

Nevo comedogénico gigante

Giant comedo naevus

Jessica Inés Vergara¹, Xiomara Ríos¹, Claudia Liliana Medina², Argemiro Pallares², Hernando Mosquera³

1. Médica, residente de II año de Dermatología, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia
2. Médico, residente de I año de Dermatología, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia
3. Médico dermatólogo; docente, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

Resumen

El nevus comedogénico es una rara entidad secundaria a la proliferación hamartomatosa de tejido pilosebáceo. Se caracteriza por formación de lesiones que simulan comedones y que siguen las líneas de Blaschko.

Se presenta el caso de una paciente de 65 años de edad con un nevo comedogénico gigante, forma poco frecuente de esta entidad, y en quien se evidenció mejoría clínica significativa con el uso de retinoides sistémicos.

PALABRAS CLAVE: nevus, comedogénico, acné.

Correspondencia:

Xiomara Ríos Díaz

Email:

riosxiomy@gmail.com

Recibido: 10 de agosto de 2012.

Aceptado: 12 de diciembre de 2012.

No se reportan conflictos de intereses.

Summary

Comedogenic nevus is a rare hamartomatous proliferation secondary to pilosebaceous tissue. It is characterized by the formation of lesions that mimic comedones, which follow Blaschko lines.

We report a giant nevus comedogenic in a 65-year-old patient which is a rare presentation of this entity. Clinical improvement was evident with the use of systemic retinoids.

KEY WORDS: nevus, comedogenic, acne.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 65 años de edad, procedente de Bucaramanga (Santander), sin antecedentes de importancia, que consultó al Servicio de Dermatología por lesiones de tipo comedones de 50 años de evolución, localizadas en el miembro superior, el hombro y la región dorsal del lado izquierdo. Refería episodios recurrentes de lesiones inflamatorias con secreción purulenta maloliente, para lo cual recibió múltiples tratamientos antibióticos sin obtener mejoría.

En el examen físico se evidenció una lesión gigante de distribución lineal que seguía las líneas de Blaschko, caracterizada por comedones, nódulos, quistes, cicatrices y trayectos fistulosos, que comprometían el dorso de la mano y el miembro superior, el hombro y la región

dorsal izquierdos. No presentada compromiso del sistema nervioso central u ocular, ni malformaciones esqueléticas asociadas (**FIGURA 1 Y 2**).

Se tomó biopsia de piel en la que se observaron invaginaciones epidérmicas dilatadas, ocupadas con queratina, con epidermis acantótica. En la dermis no se observaron cambios especiales ni signos de transformación maligna.

Con los datos de la historia clínica, los hallazgos del examen físico y los resultados de la histopatología, se hizo el diagnóstico de nevo comedogénico, por lo cual se inició manejo con retinoides sistémicos.

Se hizo control médico y fotográfico a los seis meses después del tratamiento con retinoides sistémicos, y se evidenció gran mejoría clínica consistente en disminución del grosor y el tamaño de las lesiones, sin evidencia



FIGURA 1. Múltiples comedones en el dorso de la mano izquierda con distribución lineal.

FIGURA 2. Compromiso de la región dorsal izquierda.

de procesos inflamatorios ni infecciosos durante el tiempo de tratamiento (**FIGURAS 3 Y 4**). La paciente toleró bien el tratamiento sin que presentara alteraciones en el perfil lipídico ni en las enzimas hepáticas.

Discusión

El nevo comedogénico fue descrito por Kofmann en 1895¹. Es una rara anomalía del desarrollo del componente del mesodermo del aparato pilosebáceo, que se presenta como una agregación de orificios foliculares dilatados llenos con material queratinoso pigmentado. Aproximadamente, en la mitad de los casos está presente al nacer y, en los restantes, las lesiones aparecen antes de los quince años. No hay predominio de sexo ni tendencia familiar¹⁻³.

Se caracteriza por la dilatación de los folículos pilosos, debido a que las raíces pilosas pueden verse ocasionalmente en la parte baja de la invaginación y a que las glándulas sebáceas rudimentarias pueden abrirse dentro de las mismas. La estructura resultante es incapaz de formar un pelo, células de la matriz o glándulas sebáceas adecuadas, y solo es capaz de producir queratina. La acumulación de esta última en el orificio folicular conduce a la formación de comedones en grandes áreas, aunque esto último ha sido cuestionado pues se presentan lesiones análogas en palmas, plantas y glande. En estos sitios se ha propuesto que las alteraciones pueden derivarse de glándulas sudoríparas anormales.

Aunque la patogénesis de esta entidad permanece sin esclarecer, en un reporte sobre los hallazgos inmuno-

histoquímicos de un nevus comedogénico se demostró aumento de la expresión del antígeno nuclear de proliferación celular, de la molécula de adhesión intercelular de tipo 1, el antígeno de histocompatibilidad HLA-DR y la glucoproteína CD 68, en la epidermis del infundibulo piloso alargado y dilatado, o en las células de la dermis más cercanas al bulbo en proliferación^{1,2,4-6}.

