

## DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

### Patrón vascular dermatoscópico en la poroqueratosis que coexiste con una insuficiencia venosa y linfedema



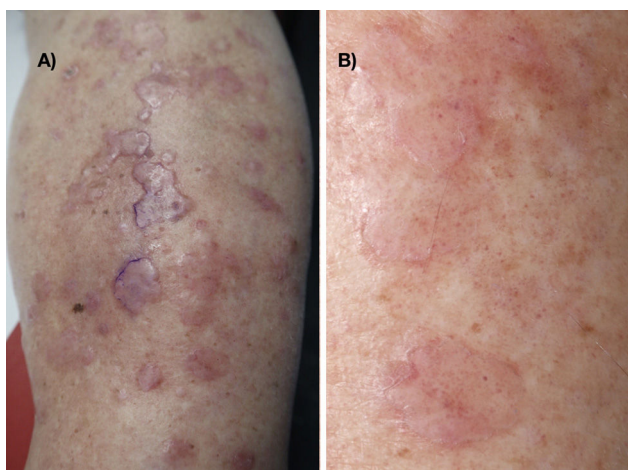
### Dermoscopic Vascular Pattern in Poroqueratosis Coexistent With Venous Insufficiency and Lymphedema

#### Presentación del caso

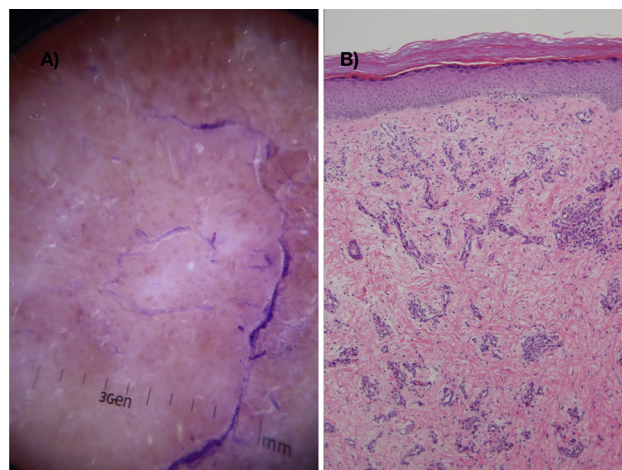
Mujer de 57 años, obesa, con antecedentes de poroqueratosis actínica superficial diseminada (PASD) en brazos y piernas, insuficiencia venosa y linfedema secundario, que consultaba por un cambio en la morfología de las lesiones de PASD localizadas en la cara anterior de ambas piernas. Refería que, de forma progresiva, las lesiones se habían hecho palpables. A la exploración, se objetivó edema sin fovea

en ambos miembros inferiores y placas planas eritemato-rosadas bien delimitadas con un borde descamativo que se alternaban con otras placas más elevadas (fig. 1A y B).

Mediante la prueba de la tinta, se delimitaron las lesiones características de PASD (fig. 1A y B) que, a la dermatoscopia, mostraban unas áreas blanco-rosadas sin estructura, con escamas y vasos puntiformes y glomerulares (puntos y glóbulos rojos) sobre un fondo homogéneo observable tanto dentro como fuera de las lesiones elevadas. (fig. 2A).



**Figura 1** A) Placas elevadas y planas eritemato-rosadas pretibiales. B) A mayor aumento; imágenes puntiformes rojas dentro y fuera de lesiones con discreto collarete.



**Figura 2** A) Imagen dermatoscópica: puntos y glóbulos rojos homogéneos, escama, áreas blancas sin estructura y collarete periférico teñido con tinta; B) Hematoxilina-eosina x10: proliferación de capilar dilatados en dermis papilar sin atipla y edema.

## Comentario

La poroqueratosis (PQ) es un trastorno de la queratinización de etiología desconocida. Se han descrito siete variantes clínicas: PQ de Mibelli, PASD, PQ lineal, PQ puntacta, PQ palmoplantar diseminada, PQ pticotrópica y PQ eruptiva diseminada. La PASD se caracteriza clínicamente por unas pápulas planas y placas eritemato-marronáceas con un borde hiperqueratósico bien definido (histológicamente: lamela cornoide) y un área central discretamente atrófica<sup>1</sup>. La dermatoscopia en la PASD (borde blanco periférico, puntos marrones, área central blanco-cicatricial y vasos puntiformes) apoya el diagnóstico clínico<sup>2</sup>, además, la prueba de la tinta representa una herramienta útil para realzar la lamela cornoide<sup>3</sup>.

