

QUERATOSIS SEBORREICA

Antonio GOMEZ PELIGROS (1)

Eva TOBAJAS SEÑOR (2)

José luís PEREZ OBON (1)

(1) Médicos de Atención Primaria. Centro de Salud de Illueca. Sector de Salud de Calatayud. Servicio Aragonés de Salud.

(2) Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud de Illueca. Sector de Salud de Calatayud. Servicio Aragonés de Salud.

Las queratosis seborreicas son placas de aspecto verrugoso o cerebriformes, de color café a marrón oscuro. Están producidas por una proliferación benigna de las células epidérmicas y un acumulo de queratina sobre la superficie de la piel.

Su incidencia es muy alta en la raza blanca y escasa en la negra, con igual predisposición en ambos sexos. Su aparición es generalmente, a partir de los cuarenta años, aunque su incidencia por debajo de esta edad puede ser común (10). A medida que aumenta la edad, se incrementa la prevalencia de estas lesiones.

El diagnóstico es por la clínica y normalmente no presenta dudas.

La involución espontánea de las queratosis seborreicas es rara, y suele requerir tratamiento en tres casos: si provocan molestias al paciente, si hay duda diagnóstica o si existe un problema estético importante para el paciente.

1. Presentación clínica.

La presentación clínica de las queratosis seborreicas es muy variada, tanto en la morfología, como en el número de lesiones y la distribución de los mismos.

Las queratosis seborreicas pueden ser aisladas, o múltiples y diseminadas, que es lo más frecuente. Cuando se localizan en el tronco presentan un patrón arboriforme, simulando un árbol de navidad. Su distribución es desordenada, o en grupos paralelos a los pliegues cutáneos.

Aparecen en cualquier zona donde haya folículos pilosebáceos, fundamentalmente en la cara y el tronco pero pueden presentarse en cualquier zona de la piel, excepto en mucosas, palmas y plantas.

Se han localizado lesiones incluso en párpados (31), en el conducto auditivo externo (18), o en la zona perianal (26), con las dificultades diagnósticas que puede originar.

Pueden aparecer como máculas bien delimitadas, cuya morfología varía desde el inicio de su presentación hasta su madurez, aunque todas suelen ser de forma redondeada u ovalada. Inicialmente pueden presentarse ligeramente sobreelevadas, de color ocre o canela claro, con superficie lisa o poco escamosa al tacto y de pocos milímetros de diámetro.

Posteriormente la lesión aumenta de tamaño, se pigmenta hacia color marrón-gris-negruzco y su superficie se hace rugosa o untuosa al tacto. Es característica, la presencia de depresiones más oscuras interrumpiendo su superficie.

Como tienen bordes bien delimitados y de aspecto sobreelevado, dan la impresión de que están "pegadas sobre la piel."

Según la localización de las pápulas varía su morfología: cuando están en el cuello, párpados y pliegues cutáneos, su presentación es pediculada y poco queratósica como los fibromas blandos (conocidas como acrocordones). Sin embargo, cuando aparecen en la frente o en el cuero cabelludo, a menudo, permanecen planas y levemente granulosas.

Normalmente las queratosis seborreicas son asintomáticas, pero en ocasiones, pueden ser pruriginosas o sensibles a la palpación, sobretodo si se infectan de forma secundaria. Con el rascado, el roce, o si presentan algún tipo de traumatismo, estas lesiones pueden sangrar, apareciendo una base inflamada y un oscurecimiento de la lesión. También puede desprenderse repetidamente, formándose una nueva queratinización.

Estas lesiones van creciendo lentamente y algunas se hacen verrugosas, más elevadas y pigmentadas. Igualmente, su número aumenta progresivamente con la edad (10). Esta es la razón por la que se ha denominado a las queratosis seborreicas como verruga senil o verruga seborreica (7). Sin embargo es preferible denominar a estas lesiones como queratosis seborreicas para evitar atribuir la condición vírica de las verrugas.

