

Nevus comedónico

Luz Marina Gómez Vargas

Rodrigo Restrepo

María Soledad Aluma Tenorio

RESUMEN

El nevus comedónico es una patología poco frecuente, de causa desconocida, caracterizada por el desarrollo anormal de los folículos pilosos y las glándulas sebáceas, que se presenta como orificios foliculares dilatados ocupados con queratina. Los comedones se localizan principalmente en la cara, el cuello, los brazos y el tórax. Usualmente las lesiones son asintomáticas, aunque pueden complicarse con infecciones y formación de cicatrices. Aunque típicamente se presenta al nacimiento o en la niñez, documentamos el caso de dos pacientes adultas con 2 y 10 años de evolución de comedones localizados en la cara. Los hallazgos histológicos reportaron nevus comedónico. Se hace, además, una revisión de esta enfermedad, incluyendo una descripción del síndrome de nevus comedónico, la histiogénesis y los tratamientos más utilizados.

Palabras clave: nevus comedónico, comedones, nevus.

CASO CLÍNICO No. 1

Paciente de 41 años, sexo femenino, que presenta una placa lineal de 5 cm x 3 cm con múltiples comedones abiertos y cerrados, localizada en la región preauricular derecha, la región temporal, la ceja y el párpado superior ipsilateral, con atrofia periférica, de dos años de evolución, con creci-

miento progresivo. La biopsia tomada con punch reporta invaginaciones epidérmicas llenas de queratina lamelar compacta, rodeadas por papilomatosis y proliferación de la dermis. Con los anteriores hallazgos se hace el diagnóstico de nevus comedónico.



Figura 1. Placa levemente hipopigmentada de 5 cm x 4 cm, con comedones en su interior en la región preauricular derecha.

CASO CLÍNICO No. 2

Paciente de 36 años, sexo femenino, que presenta placas con pápulas amarillentas de 1 cm x 1 cm, con múltiples comedones abiertos y cerrados, localizadas en la mejilla derecha, de diez años de evolución, con crecimiento progresivo en el último año. La biopsia tomada con punch reporta invaginaciones epidérmicas, llenas de queratina lamelar compacta, rodeadas por papilomatosis y proliferación de la dermis. Con los anteriores hallazgos se hace el diagnóstico de nevus comedónico.

Luz Marina Gómez Vargas, Dermatóloga. Jefe Servicio de Dermatología Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Rodrigo Restrepo, Docente Patología Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

María Soledad Aluma Tenorio, RII Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Correspondencia: *María Soledad Aluma. Carrera 77 No. 36-54. Teléfono: 411 0453, Medellín, Colombia. E-mail: msalumat@yahoo.com*

Nevus comedónico



Figura 2. Placas y pápulas amarillentas de 1 cm x 1 cm con múltiples comedones en la mejilla derecha.



Figura 3. Imagen microscópica con bajo aumento, en la que se observa la invaginación de la epidermis con estructuras que recuerdan un infundíbulo piloso y en el fondo estructuras similares a las de una queratosis seborreica acantótica y reticulada. La dermis es de aspecto normal, sin infiltrado inflamatorio.

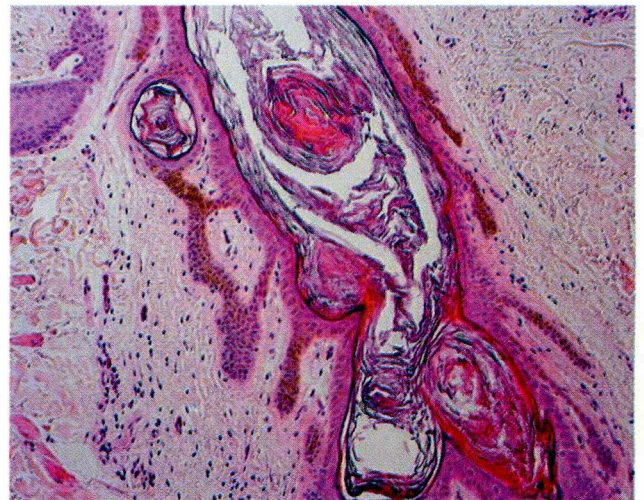


Figura 4. Mayor aumento de la fotografía anterior, donde se observa la pared de la estructura quística con una imagen que recuerda una queratosis seborreica.

INTRODUCCIÓN

El nevus comedónico es una patología poco frecuente que se origina por el desarrollo defectuoso de los folículos pilosos y las glándulas sebáceas, las cuales pueden estar normales, hipo o hiperplásicas.¹ Es considerado una variante inusual de los hamartomas de los anexos,^{2,3} que se carac-

Nevus comedónico

teriza por presentar pápulas íntimamente agrupadas en cuyos centros se encuentran folículos dilatados con tapones de queratina que semejan comedones. Estas lesiones se localizan principalmente en la cara, el cuello, los brazos y el tronco.

Desde que Kofmann describió la patología en 1895, más de 200 casos han sido reportados en la literatura mundial;⁴ sin embargo, no se conocen datos de prevalencia.