El desarrollo de carcinoma escamoso sobre lesiones de PQ ha sido publicado en todas las formas clínicas excepto en la puntacta<sup>1</sup>. La asociación entre una PQ y un linfedema, descrita previamente en la literatura, supone un reto diagnóstico y terapéutico, ya que las lesiones de PQ que habitualmente son planas o discretamente atróficas, en los casos asociados a linfedema, se pueden presentar como placas elevadas que pueden confundirse con lesiones neoplásicas<sup>4-6</sup>.

En nuestra paciente, además de las características clínico-dermatoscópicas de las lesiones de PQ también observábamos múltiples glóbulos rojos que a mayor aumento correspondían a vasos glomerulares. En dermatoscopia, los vasos glomerulares se han descrito de forma característica en el carcinoma escamoso *in situ*, así como en psoriasis, eccema, poroma ecrino, carcinoma de células de Merkel, melanoma, nevus de Spitz, queratosis actínica y dermatitis de estasis<sup>7</sup>.

Histológicamente, los glóbulos rojos tanto fuera como dentro de las lesiones de PASD, en nuestra paciente, se correspondían con la presencia de unos vasos dilatados en la dermis papilar (fig. 2B). Este patrón dermatoscópico e histológico es compatible con una dermatitis de estasis.

Debemos tener en cuenta el riesgo aumentado de carcinoma escamoso en estos pacientes, tanto por el antecedente de PQ como por el de linfedema crónico, así como el desarrollo de linfangiosarcoma, sarcoma de Kaposi, linfoma o melanoma sobre el linfedema crónico. Por tanto, en pacientes con linfedema crónico y PQ debemos biopsiar lesiones con historia de crecimiento rápido, lesiones

hiperqueratósicas asimétricas o aquellas con patrón vascular atípico en la dermatoscopia.

En conclusión, la dermatoscopia es una herramienta útil para el diagnóstico de la dermatitis de estasis y el seguimiento del patrón vascular de lesiones con alta sospecha de malignidad, como en la PQ asociada a insuficiencia venosa y linfedema.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Requena L, Requena C, Cockerell CL. Benign Epidermal Tumors and Proliferations. En: Bologna J, Schaffer J, Cerroni L, editores. *Dermatology*. Fourth ed. Elsevier; 2017. p. 1901-4.
2. Nicola A, Magliano J. Dermoscopy of Disseminated Superficial Actinic Porokeratosis. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:e33-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.025>.
3. Navarrete-Dechent C, Uribe P, Marghoob A. Ink-enhanced dermoscopy is a useful tool to differentiate acquired solitary plaque porokeratosis from other scaly lesions. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80:e137-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2017.11.052>.
4. Pearson IC, Cox NH, Ostlere LS, Marsden RA, Mortimer PS. Porokeratosis in association with lymphoedema. *Clin Exp Dermatol*. 2005;30:152-4.
5. Sousa-Herênio A, De Moraes-Cavalcanti SM, Rodrigues-de França E, Marques-Maranhão C, Barbosa-de Alencar ER. Porokeratosis simulating Bowen's disease on dermoscopy. *An Bras Dermatol*. 2016;91:119-21.
6. Bordel MT, Martínez G, Miranda A. Poroqueratosis actínica superficial diseminada asociada a linfedema crónico primario. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:113-6.
7. Zaballos P, Salsench E, Puig S, Malveyh JM. Dermoscopy of Venous Stasis Dermatitis. *Arch Dermatol*. 2006;142:1526.

D. Ramos-Rodríguez\*, L.J. Del Pozo-Hernando y F. Mestre-Bauzá

*Servicio Dermatología Hospital Son Espases, Palma, Illes Balears, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [negrinmelian@gmail.com](mailto:negrinmelian@gmail.com) (D. Ramos-Rodríguez).