

# Nevo comedónico. A propósito de un caso

**PAOLA DAYSI GUZMÁN TAVERAS**

Médico residente 1<sup>er</sup> año de dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

**IRENE DE LA ROSA**

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

**BERTHA SALETA**

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia a: paolitaguzman@hotmail.com

**Resumen.** El nevo comedónico no es más, que un hamartoma congénito de la unidad pilosebácea, que se desarrolla a partir de la pubertad. Publicamos un caso de nevo comedónico en un paciente masculino de 16 años de edad, cuyas lesiones estaban localizadas a nivel de cara lateral derecha de cuello, desde el nacimiento, asintomática. El estudio histopatológico realizado mostró los hallazgos típicos de la entidad. La terapéutica utilizada fue la extirpación quirúrgica completa mediante incisión elíptica. **Palabras claves:** *Nevo, hamartoma congénito, comedónico.*

## Comedonal Nevus. Case report

**Abstract.** Comedonal nevus is nothing but a congenital hamartoma of the pilosebaceous unit, which develops after puberty. We presented a case of comedonal nevus in a male patient aged 16, whose injuries were located at the right lateral neck, birth, asymptomatic. The histopathological study showed findings typical of the entity. The therapy used was a complete surgical excision with elliptical incision. **Keywords:** *Nevus, congenital hamartoma, comedonal.*

## INTRODUCCIÓN

Descrito por primera vez en 1895 por Kofmann, en Alemania, el nevo comedónico es una anomalía del desarrollo de la piel, que comprende numerosas fosas llenas de queratina<sup>1</sup>. Es un hamartoma poco común que semeja una unidad pilosebácea deformada. No tiene predisposición por algún sexo o raza. La lesión puede ser evidente al momento del nacimiento, pero aparece más frecuentemente durante la infancia y la adolescencia<sup>2</sup>. Las lesiones del nevo comedónico tienen un patrón de distribución lineal o zosteriforme a lo largo de las líneas de Blaschko. Son unilaterales, sin embargo, se han descrito también distribuciones bilaterales y más extensas. El sitio más frecuentemente afectado es la cara, seguido por el cuello, tronco y extremidades superiores<sup>2,3,4</sup>. A pesar de ser ésta una entidad poco frecuente, nosotros hemos tenido la oportunidad de observar un nuevo caso, que a continuación pasamos a reportar.

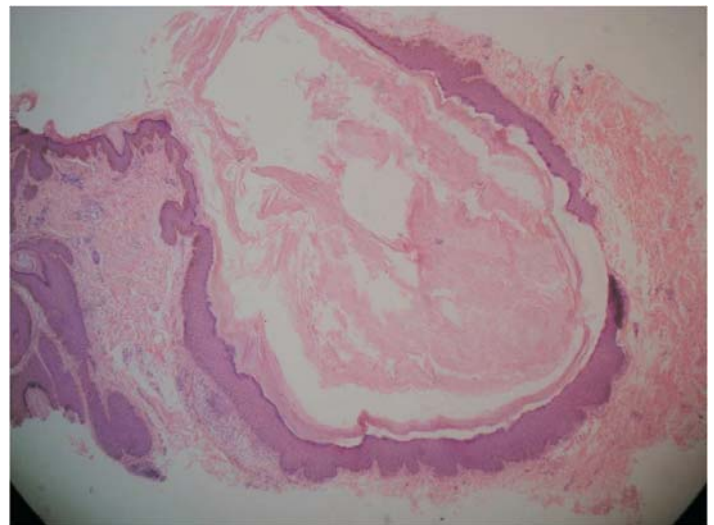
## CASO CLÍNICO

Masculino de 16 años de edad, fototipo IV, procedente y residente en Santo Domingo, sin antecedentes mórbidos conocidos, quien consultó por presentar en cara lateral derecha de cuello, una lesión constituida por dos placas infiltradas, color piel normal, de bordes bien definidos, con múltiples comedones abiertos de trayecto lineal en su superficie; de aproximadamente 3 X 5 centímetros de diámetro; desde el nacimiento, de crecimiento y curso asintomático. *Figura 1.*



