses hasta estabilizarse e involucionar espontáneamente. El QA subungueal puede no mostrar regresión espontánea llegando a ser localmente destructivo, lo que dificulta el diagnóstico diferencial, y además, en ocasiones, se ha descrito transformación maligna hacia CE. Actualmente existe controversia en cuanto a este diagnóstico diferencial. Algunos autores consideran el QA un CE de bajo grado de malignidad, capaz de producir invasión local y extensión al hueso subyacente; sin embargo, los QA con frecuencia involucionan espontáneamente³⁻⁵. En estudios recientes se han investigado diferencias en la expresión de ciertos marcadores entre ambas entidades que ayuden a establecer el diagnóstico (aumento de la expresión del marcador de proliferación celular Ki-67 y del oncogen p53 en el CE), considerándose, de este modo, lesiones separadas con un comportamiento diferente^{6,7}.

Por tanto, aunque esta entidad clínica supone una variante rara y destructiva de queratoacantoma, cabe destacar la necesidad de establecer el diagnóstico diferencial con el carcinoma de células escamosas a nivel subungueal. Ambos se pueden presentar como una lesión nodular dolorosa asociada a inflamación, pudiendo afectar al tejido subungueal distal y al hueso subyacente⁷⁻¹⁰. Sin embargo, aunque en ocasiones ambas patologías son casi indistinguibles, el pronóstico y tratamiento son diferentes. El tratamiento del queratoacantoma subungueal es conservador, mientras que el del carcinoma de células escamosas se basa en la cirugía micrográfica de Mohs en el caso de lesiones no invasivas (sin afectación ósea) o la amputación, de

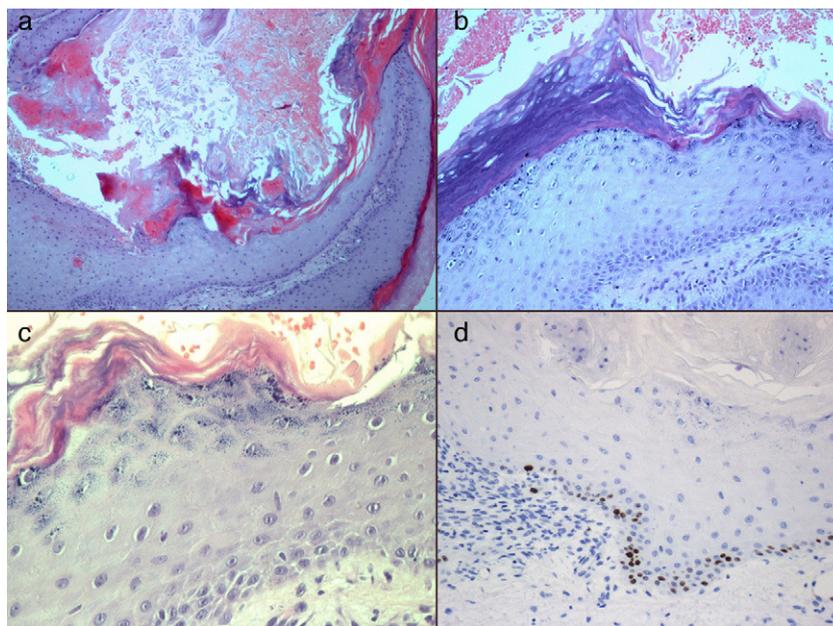


Figura 2 a) Área crateriforme rellena de queratina amorfa (H-E x 4). b) Hiperqueratosis epidérmica, focos de paraqueratosis (H-E x 10). c) Células disqueratósicas con escasa atipia nuclear (H-E x 40). d) Tinción para Ki67 positiva en estrato basal.