El raro y discutido **Signo de Lesser-Trelat** (28) (3), consiste en un brote eruptivo de múltiples lesiones de queratosis seborreicas o en un aumento brusco del número y tamaño de las lesiones previamente existentes. Suelen ser frecuentes en la espalda y en el tórax y son pruriginosas en ocasiones. Se asocian a una neoplasia subyacente, siendo la más frecuente un adenocarcinoma gastrointestinal (50%), siendo el estómago el órgano más afectado (40%). Otras neoplasias comunes en orden decreciente de frecuencia son las neoplasias linfoproliferativas, de mama y de pulmón.

Está suficientemente documentado, que disminuyen las lesiones de queratosis seborreicas, al intervenir quirúrgicamente el tumor, y vuelven a aumentar al progresar el cáncer. También se ha comprobado que desaparece espontáneamente, tras la resección del tumor concurrente (9). Estas observaciones sugieren que un factor humoral producido por el tumor, puede ser el responsable de la erupción aguda de las queratosis seborreicas (14).

Es importante tener presente este signo, porque ante dicha circunstancia, hay que buscar una neoplasia subyacente. Se realizará una historia clínica y exploración física detallada, además de una radiografía de tórax y una analítica, que incluya hemograma, bioquímica con marcadores tumorales, sistemático de orina y hemorragia oculta en heces.

La relación entre la aparición de las lesiones de queratosis seborreicas y el desarrollo de una neoplasia, oscila entre dos años antes y después del mismo, por lo que es aconsejable hacer un seguimiento periódico durante este tiempo.

Existen unas formas clínicas especiales de queratosis seborreicas (6):

1.-**Dermatosis Papulosa Negra:** En la raza negra, sobre todo en mujeres. Son pápulas pigmentadas, pequeñas y lisas, que predominan en la zona malar de la cara, aunque también son frecuentes en cuello y tronco.

2.-**Léntigo senil o léntigo solar:** Se caracteriza por máculas amarillentas o de color canela que aparece en la cara, dorso de las manos y los antebrazos. Son de crecimiento lento. Estas lesiones deben diferenciarse del léntigo simple y del léntigo maligno.

3.-**Estucoqueratosis:** son pápulas pequeñas, menores de 5 mm de diámetro, normalmente numerosas, de color pardo y superficie lisa o rugosa, que aparecen generalmente en las extremidades inferiores. Son simétricas en muchas ocasiones y se desprenden con facilidad sin producir sangrado.

Las queratosis seborreicas pueden sobreinfectarse por herpesvirus, originando una necrosis de las mismas (11).

2. - Etiología.

La etiología de estas lesiones no se conoce con exactitud. En las queratosis seborreicas múltiples, en la dermatosis papulosa nigra y en algunos casos del signo de Lesser-Trelat, existe una predisposición familiar. Se ha sugerido cierta predisposición genética, con probable herencia autosómica dominante en familias con lesiones múltiples (13).

El descubrimiento de papilomavirus, sugiere que la infección por este virus puede jugar un papel importante en su patogenia (12) (30).

3. - Diagnóstico.

Fundamentalmente se diagnostica por la clínica, ayudado con la microscopía óptica y la histología (29).

Los hallazgos histológicos son muy variados. Lever (21), distingue seis tipos, aunque a menudo coexisten varios de ellos en una misma lesión. Los tipos son: acantósico, hiperqueratósico, reticulado o adenoide, clonal, irritado y melanoacantoma. Los tres primeros son los patrones histológicos fundamentales, teniendo todos ellos en común la presencia de grados variables de hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis.

La dermoscopia es una técnica útil no invasiva para el diagnóstico de lesiones pigmentadas. Proporciona una visión mejor de la superficie cutánea que no es visible al ojo normal. Es un instrumento que tiene una fuente de

luz polarizada y permite diferentes aumentos. Los criterios demoscópicos clásicos son útiles para el diagnóstico de estas lesiones, pero la utilización de criterios adicionales, como la presencia de fisuras, vasos sanguíneos tortuosos, demarcación brusca y bordes envejecidos, mejoran la precisión del diagnóstico (4).

4. - Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico puede entrañar dificultad, si las lesiones han sido alteradas por traumatismo o infección secundaria. En estos casos, hay que realizar un diagnóstico diferencial cuidadoso.