La enfermedad no muestra predominio racial o por sexo. La mayoría de los casos se presentan al nacimiento o en la niñez temprana, aunque se han descrito apariciones tardías, generalmente después de traumas en la piel.⁵

Hay cuatro formas de nevus comedónico: la asintomática, caracterizada por comedones; el tipo inflamatorio, acompañado de fístulas, quistes, infecciones recurrentes y cicatrices; el síndrome comedonevus, con manifestaciones internas y haciendo parte de la entidad conocida como síndrome del nevus epidérmico; y el nevus comedónico gigante. La presentación limitada a comedones bien circunscritos y asintomáticos es la manifestación más frecuente.^{4,6,7}

La causa de la enfermedad es aún desconocida. En la patogénesis se ha sugerido el origen del nevus comedónico a partir de células pluripotenciales distribuidas en la capa basal de la epidermis embrionaria. Sin embargo, una de las hipótesis más aceptadas describe un mesoderma defectuoso que impide el desarrollo y la diferenciación adecuada de los elementos epidérmicos y de la unidad pilosebácea, lo cual conlleva folículos pilosos compuestos sólo por invaginaciones epiteliales, con disminución o ausencia del pelo, células de la matriz pilosa y glándulas sebáceas. Los folículos pilosos de esta entidad producen queratina que es empaquetada en láminas hasta formar un tapón que expande el folículo, dando la apariencia de criptas oscuras en la piel.^{2,5,7,8}

El síndrome de nevus comedónico y los casos de aparición tardía representan mutaciones autosómicas con mosaicismo y rasgos no hereditarios.^{5,6} Aunque la mayoría de los casos han sido esporádicos, se ha reportado a varias familias con esta condición. Sólo existe un caso de nevus comedónico en gemelos homocigotos.⁹

La historia natural del nevus comedónico se caracteriza por su aparición en el nacimiento o en la niñez, con lesiones asintomáticas, rara vez pruriginosas. El comedonevus aumenta de tamaño a medida que el paciente crece, principalmente durante la pubertad.

Clínicamente se presentan uno o varios ostium foliculares dilatados con material queratínico, usualmente unilateral, y con un tamaño que varía desde pocos centímetros hasta el compromiso del hemicuerpo completo. Las lesiones extensas, como sucede en los casos de nevus comedónico gigante, rara vez atraviesan la línea media.¹⁰

Ocasionalmente las lesiones asintomáticas pueden inflamarse, dando origen a infecciones recurrentes con pústulas, abscesos, fístulas y cicatrices que semejan el acné vulgar.¹

Los patrones topográficos de distribución pueden ser lineales, interrumpidos, unilaterales, bilaterales, zosteriformes o segmentarios, ubicándose de preferencia en la cara, el cuello, el tronco y las extremidades superiores. Es poco usual el reporte de casos en las palmas, las plantas o los genitales.¹¹

Aunque la mayoría de las veces esta patología ocurre como una entidad aislada, el síndrome de nevus comedónico presenta manifestaciones sistémicas con alteraciones del sistema nervioso central, el sistema esquelético, la piel y los ojos, entre otros.

El compromiso del sistema nervioso central se caracteriza por epilepsia, anomalías electroencefalográficas y mielitis transversa. En el sistema esquelético se puede encontrar: escoliosis, espina bífida oculta, hemivértebras, deformidades en el pie, clinodactilia, polidactilia y sindactilia. En los ojos se han descrito cataratas congénitas unilaterales o bilaterales. Además, puede asociarse con lesiones dérmicas como ictiosis, quistes triquilemales, leuconderma, pelo amelanótico, síndrome de Sturge-Weber y hemangiomas.

El diagnóstico de nevus comedónico se confirma mediante biopsia de la piel. Se han descrito tres variantes histológicas de comedonevus: el nevus con poros dilatados, el ostium ecrico poroqueratósico y el nevus con ductus epidérmico.¹²

Los hallazgos histopatológicos presentes son los de folículos pilosos aumentados de tamaño y dilatados, con lamelas de ortoqueratina localizadas en el interior del ostium ecrico y los ductus. El epitelio que los reviste se observa rudimentario y atrófico. En ocasiones la pared epitelial folicular puede mostrar hiperqueratosis epidermolítica con ausencia de glándulas sebáceas. Las glándulas sudoríparas usualmente están distribuidas y localizadas de forma normal, pero también pueden estar ausentes. La epidermis interfolicular es típicamente normal.^{1,4}

Nevus comedónico

Cuando está presente el nevus comedónico tipo inflamatorio se aprecian quistes epidermoides asociados con folículos dilatados, rodeados por abundantes vasos sanguíneos y edema. El infiltrado inflamatorio es de predominio linfocitario, localizado en la superficie epidérmica.⁴

Las tinciones del tejido elástico revelan fibras elásticas normales en estructura y cantidad.