Las lesiones consisten en comedones grandes, quistes, cicatrices y trayectos fistulosos, que producen una apariencia acneiforme². Pueden presentarse como lesiones simples o múltiples, de patrón lineal, interrumpido, unilateral con distribución en los dermatomas, a lo largo de las líneas de Blaschko, segmentarias y, de manera menos frecuente, bilaterales. Es raro que lesiones inflamatorias extensas comprometan más de la mitad del cuerpo. Los sitios de distribución más comunes son la cara, el cuello, el tronco y la parte superior de los brazos. Puede haber compromiso de las palmas, las plantas, el cuero cabelludo y los genitales^{1,2,4,5}.

Según la seriedad de los síntomas, los nevos comedogénicos se pueden dividir en dos grupos. En el primer grupo, se caracterizan por lesiones que simulan comedones, la mayoría de las veces asintomáticos y representan solo un problema cosmético. En el segundo grupo, se presentan quistes grandes con cicatrices, infecciones recurrentes, abscesos y fistulas⁷.

Debe descartarse el síndrome del nevo comedogénico que se asocia con alteraciones del sistema nervioso central u oculares, y malformaciones esqueléticas. Recientemente, se descubrió que este síndrome ocurre por mosaico epidérmico de una mutación del receptor del factor de crecimiento de fibroblastos de tipo 2^{5,8,9}.



FIGURA 3. Disminución del tamaño y número de lesiones inflamatorias.

FIGURA 4. Disminución de lesiones inflamatorias.

El diagnóstico es principalmente clínico. En la histopatología se evidencia dilatación del infundíbulo folicular con tapones de material córneo-orthoqueratósico y delimitado por un epitelio atrófico. La pared folicular esta compuesta por varias capas de queratinocitos^{1,5}.

Los diagnósticos diferenciales incluyen nevo epidérmico, nevo sebáceo, enfermedad de Favre-Racouchot, cloracné y acné conglobata⁷.

Los diferentes tratamientos están dirigidos principalmente a la mejoría cosmética, disminuyendo el número de comedones y dilataciones quísticas. Entre las opciones de tratamiento están la escisión quirúrgica, la dermoabrasión, el láser de diodo de 1.450 nm, la crioterapia, la coagulación, la extracción de comedones y el uso de agentes tópicos tales como el ácido retinoico, la urea, la tretinoína y la loción de lactato de amonio. La isotretinoína oral es la única elección farmacológica en lesiones inflamatorias extensas, como las que presentaba nuestra paciente, aunque este tratamiento también ha demostrado ser poco efectivo en algunos pacientes. Los antibióticos sistémicos se usan en caso de infección sobreagregada^{1,10}.

Conclusiones

Se presenta un caso de nevo comedogénico gigante, entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico es principalmente clínico. Puede presentarse en forma aislada o haciendo parte del síndrome del nevo comedogénico, el cual siempre debe descartarse. En este caso se obtuvo una mejoría clínica significativa de las lesiones con el

uso de retinoides sistémicos, con lo que se logró la disminución de los procesos inflamatorios e infecciosos y recuperación de la calidad de vida de la paciente.

Referencias

1. Givan J, Hurley MY, Glaser DA. Nevus comedonicus: A novel approach to treatment. *Dermatol Surg.* 2010;36:721-5.
2. Fletcher CL, Acland KM, Powles AV. Unusual giant comedonevus. *Clin Exp Dermatol.* 1999;24:186-8.
3. Bhagwat PV, Tophakhane RS, Rathod RM, Tonita NM, Naidu V. Nevus comedonicus along Blaschko's lines. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009;75:330.
4. Ghaninezhad H, Ehsani AH, Mansoori P, Taheri A. Nevus comedonicus of the scalp. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:184-5.
5. Sikorski D, Parker J, Shwayder T. A boy with an unusual scalp birthmark. Nevus comedonicus. *Int J Dermatol.* 2011;50:670-2.
6. Cho SB, OH SH, Lee JH, Bang D, Bang D. Ultrastructural features of nevus comedonicus. *Int J Dermatol.* 2011; 51:626-8.
7. Kirtak N, Inaloz HS, Karakok M, Erguvan HG, Ozgoztaşı O. Extensive inflammatory nevus comedonicus involving half of the body. *Int J Dermatol.* 2004;43:434-6.
8. Ghelbazouri N, Ismaili N, Ahrich N, Benarafa A, Senouci K, Mansouri F, et al. Nevus comedonicus syndrome. *Ann Dermatol Venereol.* 2007;134:663-6.
9. Layton A.M. Disorders of the sebaceous glands. Burns T, Breathnach, Cox Neil, Griffiths C. *Textbook of Dermatology*, 8th edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 2010 p. 1985.
10. Tanzi EL, Alster TS. Comparison of a 1450-nm diode laser and a 1320-nm Nd: YAG laser in the treatment of atrophic facial scars: A prospective clinical and histologic study. *Dermatol Surg.* 2004;30:152-7.