Las lesiones iniciales planas pueden confundirse con la queratosis actínica, con el léntigo maligno y el melanoma. Éstas, excepto la queratosis actínica, tienen una superficie lisa al tacto, en lugar de la ligera rugosidad y sobre elevación de la piel de las queratosis seborreicas.

Cuando se irritan, pueden simular un carcinoma basocelular pigmentado, un melanoma, una queratosis folicular invertida o un carcinoma espinoelular incipiente. La observación varios días después, evitando la irritación, despeja las dudas en muchas ocasiones.

La principal diferencia que distingue esta lesión de un basocelular, es que ésta se encuentra casi siempre coronada por una cubierta de queratina, que puede desprenderse con la uña. Por otra parte, el crecimiento del carcinoma es carnoso y no queratósico. El carcinoma de células basales pigmentado, es más irregular, con un borde sobre elevado epidérmico, con superficie telangiectásica y a veces presenta una depresión o úlcera central.

La queratosis seborreica hiperqueratósica o estucoqueratosis, se distingue de las verrugas planas o de hiperqueratosis lenticulares perstans (enfermedad de Flegel), por desprenderse con facilidad, sin ocasionar sangrado.

Raras veces se confunden con nevus melanocíticos. La diferencia reside en que la superficie del nevus melanocítico es menos brillante y los orificios foliculares están tapados.

En ocasiones resulta muy difícil realizar un diagnóstico diferencial mediante la exploración. En esta circunstancia, la biopsia nos dará el

diagnóstico definitivo. Por esto, es importante remitir a anatomía patológica todas las queratosis seborreicas extirpadas, ya que otras lesiones de gravedad, pueden simular este proceso.

5. - Tratamiento.

Este tipo de patología raramente sufren regresión espontánea, pero son lesiones que generalmente no requieren tratamiento.

El tratamiento sólo estará indicado en tres casos:

1. Si hay clínica de dolor o prurito por inflamación
2. Si se sospecha malignidad asociada. Cualquier lesión sugestiva de queratosis seborreica con diagnóstico incierto, se debe extirpar y realizar una biopsia para su examen anatómo-patológico.
3. Si existen problemas estéticos importantes.

El tratamiento es la extirpación de las lesiones mediante crioterapia, electrocoagulación, laserterapia o extirpación.

CRIOTERAPIA: Método físico que consiste en la destrucción controlada de determinadas lesiones, mediante la aplicación de frío a temperaturas menores de 0° C (2). Es una técnica sencilla y eficaz para la destrucción por necrosis de las queratosis seborreicas. Es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos (6), con un resultado cosméticamente aceptable, que origina poca cicatriz (15)(16), aunque suele ser el método que más recidivas produce.

Se puede realizar con distintos criógenos, en varias sesiones, mediante torunda o pulverización. Los más utilizados son:

Nitrógeno Líquido: Es el más empleado por su gran capacidad de congelación (-196°C), pero necesita unos contenedores especiales para su almacenamiento, un suministro periódico y se evapora a temperatura ambiente.

Dimetil Éter Propano (Histofreezer): Se utiliza con frecuencia en atención primaria por su fácil disponibilidad y su capacidad de congelación para el tratamiento de lesiones benignas (-57°C), No se aprecia diferencias clínicamente relevantes con el uso de Nitrógeno Líquido (22). Tiene larga

duración, ya que no se evapora cuando no se usa, lo que hace que su coste sea más elevado que el nitrógeno líquido.

Oxido Nitroso: Es otra opción de un criógeno, con una capacidad de congelación de -89°C . Se aplica con criopistola con buenos resultados en el tratamiento de estas lesiones (25).

El número de sesiones de crioterapia para eliminar las queratosis seborreicas será, a igualdad de tamaño de las lesiones, de menor a mayor, cuanto más elevada sea la temperatura de congelación. Estará contraindicado, si tenemos duda diagnóstica, o si sospechamos la asociación con una neoplasia, ya que las lesiones tratadas con crioterapia no pueden analizarse histológicamente.

Como efectos secundarios más comunes destacan la inflamación, dolor, eritema o discromía.

ELECTROCOAGULACIÓN: Es un procedimiento que utiliza el bisturí eléctrico como herramienta de trabajo en el tratamiento de lesiones. Es un método sencillo y seguro siempre que se conozcan y se cumplan las precauciones necesarias para el correcto funcionamiento del bisturí.

