



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/2319 - LESIÓN HIPERQUERATÓSICA EN DEDO ÍNDICE

M. Montoya Fernández^a, C. Montilla Martínez^b, M. Sánchez Infante^c y P. Montes Romero^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Gangosa. Almería.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ejido Sur. Almería. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias de Daza. Almería. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vívar. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 69 años que presenta como antecedentes de interés diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial que trata con enalapril de 20 mg/día y dapagliflozina de 10 mg/día. Acude a consulta por presentar desde hace unos 6 meses tumoración de unos 2 cm en región dorsal de segundo dedo de la mano derecha.

Exploración y pruebas complementarias: Nódulo hiperqueratósico central de 2,7 × 2,3 cm aproximadamente con ulceración central sin secreción en región dorsal de articulación interfalángica proximal. Biopsia: fragmentos de carcinoma de células escamosas bien diferenciado microinfiltrante. Resonancia magnética: lesión subcutánea edematosa en zona dorsal de 2^o dedo a nivel de articulación interfalángica proximal. No presenta lesión articular ni ósea asociada.

Orientación diagnóstica: Carcinoma espinocelular.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma espinocelular verrucoso, queratosis actínica, micosis atípica.

Comentario final: Aunque los hallazgos clínicos suelen ser altamente sugestivos de carcinoma espinocelular, es necesario el diagnóstico histopatológico que lo confirme y que establezca la diferenciación tumoral, invasión perineural y profundidad de la lesión, factores importantes para el estadiaje y el pronóstico. La morfología de la lesión orienta el diagnóstico diferencial. En las lesiones hiperqueratósicas, como la de nuestro caso, la patología benigna que debía considerarse incluía queratosis actínica, verruga vulgar, queratosis seborreica, nevo melanocítico, granuloma piógeno, poroma ecrino e infecciones micóticas profundas. El paciente fue intervenido conjuntamente por Dermatología y Traumatología extirpándose la tumoración junto con el tendón extensor profundo, se realizó reconstrucción tendinosa y cierre cutáneo mediante colgajo subcutáneo e injerto de piel.

Bibliografía

1. Lim JL, Asgari M. Clinical features and diagnosis of cutaneous squamous cell carcinoma (SCC). UpToDate, 2017.
2. Padilla RS. Epidemiology, natural history, and diagnosis of actinic keratosis. UpToDate, 2017.
3. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General, 7^a ed.

Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.

Palabras clave: Carcinoma espinocelular. Hiperqueratosis. Dedo.