*Fig. 1. Placas infiltradas, color piel normal, de bordes bien definidos, con múltiples comedones abiertos de trayecto lineal en su superficie; de aproximadamente 3x 5 cm de diámetro, en número de dos.*

El estudio histopatológico reportó a nivel de la epidermis, presencia de amplias depresiones crateriformes, ocupadas por queratina, discreta elongación de la pared y pigmento melánico basal. *Figuras 2 – 4.*



*Fig. 2. Se aprecia invaginación parecida a infundibulo dilatado, lleno de queratina. HE-10X.*

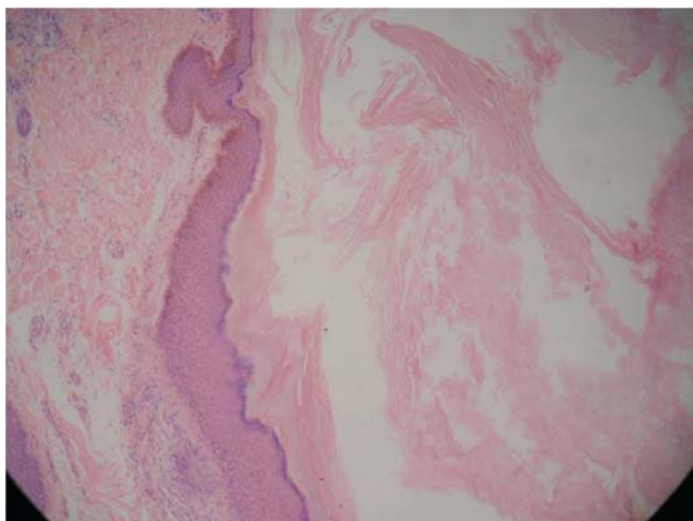


Fig.3. En detalle, se observa el epitelio con pigmentación basal y el contenido constituido por queratina. HE-20X.

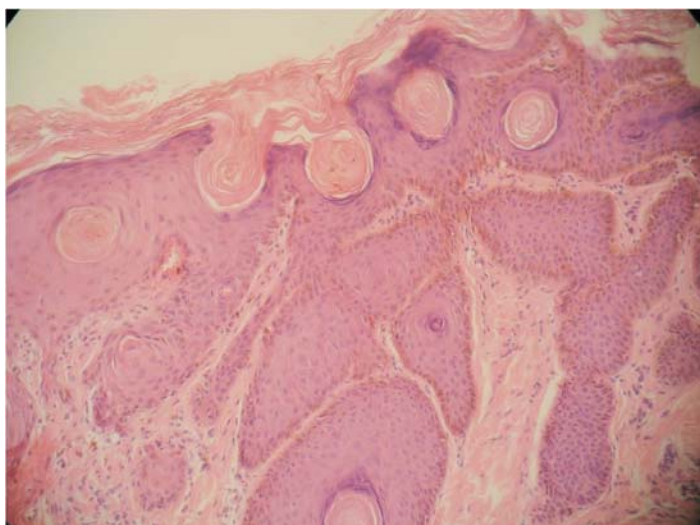


Fig.4. Adyacente a la invaginación, se evidencia hiperqueratosis, pseudoquistes córneos y acantosis. HE-10X.

Pacientes es referido al departamento de Cirugía Dermatológica con fines de terapéutica quirúrgica.

