

3. Salerni G, Lovatto L, Carrera C, Palou J, Alos L, Puig-Butille JA, et al. Correlation among dermoscopy, confocal reflectance microscopy, and histologic features of melanoma and basal cell carcinoma collision tumor. *Dermatol Surg.* 2011;37:275–9.

L. Ascanio Armada^{a,*}, R. Gamó Villegas^a,
A. Pampin Franco^a y F. Pinedo Moraleda^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: luciaascanioarmada@gmail.com,
mlascanio@fhacorcon.es (L. Ascanio Armada).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.12.002>

Presentación ecográfica no habitual de queratoacantoma subungueal con correlación clínica e histológica



Unusual Ultrasound Appearance of Subungual Keratoacanthoma With Clinical and Histological Correlation

Sr. Director:

Los queratoacantomas (QA) son un grupo de lesiones tumorales de origen epidérmico de naturaleza controvertida. Se piensa que corresponden a un carcinoma espinocelular (CEC) de bajo grado de malignidad, que en sujetos inmunocomprometidos podría desarrollar mayor agresividad. Se caracterizan por un crecimiento rápido y exofítico, seguido generalmente de regresión espontánea, y se presentan habitualmente en pacientes de edad avanzada y en zonas fotoexpuestas¹.

La variante sub o periungueal de QA es infrecuente, y usualmente localmente destructiva y no involutiva. Se observa con mayor frecuencia en pacientes caucásicos, varones, y en la quinta década de la vida. La causa es aún desconocida, pero han sido asociados a traumatismo, exposición a carcinogénicos, eczema, psoriasis, dermatitis atópica, xeroderma pigmentoso e incontinencia pigmenti².

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente mujer de 45 años, con antecedente de incontinencia pigmenti, que consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por aumento de volumen doloroso, de rápido crecimiento en la región periungueal del pulgar derecho.

Al examen físico se evidenciaba una lesión nodular, color piel que comprometía el borde ungueal ulnar y proximal del primer dedo de la mano derecha (fig. 1).

Se solicitó una ecografía Doppler color, la cual informó de una tumoración sólida hipocogénica con un centro de menor ecogenicidad y de aspecto sólido, en el borde ulnar de la región periungueal, que se extendía al lecho ungueal en este mismo borde, sin un aspecto ecográfico de malignidad. Medía 11 mm (transverso) × 10,7 mm (longitudinal) × 8,3 mm (espesor). Su vascularización era predominantemente periférica a expensas de vasos finos con flujos arteriales de baja velocidad, y remodelaba el margen óseo de la falange

distal subyacente. Además se visualizaron signos inflamatorios (hipervascularización) en el lecho ungueal y cambios distróficos al nivel de la placa ungueal, probablemente secundarios (fig. 2).

Se extirpó la lesión y el análisis histológico evidenció una neoplasia pavimentosa crateriforme, bien diferenciada, con numerosas células disqueratóticas dispersas, microabcesos intratumorales e inflamación periférica mixta, compatible con QA periungueal (fig. 3).

El reporte descrito fue realizado tomando en cuenta los principios médicos de la Declaración de Helsinki, y su publicación cuenta con el consentimiento de la paciente.

Discusión

Este caso permite demostrar la utilidad del diagnóstico ecográfico en la patología ungueal, al igual que alerta en los signos clínicos que pudieran hacernos sospechar la existencia de un tumor en la región ungueal.

En la ecografía Doppler color habitualmente se describe una formación de ecoestructura mixta con un borde hipocogénico de aspecto sólido y un centro anecogénico líquido, y usualmente asociada a remodelación del margen óseo subyacente³⁻⁵.

Nuestro caso mostró un aspecto ecográfico no habitual, siendo hipocogénico y con un área de menor ecogenicidad



Figura 1 Queratoacantoma; fotografía clínica. Lesión nodular, color piel que compromete el borde ungueal y periungueal ulnar y proximal del dedo pulgar derecho.

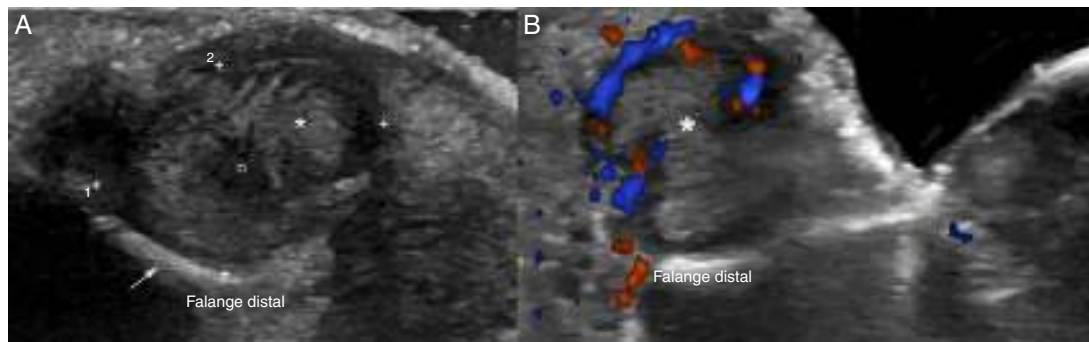


Figura 2 Queratoacantoma; ecografía ungüeal. A. Escala de grises (eje longitudinal, pulgar derecho, borde ulnar) demuestra una tumoración hipocogénica (*, entre marcas +) con un centro de menor ecogenicidad (o). Nótese la remodelación del margen óseo subyacente (flecha). B. Doppler color ungüeal (eje longitudinal, pulgar derecho, borde ulnar) muestra hipervascularización (en colores) en la periferia del tumor (*).

central, aun cuando sin el componente anecogénico líquido que usualmente se reporta.

