

Nevus ecrino

Eccrine nevus

Luz Estela Abisaad

Rodrigo Restrepo

Sara del Pilar González Trujillo

RESUMEN

EL NEVUS ecrino es una patología poco frecuente de causa desconocida, caracterizada por proliferación de las glándulas ecrinas y sus conductos. El espectro clínico comprende desde áreas de hiperhidrosis hasta placas hiperqueratósicas de localización acral. Las lesiones son asintomáticas, aunque pueden acompañarse de prurito o dolor.

Documentamos el caso de un paciente de sexo masculino, de dos años de edad, quien desde el nacimiento presenta una lesión hiperqueratósica, asintomática, en la planta del pie derecho. Los hallazgos histológicos fueron compatibles con un nevus ecrino.

Palabras clave: nevus ecrino, hamartoma.

SUMMARY

Eccrine nevus is an uncommon pathology of unknown etiology, characterized by the proliferation of the eccrine glands and their ducts. The clinical spectrum goes from areas of hyperhidrosis to acrally located hyperkeratotic plaques. The lesions are asymptomatic, although they can be accompanied by pruritus and pain.

We documented the case of a 2-year-old male patient, who shows a hyperkeratotic plaque on his right foot since birth. The histologic findings indicated an eccrine nevus pathology.

Luz Estela Abisaad, Dermatóloga y Docente de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín - Colombia

Rodrigo Restrepo Patólogo y Docente de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín

Sara del Pilar González Trujillo RI de Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Correspondencia: Sara del Pilar González Trujillo Carrera 43ª # 25B Sur 108 . Teléfono: 3313419 E-mail: saragonzalez@epm.net.co

Key words: eccrine nevus, hamartoma.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de dos años de edad, quien consultó en compañía de su familia por presentar una lesión asintomática en la planta del pie derecho, desde el nacimiento. El paciente no tenía ningún antecedente de importancia ni había recibido tratamientos previos. Al examen físico presentaba una placa hiperqueratósica, descamativa, levemente eritematosa, compuesta por zonas deprimidas, y pápulas blanquecinas que semejaban quistes de milio y comedones. (Figuras 1 y 2)



Figura 1. Placa hiperqueratósica con zonas deprimidas y pápulas blanquecinas en su interior; localizada en la planta del pie derecho.



Figura 2. Acercamiento de la lesión, donde se observan más claramente lesiones semejantes a quistes de milio y comedones.

Nevus ecrino

Se tomó una biopsia de piel con *punch*, la cual reportó una epidermis con una gruesa capa de queratina acompañada de proliferación de los conductos ecrinos, con hiperplasia de células basaloides que se extendían discretamente a partir de la porción terminal de los conductos (Figura 3).

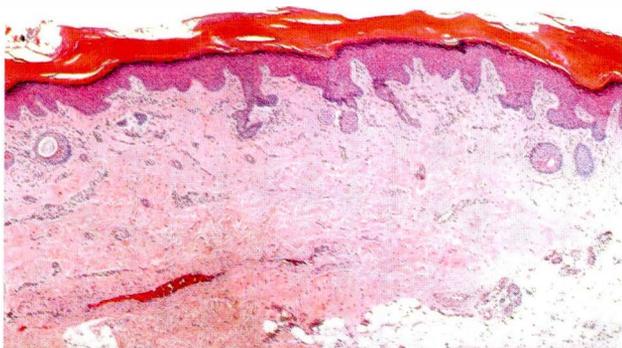


Figura 3. Imagen microscópica con bajo aumento, donde se observa aumento del espesor de la capa de queratina acompañada de proliferación de los conductos ecrinos e hiperplasia de células basaloides.

Con los anteriores hallazgos se hace el diagnóstico de nevus plantar ecrino.

Se decide realizar seguimiento clínico de la lesión. Hasta la fecha no se ha requerido ninguna intervención terapéutica, ya que el paciente no ha presentado ninguna sintomatología que lo amerite.