## DISCUSIÓN

El nevo comedónico es un trastorno circunscrito o sistematizado. Algunos creen que pertenece al espectro de nevos epidérmicos, sin embargo, se ha postulado que las lesiones son el resultado de un fracaso en el desarrollo del componente mesodérmico del complejo pilosebáceo<sup>5</sup>. Suele estar presente en el nacimiento, pero se vuelve más prominente en la pubertad, cuando el elemento de sebo folicular es estimulado por las hormonas.<sup>6</sup> Su curso suele ser asintomático, pero puede complicarse con inflamación crónica, supuración, formación de fístulas y cicatrización, denominándose entonces como nevo acneiforme.<sup>7</sup>

Puede estar relacionado con anomalías del desarrollo, las cuales incluyen cataratas ipsilaterales y erosiones córneas, malformaciones esqueléticas, nevo flammeus extenso y defectos del sistema nervioso central como mielitis transversa y elastoma perforante. Se han descrito varias enfermedades cutáneas en relación o en combinación local, como son la ictiosis, el síndrome de Sturge-Weber, quistes triquilémicos celulares

basales lineales y los tumores foliculares.<sup>2,8</sup>

Desde el punto de vista microscópico, se caracteriza por encontrarse infundibulos pilosos grandes y dilatados, revestidos de epitelio atrófico y queratina laminar.<sup>9</sup>

Las revisiones realizadas en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel “Dr. Huberto Bogaert Díaz” (IDCP-DHBD), en los últimos 10 años; han arrojado un número total de 7 casos diagnosticados; de los cuales, 4 correspondieron al sexo femenino y 3 al sexo masculino, con edades comprendidas entre los 14 a 60 años, siendo la espalda la localización más frecuente de afección.

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico diferencial del nevo comedónico incluye varios tipos de nevos epidérmicos, en especial el nevo epidérmico verrugoso lineal, así con las formaciones lineales de comedones relacionadas con acné vulgar o piel crónicamente dañada por el sol, como la enfermedad de Favre-Racouchot.<sup>2,10</sup>

En cuanto al tratamiento, las lesiones asintomáticas pueden no tratarse. En lesiones extensas la escisión quirúrgica es más efectiva a largo plazo que el raspado superficial o la dermoabrasión. El ácido retinoico tópico y el lactato de amonio al 12% pueden mejorar la apariencia y disminuir la formación de quistes inflamatorios. Otras modalidades, como la extracción manual de los comedones, los agentes queratolíticos tópicos, incluidos los ácidos salicílicos y alfa-hidroxiácidos AHA, así como las bandas para poros, son menos efectivos.<sup>2</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rook, Wilkinson, Ebling. Textbook of dermatology: Naevi and other development defects, Comedo Naevus. Black well science 1998; 15: 531-533.
2. Torres V., Camacho F., Miehm M. Dermatología práctica ibero-latinoamericana: Hamartomas cutáneos, Nevo Comedónico. Imprelibros S. A. 2005; 126: 1439-1440.
3. Velez H., Bonero J., Restrepo J. Fundamentos de medicina Dermatología: Diccionario dermatológico, Nevo comedonicus. Impre Andes 1997; 93: 593.
4. Magaña M., Magaña Lorenzo M., Cazarin J. Dermatología: Enfermedades tumorales, Nevo Comedónico. Editorial médica panamericana, S. A. de C. V. 2003; 19: 324.
5. Hurwitz S. Clinical pediatric dermatology: Cutaneous tumors in childhood, Nevo comedonicus. Saunders Company 1993; 8: 224.
6. Bologna J., Jorezzo J., Rapine R. Dermatology: Mosaicism and linear lesions, Acneiform nevus and nevus comedonicus síndrome. Elsevier lineded 2008; 61: 849.
7. Du vivier A., Mc Kee P. Dermatología clínica: Nevos, Comedonevo. Doyma libros 2000; 7: 7.
8. Wolff K., Goldsmith L., Katz S. Fitzpatrick's Dermatology in general medicine: Benign epithelial tumors, hamartomas and hyperplasias, Nevo comedonicus. Mc Graw-Hill Companies 2008; 7ª Edición. 118: 1059-1060.
9. Arenas R. Dermatología atlas, diagnóstico y tratamiento: Nevo verrugoso epidérmico, Nevo Comedónico. Mc Graw Hill 2009; 4ª Edición. 140: 682-685.
10. Bogaert H. Dermatología: Nevos y genodermatosis, Nevo Comedónico. Impresión amigo del hogar 2001; 8ª Edición. 26: 313.