La zona central del tumor correspondería al cráter central de queratina²⁻⁴, y en nuestro caso este aspecto ecográfico pudiera estar dado por una queratina central más compacta. Por otro lado, la ecografía permitió confirmar el diagnóstico tumoral y apoyar el diagnóstico diferencial con otros tipos de tumores ungüeaes que presentan otra morfología sonográfica, tales como el tumor glómico o el onicomatricoma^{6,7}.

El tumor glómico usualmente se presenta como una formación nodular hipocogénica sólida, medianamente bien delimitada que remodela el margen óseo de la falange distal. La mayoría de los tumores glómicos demuestran vascularización en su interior, y son de ubicación proximal en el lecho ungüeal^{5,6}.

Los onicomatricoma muestran un aspecto hipocogénico con líneas o focos hiperecogénicos que comprometen la matriz ungüeal y se extienden al espacio interplaca. Generalmente, estos tumores son hipovasculares y usualmente no erosionan o remodelan el margen óseo subyacente⁵⁻⁷.

Ecográficamente el CEC es menos definido y no presenta centro anecogénico o hipocogénico, sino más bien una ecoestructura hipocogénica y heterogénea, con erosión de la placa ungüeal y vascularización variable⁵. En la radiología simple, a diferencia del CEC, el defecto óseo producido por el QA habitualmente tiene márgenes bien definidos, debido a su comportamiento poco infiltrante³.

Para visualizar el compromiso óseo, aparte de la ecografía, se podría solicitar una tomografía computarizada o una resonancia magnética nuclear. Sin embargo, la ecografía doppler color ha sido comunicada como el método por imágenes más sensible para el diagnóstico de tumores ungüeaes y periungüeaes, ya que la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear usualmente presentan falsos negativos en tumores menores de 3 mm y baja definición de los planos ungüeaes y periungüeaes⁶.

En conclusión, ante la sospecha de tumor ungüeal, es relevante realizar una correlación entre los hallazgos clínicos y ecográficos, lo que debe ser completado con un adecuado análisis histológico. Si bien la presentación ecográfica fue inhabitual, la ecografía Doppler color

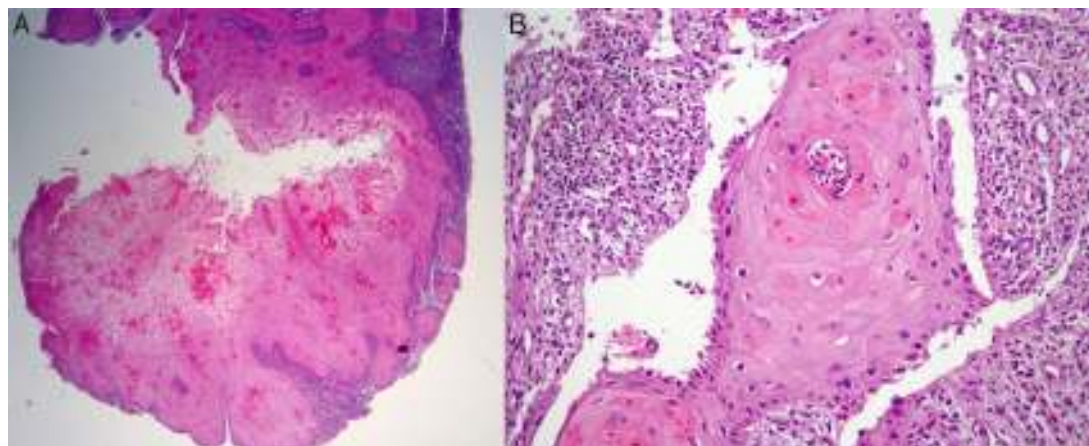


Figura 3 Queratoacantoma; histología (hematoxilina-eosina). A. Zoom $\times 2$. Neoplasia pavimentosa crateriforme, bien diferenciada, en la cual destacan numerosas células disqueratósicas dispersas, que son una clave diagnóstica. B. Zoom $\times 10$. Brotes tumorales con leves atipias nucleares, células disqueratósicas dispersas, microabscesos intratumorales e inflamación periférica.