Tabla 1 Claves para el diagnóstico diferencial entre QA y CE subungueal

	Queratoacantoma	Carcinoma escamoso
Clínicas	5.ª década Rápido crecimiento Involución espontánea	7.ª década Lento crecimiento No involución
Radiológicas	Lesión osteolítica de márgenes bien definidos	Mal delimitado
Histopatológicas	- Lesión exofítica simétrica - Hiperqueratosis epidérmica - Cráter central de queratina - Células disqueratósicas eosinófilas - Escasa atipia nuclear - Infiltrados dérmicos parcheados de células linfoplasmocitarias	- Proliferación de células epidérmicas con marcada atipia celular y nuclear - Formas mitóticas anormales - Invasión dérmica y de tejidos subyacentes
Inmunohistoquímicas	No aumento de expresión de Ki67/p53	Aumento de expresión de Ki67/p53

elección cuando existe invasión ósea (debido a una evolución rápida o al retraso en el diagnóstico)^{11,12}.

En conclusión, presentamos un caso infrecuente de queratoacantoma digital distal presente en el cuarto dedo de la mano de una mujer de 39 años, destacando la importancia del diagnóstico diferencial con el carcinoma escamoso para evitar tratamientos mutilantes.

Bibliografía

- Levy DW, Bonakdarpour A, Putong PB, Mesgarzadeh M, Betz RR. Subungual keratoacanthoma. *Skeletal Radiol.* 1985;13:287-90.
- Keeney GL, Banks PM, Linscheid RL. Subungual keratoacanthoma. *Arch Dermatol.* 1988;124:1074-6.
- Stoll DM, Ackerman AB. Subungual queratoacantoma. *Am J Dermatopathol.* 1980;2:265-71.
- Choonhakarn C, Ackerman AB. Keratoacanthomas: a new classification based on morphologic findings and on anatomic site. *Dermatopathology: Practical and Conceptual.* 2001;7:7-16.
- Ko CJ. Keratoacanthoma: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010;28:254-61.
- Honma M, Kato N, Hashimoto M, Takahashi H, Ishida-Yamamoto A, Iizuka H. Subungual keratoacanthoma: analysis of cell proliferation and copy number variation of oncogenes compared with periungual squamous cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol.* 2011;36:57-62.
- Connolly M, Narayan S, Oxley J, de Berker DA. Immunohistochemical staining for the differentiation of subungual keratoacanthoma from subungual squamous cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol.* 2008;33:625-8.

- 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.
- Spencer J. Malignant tumors of the nail unit. *Dermatologic Therapy.* 2002;15:126-30.
- Baran R, Mikhail G, Costini B, Tosti A, Goettmann-Bonvallet S. Distal digital keratoacanthoma: two cases with a review of the literature. *Dermatol Surg.* 2001;27:575-9.
- Gómez Vázquez M, Navarra Amayuelas R, Martin-Urda MT, Abellaneda Fernández C, Tapia G. Carcinoma escamoso subungueal. Presentación de dos casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:654-6.
- Wong TC, Ip FK, Wu WC. Squamous cell carcinoma of the nail bed: three case reports. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2004;12:248-52.

A.J. González-Rodríguez^{a,*}, E.M. Gutiérrez-Paredes^a, E. Montesinos-Villaescusa^a, O. Burgués Gasión^b y E. Jordá-Cuevas^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ajavigo@hotmail.com
(A.J. González-Rodríguez).

doi:10.1016/j.ad.2011.08.012

Alopecia lipedematosa concomitante con psoriasis del cuero cabelludo

Lipedematous Alopecia in a Patient With Scalp Psoriasis

Sr. Director:

El cuero cabelludo lipedematoso (CCL) es una entidad rara, de etiología desconocida, en la que se produce un aumento del tejido subcutáneo del cuero cabelludo (TCS). Afecta

habitualmente a la región occipital y se puede acompañar de sensación de dolor y prurito en la misma zona. Cuando además esta patología produce alopecia se denomina alopecia lipedematosa (AL)¹. Presentamos un caso de AL y hacemos una breve revisión de la literatura.

Se trata de una mujer española de 49 años, con antecedentes de psoriasis leve-moderada con afectación del cuero cabelludo y las uñas desde los 20 años, e intervenida de cáncer de mama (T3 N1 M0) 3 años antes; se encontraba en tratamiento habitual con tamoxifeno desde hacía 6 meses. Acude a nuestra consulta por intenso dolor y engrosamiento del cuero cabelludo de 3 meses de evolución, así como