

Poroqueratosis de Mibelli: a propósito de un caso

Javier Arellano L¹, Patricia Alfaro C², Ximena Vargas R³

¹Residente Dermatología, Universidad de Chile; ²Médico integral; ³Dermatología, Complejo de Salud San Borja Arriarán.

Paciente de sexo masculino, 35 años de edad, sin antecedentes mórbidos relevantes. Consulta por lesión solitaria ubicada en la pierna izquierda de dos años de evolución, asintomática. Al examen se observa placa anular eritematosa algo descamativa, con borde levemente solevado más hiperqueratósico y con centro más claro. Se realiza biopsia que informa: acantosis, hipergranulosis e infiltrado perivascular superficial, con focos de paraqueratosis en columna, que se relacionan con focos de disqueratosis, vacuolización citoplasmática e hipergranulosis focal, concordante con Poroqueratosis de Mibelli.

Se inició tratamiento con imiquimod 5% tres veces por semana por dos meses con resolución completa de la lesión.

Las poroqueratosis son un grupo de dermatosis producidas por la hiper proliferación clonal de los queratinocitos, de herencia autosómica dominante o esporádica, con una mayor incidencia en hombres y en pacientes menores de 30 años. Las lesiones cutáneas varían en apariencia y distribución, aunque la característica distintiva en todas las formas es la presencia de una laminilla cornoide en la histopatología.

Se han descrito cinco variantes clínicas de poroqueratosis: clásica o de Mibelli, lineal, punctata, diseminada superficial actínica y diseminada palmo plantar.

La Poroqueratosis de Mibelli (PM) se presenta a cualquier edad. Clínicamente se observan pápulas o placas de color café, hiperqueratósicas o verrucosas, de forma anular o irregular, con atrofia central, borde solevado y delimitadas por un característico surco longitudinal. Generalmente se ubican en forma localizada, principalmente en las regiones extensoras de las extremidades, aunque pueden localizarse en cualquier área. También se describen formas diseminadas, habitualmente post inmunosupresión.



Figura 1

Placa anular eritematosa algo descamativa, con borde solevado de aprox. 1,5 cm.

La PM tiene un riesgo de malignización de 7,5% (carcinoma de células escamosas, basales y enfermedad de Bowen), por lo que deben ser tratadas. El riesgo de malignización es mayor en las lesiones de gran tamaño, de largo tiempo de evolución, ubicadas en áreas de piel no fotoexpuesta, en pacientes de edad avanzada y en inmunosuprimidos.

Existen múltiples alternativas de tratamiento entre las cuales se encuentran el 5-fluoracilo tópico al 5%, imiquimod tópico al 5%, retinoides orales, láser, crioterapia, dermabrasión, terapia fotodinámica y manejo quirúrgico.

Referencias bibliográficas

- Levitt J, Emer JJ, Emanuel PO. Treatment of porokeratosis of mibelli with combined use of photodynamic therapy and Fluorouracil cream. Arch Dermatol. 2010; 146(4):371-373.
- Palleschi GM, Torchia D. Porokeratosis of Mibelli and superficial disseminated Porokeratosis. J Cutan Pathol. 2008; 35(2):253-255.

Correspondencia: Javier Arellano L.
Correo electrónico: javier_al20@hotmail.com