NEVUS ECRINO

El nevus ecrino es una patología poco frecuente, que se origina en las glándulas ecrinas, secundario a una inducción anormal en la diferenciación de los anexos epiteliales y el mesénquima.¹ Se considera una variante del hamartoma ecrino, el cual se subdivide en cinco categorías: nevus ecrino, nevus centrado en un conducto ecrino, hamartoma angiomatoso ecrino, siringofibroadenoma ecrino o nevus ductal dérmico, y ostial ecrino poroqueratótico.²

Desde que fue descrito por Lotzbeck en 1859, sólo se han reportado veinte casos en la literatura mundial.³

La enfermedad no muestra predominio sobre la raza o el sexo. La mayoría de los casos se presentan al nacimiento o en la niñez temprana, aunque se han descrito apariciones tardías durante la adolescencia, e incluso, en personas mayores de 60 años.⁴

Las lesiones, generalmente únicas (86%), tienen predilección por las extremidades (81%), donde pueden adquirir un patrón lineal y comprometer las palmas de las manos o plantas de los pies.² En su mayoría son asintomáticas, aunque pueden cursar con prurito de intensidad variable o dolor que dificulta la marcha.¹

Pueden presentarse tres variantes clínicas: área localizada de hiperhidrosis sin lesión cutánea, poro solitario con secreción de material mucinoso, o placa hiperqueratósica acompañada de múltiples depresiones con tapones queratóticos que recuerdan comedones o quistes de milio.⁵

La causa de la enfermedad es aún desconocida. En la patogénesis se ha sugerido una inducción anormal heterotrópica durante la embriogénesis temprana, aunque los reportes de aparición de esta entidad durante la vida adulta contradicen esta hipótesis.¹

El diagnóstico de nevus ecrino se confirma mediante biopsia de piel, en la cual puede observarse un aumento del grosor de la capa de queratina acompañada de proliferación de los conductos ecrinos con hiperplasia de las células basaloides que se extienden a partir de la porción terminal del mismo.⁶

Entre los diagnósticos diferenciales deben excluirse entidades como nevus epidérmico, nevus comedónico, queratoderma palmoplantar, nevus epidérmico lineal, hiperhidrosis localizada, angioma sudoríparo y hamartoma de músculo liso, entre otros.²

Por la naturaleza benigna de la entidad se aconseja el seguimiento clínico.⁷ Las indicaciones para el tratamiento son principalmente las alteraciones cosméticas y las lesiones sintomáticas. Las opciones de manejo descritas son múltiples pero con resultados limitados. Entre ellas están: el uso de tretinoína tópica 0.1% para lesiones que se acompañan de comedones,⁵ la crioterapia, los esteroides tópicos, e incluso fototerapia con UVA o UVB.²

La resección quirúrgica está indicada en lesiones pequeñas, aunque se han reportado recidivas.²

Para las lesiones asociadas a hiperhidrosis se han usado medicamentos como el cloruro de aluminio al 20%, anticolinérgicos, e incluso toxina botulínica. Se reservan medicamentos sistémicos como la clonidina y antidepresivos con propiedades anticolinérgicas, como el clonazepam, para casos graves, al igual que procedimientos quirúrgicos como la simpatectomía.⁴

Nevus ecrino

En conclusión, se presenta el caso clínico de un nevus ecrino de localización plantar sin síntomas asociados, cuyo diagnóstico se realizó mediante las características clínicas y el estudio histopatológico. Por la naturaleza benigna de la entidad, y ante la falta de síntomas asociados, se decide realizar seguimiento clínico de la lesión.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Luz Marina Gómez Vargas por las fotos 1 y 2.

Bibliografía

1. Kwon OC, Oh ST, Kim SW, Park GS, Cho BK. Eccrine angiomatous hamartoma. *International Journal of Dermatology* 1998; 37 (10): 787.
2. Sassmannshausen J, Bogomilski J, Chaffins M. Porokeratotic eccrine ostial and dermal duct nevus: A case report and review of the literature. *American Journal of Dermatology* 2000; 43 (2): 364-367.
3. Pelle MT, Pride HB, Tyler WE. Eccrine angiomatous hamartoma. *American Journal of Dermatology* 2002; 47: 429 - 435.
4. Kawaoka JC, Gray J, Schappell D, Robinsom- Bostom L. Eccrine nevus. *American Journal of Dermatology* 2004; 51: 301 - 304.
5. Viehman GE, and Shea CR. Anaxal Disorders. In: Harper J, Dranje A, Prose N. *Textbook of Pediatric Dermatology U.K.. Blackwell Science* 2000. p 765 - 766.
6. Abell E, Read S. Porokeratotic eccrine ostial and dermal duct naevus. *Br J Dermatol* 1980; 103 : 435 - 441.
7. Llombart B, Molina I, Monteagudo C, Ramón D, Martín M, Sánchez R, Jordá E. Mucinous Eccrine Nevus: An Unusual Lesion in a Child. *Pediatric Dermatology* 2003; 20 (2): 137.

