

8.—POROQUERATOSIS ACTINICA

En 1966 **Chernosky (1)** informó doce casos con elementos de aspecto similar a lesiones de tipo poroqueratosis y que diferían en algunos de la forma clásica de Mibelli.

En 1967 este mismo autor y Freeman (2) agregaron 19 casos más a la casuística y en el total de 31 pacientes hicieron estudios completos que publicaron bajo el título de "**Poroqueratosis Actínica Superficial Diseminada**".

Con Anderson (3-4) **estudiaron** la producción experimental de lesiones y aspectos genéticos de la afección.

Se han sucedido las publicaciones de Donald y **Hunter (5)**, las de Mosto, Cordero y Abulafia (6) y las de Baptista y Cois. (7).

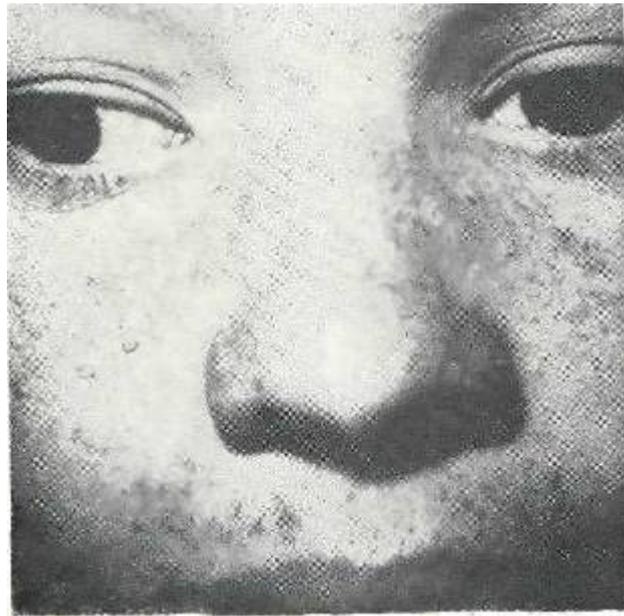
Se trata de pápulas crónicas de 1 a 4 mm de diámetro de color café claro y suavemente rosadas que asientan aparentemente en los folículos y centradas por un tapón queratósico, que puede desprenderse y deja zona deprimida con un collarcito periférico poco saliente. Este collarcito adquiere después carácter **filiforme** y en el centro se pueden ver pápulas puntiformes queratósicas. Los elementos son anhidróticos y su número varía ampliamente, pudiendo llegar a más de cien. Se ubican en las zonas expuestas, tales como dorso de antebrazos, lateral y posterior de brazos, piernas y algunas veces se ven elementos aislados en áreas cubiertas. En cara, cuello y dorso de pies se han observado algunos elementos aislados. Uno de nuestros casos tenía localización profusa en cara (Fig. 26).

Histológicamente la imagen es similar a la de la poroqueratosis de Mibelli, aunque menos intensa. El borde de la lesión muestra la capa córnea conteniendo células paraqueratósicas que se dirigen hacia arriba. Constituyen la "columnela paraqueratósica" que destacan Chernosky y Freeman. Por debajo la capa granulosa no se observa y se ven células disqueratóticas aisladas. En la dermis hay infiltrado histiolinfocitario, en el centro hay atrofia del cuerpo de Malpighi y en la dermis, también un poco atrofica, se ve infiltrado inflamatorio crónico con disminución del colágeno y aumento del elástico. Abulafia encuentra matices que permitirían la diferenciación con 3a poroqueratosis de Mibelli.

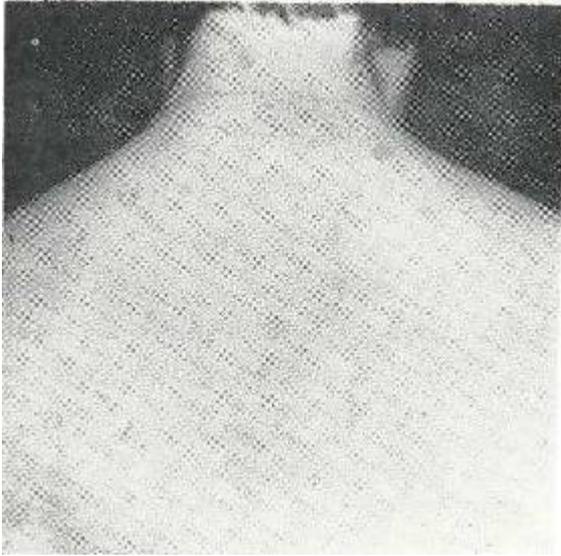
Las lesiones se exacerban en la época de mayor intensidad de luz, generalmente aparecen a una edad superior a los 16 años y la incidencia aumenta en relación con la edad. Se trataría de una genodermatosis, con herencia autosómica dominante y poca penetración en la edad temprana.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—Chernosky, M. E.: Poroqueratosis: report of twelve patients with múltiple superficial lesions. *South Med. J.* 59: 289-294, 1966.
- 2.—Chernosky, M. E.; Freeman, R. G.: Disseminated superficial actinic porokeratosis (DSAP). *Arch. Derm.* 96: 611-624, 1967.
- 3.—Chernosky, M. E.; Anderson, D. E.: Disseminated superficial actinic porokeratosis. Clinical studies and experimental production of lesions. *Arch. Derm.* 99: 401-407, 1969.
- 4.—Anderson, D. E.; Chernosky, M. E.: Disseminated superficial actinic porokeratosis. Genetic aspects. *Arch. Derm.* 99: 408-412, 1960.
- 5.—Donald G. H.; Hunter, G. A.: Disseminated superficial actinic porokeratosis: a report of eight cases. *Austral. J. Derm.* 9: 335-344, 1968.
- 6.—Mosto, S. J.; Cordero, A. A.; Abulafia, J.: Porokeratosis actínica. *Arch. Arg. Derm.* 19: 103-112, 1969.
- 7.—Baptista, P.; Laitao, A.; Cortesas, J.; Araujo, E.: Porokeratosis actínica superficial diseminada (2 casos). *Trab. Soc. Port. e Venereal.* 27: 128-129, 1969.

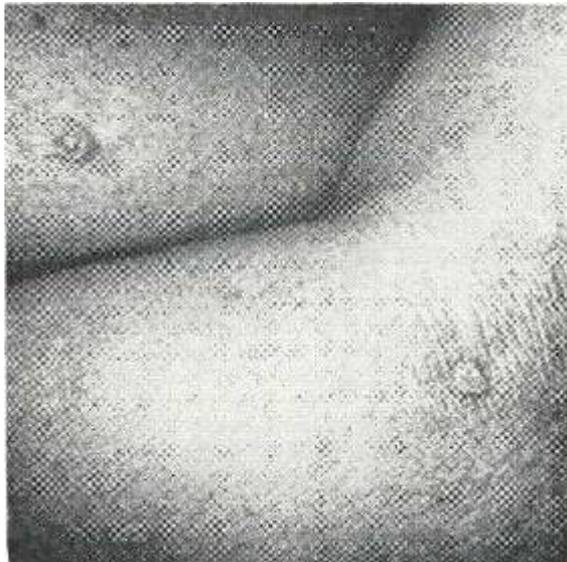


26—A



26—1

Fig. 26.—En a) se observan múltiples elementos de poroqueratosis actínica en cara. En b) se aprecian elementos aislados en espalda y en c) un acercamiento destaca los detalles de dos elementos, uno en cada antebrazo.



26—C