

Caso 5

María J. González-Beato, Susana Pérez Santos (*) y Silvia Salinas ().**
Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario “La Paz” de Madrid y Servicios de (*) Dermatología y () Anatomía Patológica del Hospital General de Segovia.**

Descripción microscópica: Destaca una ampolla subepidérmica en la que no están conservadas las papilas dérmicas, con un escaso infiltrado inflamatorio que incluye sobre todo linfocitos, y algún neutrófilo aislado. El techo de la ampolla muestra una epidermis necrótica. A mayor detalle, ambos lados de la ampolla tienen, además, una laminilla cornioide.

Diagnóstico: Poroqueratosis superficial actínica diseminada, ampollosa.

Diagnóstico diferencial: Puesto que el hallazgo microscópico más llamativo de la preparación es la ampolla subepidérmica, el diagnóstico diferencial debería hacerse con cualquier dermatitis ampollosa subepitelial como las porfirias, las epidermolisis ampollosas, el penfigoide ampollosa y herpes gestationis, la dermatitis herpetiforme, la dermatosis IgA lineal, y otras ampollas de esta localización debidas a distintas causas, como las que aparecen sobre las cicatrices o las causadas por quemaduras. Asimismo, cualquier dermatitis de la interfaz puede, cuando el daño en la unión dermoepidérmica es importante, producir ampollas subepidérmicas; un ejemplo, que además puede acompañarse en su forma más grave de una extensa necrosis epidérmica como en el caso que se presenta, es el grupo del eritema exudativo multiforme / síndrome de Stevens-Johnson / necrólisis epidérmica tóxica.

No obstante, y tras reparar en las laminillas cornoides de los bordes de la ampolla, el único diagnóstico es el de poroqueratosis.

Discusión: Se distinguen muchos tipos de poroqueratosis basados en la localización, distribución, agrupación y forma de las lesiones. No obstante, es extremadamente raro que las lesiones sean ampollosas, como puede comprobarse en la literatura. En uno de los pocos, y probablemente único, artículo publicado al respecto (1), tanto el caso del artículo como el aquí presentado coinciden en estar en la parte delantera de las piernas de personas mayores de 65 años, en estar diagnosticados desde años antes de una poroqueratosis superficial actínica diseminada, y en haber presentado un nuevo brote en el que por primera vez también se desarrollaron ampollas en el centro de las lesiones.

Referencias:

1. Ricci C, Rosset A, Panizzon RG. Bullous and pruritic variant of disseminated superficial actinic porokeratosis: successful treatment with Grenz rays. *Dermatology* 1999; 199: 328-331.