En el diagnóstico diferencial se debe excluir, en primer lugar, el acné vulgar del nevus comedónico por su distribución circunscrita, comienzo temprano y persistencia. Otras patologías a descartar son: síndrome de Favre-Racouchot (elastosis nodular con quistes y comedones), queratosis pilaris, liquen estriado, nevus sebáceo y furunculosis.

Las indicaciones para el tratamiento son principalmente las alteraciones cosméticas y las infecciones recurrentes. Son múltiples las opciones de manejo descritas, con resultados limitados; entre ellas están: el uso de queratolíticos tópicos como la isotretinoína, el ácido salicílico, el ácido láctico, el ácido retinoico, cremas con ácido tartárico, lactato de amonio al 12%, la extracción manual de comedones, la dermabrasión, la excisión de pequeñas lesiones y el láser con CO₂.^{13,14}

Las lesiones con inflamación recurrente y formación de quistes pueden ser tratadas con antibióticos sistémicos, esteroides intralesionales, escisión y drenaje. Se ha documentado también el uso de anticonceptivos combinados con estrógenos y progestágenos.¹⁵

Para los casos de nevus comedónico gigante se ha descrito el manejo con injertos de piel utilizando expansores.¹⁴

Los pacientes con síndrome de nevus comedónico deben ser, además, tratados por neurólogo, oftalmólogo y ortopedista.

No se ha reportado resolución espontánea. A menos que sean tratadas, todas las lesiones persisten.

SUMMARY

Nevus comedonicus is an uncommon pathology of unknown cause, characterized by the developmental abnormality of the hair follicles and sebaceous glands, that presents as dilated follicular orifices filled with keratinous material. Comedones appear mainly on the face, neck, arms, and trunk. The condition is usually asymptomatic, but may be complicated by infection and scarring. Although it typically presents at birth or in childhood, we reported 2 adults with 2 and 10 years of comedones localized in their faces. Histological findings reported nevus comedonicus. A review of this disease is also made, including a description of nevus comedonicus syndrome, the histogenesis and the treatments more used.

Key words: nevus comedonicus, comedones, nevus.

Nevus comedónico

Bibliografía

1. Vincent C, Y. Ho, Benign Epithelial tumors. En: Fitzpatrick Dermatology in General Medicine, McGraw-Hill, 1999, chap. 83: 879.
2. Lefkowitz A. Nevus Comedonicus, Dermatology 1999; 199(3): 204-207.
3. Poomeccnawong S, Golitz LE. Hamartomas, Adv Dermatology 1990; 5: 257-287.
4. Yuji Inoue, Yuko Miyamoto, Tomomichi Ono, Two cases of Nevus Comedonicus: Successful treatment of keratin plugs with a pore strip, J A Acad Dermatol 2000; 43: 927-929.
5. Joseph J. Shaffer JJ. Nevus Comedonicus. Med J 2001; 11.
6. Happle R. Epidermal nevus syndromes, Semin Dermatol 1995; 14(3): 259.
7. Hasted L. Nevus Comedonicus. A rare skin disease of the hair follicles, Tidsskr Nor Laegeforen 1991; 111 (13): 1626-1627.
8. Harper KE, Spielvogel RL. Nevus Comedonicus of the palm and wrist. Case report with review of 5 previously reported cases, J Amer Acad Dermatol 1985; 12: 185-188.
9. Giam YC, Ong BH, Rajan VS. Nevus comedonicus in homozygous twins, Dermatologica 1985; 162 (4): 249-253.
10. Fletcher CL. Uusual comedo nevus, Clin Ex Dermatol 1999; 24 (3) 186-188.
11. González -Martínez R, Marín-Bertolin S, Mart-Escribano J, Amorrortu-Valayos J. Nevus Comedonicus: report of a case with genital involvement, Cutis 1996; 58 (6): 418-419.
12. Reshik KS, Kantos GR, Howe NR, Ditre CM. Dilated pore nevus, Am J Dermatopathol 1993; 15 (2): 169-171.
13. Ebling FJG, Cunliffe WJ. Disorders of the sebaceous glands: En: Textbook of Dermatology, 5th ed, Oxford: Blackwell Scientific Publications 1994: 1739.
14. Marcus J, Esterly NB, Baver BS. Tissue expansion in a patient with extensive nevus comedonicus. Ann Plast Surg 1992; 29 (4): 362-366.
15. Beck MH, Dave VK. Extensive nevus comedonicus, Dermatol 1980; 116 (9): 1048-1050.

Formato de respuestas

Formato de respuestas

Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica

Artículo de educación médica continuada

Liquen plano

Número 2, Volumen 13, junio de 2005.

1.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
2.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
3.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
4.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
5.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
6.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
7.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
8.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
9.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>
10.	a.	<input type="checkbox"/>	b.	<input type="checkbox"/>	c.	<input type="checkbox"/>	d.	<input type="checkbox"/>

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Ciudad:

E-mail:

**Envíe sus respuestas al Consejo de Promoción y Mejoramiento
de la Calidad de la Dermatología a la sede de la Asociación,
Calle 134 No. 13-83 Oficina 601, Bogotá.**