EXTIRPACION: Es uno de los métodos más utilizado en las consultas de atención primaria. Consiste en el curetaje de la lesión con bisturí y la aproximación posterior de los bordes con sutura de seda. Requiere conocimientos de cirugía, para que la aproximación de la herida tenga un resultado cosméticamente aceptable, sobretodo en lesiones de gran tamaño. A diferencia de los métodos anteriores, estas lesiones extirpadas pueden analizarse en anatomía-patológica.

En pacientes con un número elevado de sesiones, los tratamientos antes descritos, son poco prácticos. El uso de láser en este tipo de casos, es un tratamiento rápido y eficiente, siendo bien tolerado por los pacientes, con resultados cosméticamente excelentes (24). Existen diferentes tipos de láser, todos ellos con buenos resultados.

7. - Pronóstico.

Son lesiones que se consideran benignas y con buen pronóstico, ya que no tienen capacidad de malignización. Sin embargo, puede ocurrir que lesiones de apariencia normal alberguen una neoplasia de piel en su interior,

recomendándose realizar una evaluación histológica a toda queratosis seborreica de apariencia atípica o inflamada (27), o que crezca rápidamente (20). Es importante estar prevenidos ante dicha eventualidad, ya que la actitud terapéutica varía considerablemente.

Puede asociarse en la misma lesión y en orden decreciente de frecuencia, con diferentes tumores malignos de la piel: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma (5) En una serie de 23.000 exámenes histopatológicos de queratosis seborreicas, el 11.9% de los mismos se diagnosticó un carcinoma basocelular, en el 3.4%, un carcinoma espinocelular, y en el 1.01%, melanomas. Otro estudio, sobre 9204 muestras de queratosis seborreicas, descubrieron melanomas en el 0.66 % de los casos (17). Cuando se asocia con el espinocelular, suele ocurrir con más frecuencia en estadios precoces (enfermedad de Bowen), que en avanzados (8). Se ha descrito más frecuentemente en hombres que en mujeres (5).

No se sabe si esta asociación es un hecho debido al azar y sería válida la expresión "colisión de tumores", o por el contrario hay una patogenia común para el desarrollo de dos tumores diferentes pero adyacentes. Se ha sugerido que ambas lesiones podrían derivar de células pluripotenciales de la epidermis y del folículo piloso (1).

La asociación con neoplasias cutáneas es más frecuente en hombres que en mujeres (5), y suele verse en zonas expuestas al sol de los ancianos, como la cabeza o cuello (20). Puede ocurrir en todos los tipos histológicos, aunque la incidencia del basocelular y el espinocelular, ocurre más frecuentemente en el tipo reticulado (23).

Resumiendo, hay que sospechar una lesión maligna en toda queratosis seborreica de características atípicas o de crecimiento rápido, sobre todo si se encuentra localizada en zonas fotoexpuestas

8. Bibliografía

1. Akasaka T, Kon S. Two cases of basal cell carcinoma arising in seborrheic keratoses. *J Dermatol.*1997; 24(5):322-7.
2. Arribas JM, y cols. Técnicas alternativas en cirugía menor: criocirugía y electrocirugía. *Semergen.* 2002; 28(9):496-513.
3. Barth G y cols. Clinical and histopathological characteristics of early Lesser-Trelat syndrome. *Hautarzt.* 2001; 52 (7): 649-52.