permitió confirmar el diagnóstico de tumor periungueal, lo que puede ser un apoyo para el diagnóstico precoz y la programación quirúrgica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Takai T, Misago N, Murata Y. Natural course of keratoacanthoma and related lesions after partial biopsy: Clinical analysis of 66 lesions. *J Dermatol.* 2015;42:353–62.
2. 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.
3. Choi JH, Shin DH, Shin DS, Cho KH. Subungual keratoacanthoma: Ultrasound and magnetic resonance imaging findings. *Skeletal Radiol.* 2007;36:769–72.
4. Thomas L, Vaudaine M, Wortsman X, Jemec GBE, Drape JL. Imaging the nail unit. En: Baran R, de Berker D, Holzberg M, Thomas L, editores. *Baran & Dawber's Diseases of the nails and their management.* 4th edition. West Sussex: Wiley; 2012. p. 132–53.
5. Wortsman X. Sonography of the nail. En: Wortsman X, Jemec GBE, editores. *Dermatologic ultrasound with clinical and histologic correlations.* 1st edition. NY: Springer; 2013. p. 419–76.

6. Wortsman X, Wortsman J, Soto R, Saavedra T, Honeyman J, Sazunic I, et al. Benign tumors and pseudotumors of the nail: A novel application of sonography. *J Ultrasound Med.* 2010;29:803–16.
7. Soto R, Wortsman X, Corredoira Y. Onychomatricoma: Clinical and sonographic findings. *Arch Dermatol.* 2009;145:1461–2.

M. Le-Bert^a, D. Soto^b, V. Vial^c, R. Bentjerodt^d
y X. Wortsman^{e,*}

^a Departamento de Dermatología, Centro de Referencia de Salud Peñalolén Cordillera Oriente, Peñalolén, Santiago, Chile

^b Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

^c Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

^d Departamento de Patología, Citolab, Santiago, Chile

^e Departamento de Radiología y Departamento de Dermatología, Instituto de Investigación y Diagnóstico por Imágenes en Piel y Tejidos Blandos, Clínica Servet, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xworts@yahoo.com (X. Wortsman).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.020>

Vasculopatía colágena cutánea. Aportación de un caso y revisión de la literatura



Cutaneous Collagenous Vasculopathy: A Case Report and Review of the Literature

Sr. Director:

La vasculopatía colágena cutánea (VCC) es una microangiopatía idiopática de los vasos sanguíneos del plexo vascular superficial de la dermis^{1,2}. Es una entidad poco frecuente caracterizada por la aparición de múltiples telangiectasias cutáneas de distribución variable en el tronco y en las extremidades, sin compromiso de mucosas, lecho ungueal, ni repercusión sistémica en los casos comunicados^{3–5}. Presenta gran similitud clínica con la telangiectasia esencial generalizada, que es el principal diagnóstico diferencial clínico que plantea^{1,4}. Desde su descripción inicial en el año 2000 por Salama y Rosenthal¹ se han comunicado hasta el año 2015, según nuestro conocimiento, 28 nuevos pacientes con VCC (tabla 1). Presentamos el caso de un paciente con VCC recientemente diagnosticado en nuestro servicio.

Se trata de un varón de 74 años de edad con el antecedente personal de adenoma de próstata, sin tratamiento crónico, que acude a nuestro servicio para la valoración de unas lesiones cutáneas rojizas de aparición progresiva en los últimos 3 años. Las telangiectasias se habían iniciado en las extremidades inferiores y, en el transcurso de pocos años, se habían extendido al abdomen y a los antebrazos.

El paciente refería prurito ocasional. No existían antecedentes personales ni familiares de telangiectasias cutáneas generalizadas ni de sangrado de mucosas. En la exploración física se apreciaban placas eritematosas formadas por múltiples vasos telangiectásicos distribuidas simétricamente en los antebrazos (fig. 1 A), la zona inferior del abdomen, los muslos (fig. 1 B) y las piernas (fig. 1 C). No presentaba alteraciones de mucosas ni del lecho ungueal.

Se realizó una biopsia cutánea de las lesiones en el abdomen planteando la sospecha diagnóstica de telangiectasia esencial generalizada o VCC. En el estudio histopatológico se observaban luces vasculares de pequeño calibre situadas en la dermis papilar, dilatadas (fig. 2 A) y con las paredes engrosadas por el depósito perivascular de un material amorfo e hialino que se teñía con PAS-diasfasa (fig. 2 B) y no con rojo Congo, y presentaba inmunotinción positiva para el colágeno IV (fig. 2 C).

Los estudios complementarios que incluían hemograma, bioquímica, factor reumatoide, PCR, VSG, coagulación, niveles de anticuerpos antinucleares, fracciones C3 y C4 del complemento y perfil tiroideo fueron normales o negativos. Se detectó en el proteinograma una gammapatía monoclonal de significado incierto IgG Kappa que se remitió para estudio y continúa en seguimiento por parte del servicio de hematología.

Se estableció el diagnóstico de VCC. El paciente rechazó tratamiento con laserterapia.

La VCC es una enfermedad infrecuente, caracterizada por el desarrollo de telangiectasias cutáneas generalizadas que con frecuencia comienzan en las extremidades inferiores y progresivamente se extienden al resto del cuerpo⁶.