4. Braun RP y cols. Dermatoscopy of pigmented_seborrheic keratoses: a morphological study. *Arch Dermatol.* 2002; 138(12):1556-60.
5. Cascajo CD, Reichel M, Sanchez GL. Malignant neoplasms associated with seborrheic keratoses: An analysis of 54cases. *Am J Dermatopathol.*1996; 18 (3):278-82.
6. De Argila D, Ortiz PL. Tumores epidérmicos y metástasis cutáneas. En: Iglesias L, Guerra A, Ortiz PL, editores. *Tratado de Dermatología.* Madrid: Interamericana; 2004; p 591-2.
7. De Dulanto F, Armijo M. Nevi, tumores benignos de la epidermis y anejos. En: De Dulanto F, editor. *Dermatología Médico-Quirúrgica.* Granada: Anel; 1981: p 357-9.
8. Del Castillo LF, García JF, García D. Tumor pigmentado de la frente. *Med Cutan Iber Lat Am.*1997; Vol. XXV; 219-21.
9. Furue M y cols. Spontaneous regression of multiple seborrheic keratoses associated with nasal carcinoma. *Clin and Exper Dermatol.* 2001; 26(8): 705-9.
10. Gill D, Dorevitch A, Marks R. The prevalence of seborrheic keratoses in people aged 15 to 30 years: is the term senile keratosis redundant?. *Arch of Dermatol.* 2000; 136(6):759-62.
11. Googe PB, King R. Herpesvirus infection of seborrheic keratoses. *Am J Dermatopathol.* 2001; 23(2):146-8.
12. Gushi A y cols. Detection and sequences of human papillomavirus DNA in nongenital seborrheic keratoses of inmunopotent individuals. *J Dermatol. Sci.* 2003; 31(2):143-9.
13. Haro Gabaldon V y cols. Queratosis seborreicas múltiples familiares. *Actas Dermo-Sif.* 1993; 84(12):591-3.
14. Heaphy MR, Millns JL, Schroeter AL. The sign of Lesser-Trelat in a case of adenocarcinoma of the lung. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 43(2(part2)):386-90.
15. Herron MD, Bowen AR, Krueger GG. Seborrheic keratosis: a study comparing the standard cryosurgery with topical calcipotriene, topical tazarotene, and topical imiquimod. *Int J Dermatol.*2004; 43(4):300-2.
16. Hocutt JE Jr. Skin cryosurgery for family physician. *Am Fam Phisician.* 1993; 48(3):445-2,455-6.
17. Izikson L y cols. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratosis: analysis of 9204 cases. *Arch Dermatol.*2002; 138(12):1562-6.
18. Konishi E y cols. Irritated seborrheic keratosis of the external ear canal. *Pathol International.* 2003; 53(9):622-6.
19. Kwon OS y cols. Seborrheic keratoses in the Korean males: causative role of sunlight. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2003; 19(2): 73-80.

20. Lázaro Santander R y cols. Carcinoma basocelular en queratosis seborreica. *Actas Dermo-Sif.* 1997; 88:557-9.
21. Lever WF, SchaumburG-Lever G. Tumores y quistes de la epidermis. En: *Histopatología de la piel.* 7ªEd. Buenos Aires: Inter-Medica Saici; 1991, p 497-502.
22. Lucena MJ y cols. Criocirugía cutánea en medicina familiar: spray de dimetiléter-propano frente al nitrógeno líquido. *Semfyc.*1996; 18(5): 211-7.
23. Maize JC, Snider RL. Nonmelanoma skin cancers in association with seborrheic keratoses. *Clinicopathologic correlations.* *Dermatol Surg.*1995; 21(11):960-2.
24. Mehrabi D, Brodell RT. Use of the Alexandrite laser for treatment of seborrheic keratoses. *Dermatol Surg.*2002; 28(5):437-9.
25. Menéndez C y cols. Crioterapia con oxido nitroso en atención primaria. *Atenc Primaria.*2003; 31(2):87-92.
26. Phiske M y cols. Giant lobulated seborrheic keratosis at a unusual site. *Indian J. Pathol Microbiol.* 2003; 46 (1): 96-7.
27. Rao BK y cols. The relationship between basal cell epithelioma an seborrheic keratosis. A study of 60 cases. *J Dermatol Surg and Oncol.*1994; 20(11):761-4.
28. Schwartz RA. Sign of Leser-Trelat. *J. Am Acad. Dermat.* 1996; 35: 88-95.
- 29 Thomas I y cols. Melanoma within the seborrheic keratoses. *Dermatol Surg.*2004; 30(4):559-61.
30. Tsambaos D y cols. Detection of human papillomavirus DNA in nongenital seborrheic keratoses. *Arch Dermatol. Res.* 1995; 287(6): 612-5.
31. Villafruela IM y cols. Queratosis seborreica palpebral. Revisión de 63 casos. *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.,* 1998; 73: 645-50.