

Melanocitosis dérmica facial adquirida tipo nevo de Sun. Reporte de un caso



Acquired Facial Dermal Melanocytosis of the Sun's Nevus Type: A Case Report

Sr. Director:

Las melanocitosis dérmicas constituyen un grupo de entidades congénitas o adquiridas, caracterizadas clínicamente por el color gris azulado de la piel, e histopatológicamente por la presencia en dermis de melanocitos dendríticos y fusiformes pigmentados¹. Se desconoce con exactitud su etiopatogenia².

Se han descrito melanocitosis dérmicas faciales que incluyen al nevo de Hori, nevo de Ota, nevo de Hidano, el anillo melanótico periorbital de Watanabe y el nevo de Sun¹. Respecto al nevo fusco *caeruleous zygomaticus*, Sun et al., comunicaron 110 casos de pacientes chinos, con pequeñas manchas oscuras, de aspecto moteado, marrones-grisáceo-azules de aparición gradual en la región cigomática, con prevalencia en mujeres jóvenes de 12,8:1 respecto a los varones, entre la segunda y tercera década de la vida. Se han descrito casos familiares con un patrón de herencia autosómico dominante^{3,4}. No existe asociación con otras dermatosis⁵. Histopatológicamente se identifican melanocitos elongados dispersos en la dermis superior, evidenciados con Fontana-Masson y DOPA o con inmunohistoquímica tipo proteína S100 y HMB-45². Se describe un caso de melanocitosis dérmica adquirida tipo nevo de Sun.

Una mujer de 27 años presentaba unas manchas hiperpigmentadas, asintomáticas en la región cigomática de 3 años de evolución, durante el cual, fue evaluada por 4 dermatólogos que diagnosticaron melasma. El tratamiento indicado fue con hidroquinona, esteroides de alta y mediana potencia, ácido kójico e incluso ácido tranexámico intra-

lesional, fotoprotección química y física sin mejoría. A la exploración física presentaba una dermatosis localizada en la región cigomática bilateral, debajo del reborde palpebral inferior, constituida por unas máculas de aspecto moteado de tonalidad gris-marrón, menores de 4 mm de diámetro, bien definidas, que tendían a confluir (figs. 1A y B). Con el diagnóstico clínico de una melanocitosis dérmica facial adquirida se tomó una biopsia, donde en el estudio histológico con hematoxilina-eosina se observó, bajo una epidermis aplanada, la presencia de células fusiformes pigmentadas, distribuidas en la dermis superior, perivascular y perianeal. Se confirmó que se trataba de melanocitos dérmicos mediante la positividad de proteína S100 (fig. 2). Con estos hallazgos se confirmó el diagnóstico de melanocitosis dérmica facial adquirida tipo nevo de Sun.

El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con el melasma, debido a su frecuencia en nuestra población. Clínicamente se manifiesta como unas manchas faciales café o grisáceas, usualmente uniformes en color, raramente moteadas, y nunca afectan el área periorbitaria⁶. Histológicamente muestran hiperpigmentación de la capa basal, rotura de la membrana basal; melanófagos en la dermis, con un incremento en el número de vasos, mastocitos y elastosis solar^{7,8}. Por su parte, en el nevo de Sun, afecta el área cigomática con máculas hiperpigmentadas moteadas en tono café, gris-azuladas. Identificándose en la histopatología células fusiformes alargadas, pigmentadas en la dermis superior, que corresponden a melanocitos dérmicos positivos a la proteína S100³. Otros diagnósticos a descartar son efélides, melanosos de Riehl, dermatitis cenicienta, ocnosis¹, melanocitosis dérmica agminada⁹ y melanocitosis dérmicas adquiridas faciales⁷. El tratamiento consiste en fotoprotección física y química, algunos casos se han tratado con láser Alexandrita Q-Swich^{4,10}. En el continente americano se comunicó el caso de una mujer argentina con nevo de Hori, pero con ascendente familiar japonés¹.

En base a la revisión de la literatura, se propone la conjunción de este tipo de dermatosis pigmentarias como



Figura 1 A) Bilateralidad y simetría de las lesiones en la región infraorbitaria. B) Acercamiento destacando máculas moteadas de tono gris-marrón, que tienden a formar una placa.

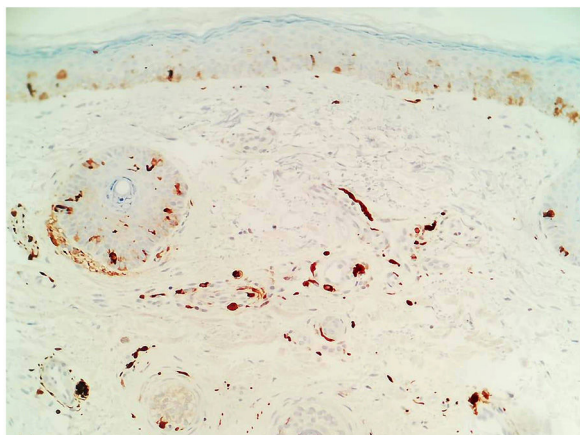


Figura 2 Melanocitos dérmicos fusiformes entre fibras de colágeno y perivascular (S100 positivo, $\times 20$).

un solo grupo, las melanocitosis dérmicas adquiridas faciales, por sus similitudes clínicas e histopatológicas. Por otra parte, es muy posible que este tipo de hiperpigmentación facial se encuentre infradiagnosticada por confundirla con dermatosis más comunes, como en la paciente descrita.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cabrera HN, Hermida D, Griffa E. Nevo de Hori Presentación de un caso y revisión de las melanocitosis dérmicas faciales névicas. *Dermatología Argentina*. 2016;22:203–6.
2. Murakami F, Soma Y, Mizoguchi M. Acquired symmetrical dermal melanocytosis (naevus of Hori) developing after aggravated atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2005;152:903–8.
3. Sun C, Lu Y, Lee EF. Naevus fusco-caeruleus zygomaticus. *Br J Dermatol*. 1987;117:545–53.

4. Valdés F, Ginarte MTJ. Formación Médica Continua Melanocitosis dérmicas. *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:379–88.
5. Zuo YG, Wang JB. Treatment of Familial Nevus Fusco-caeruleus Zygomaticus with Q-switched Alexandrite Laser. *Austin J Dermatology*. 2014;1:1–2.
6. Watanabe S. Facial Dermal Melanocytosis. *Austin J Dermatology*. 2014;1:1006. ISSN: 2381-9197. Disponible en: <http://autinpublishinggroup.com/dermatology/fulltrxt/adj-v1-id1006.php#fig1>.
7. Ocampo Candiani JJ, Rodríguez Castellanos MA, Jesús Silva MA, Estrada Aguilar L, Ortiz Becerra Y, Barba Gómez JF, et al. Guías de diagnóstico y manejo de melasma. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2018;16:12–23.
8. Kwon SH, Hwang YJ, Lee SK, Park KCh. Heterogeneous Pathology of Melasma and Its Clinical Implications. *Int J Mol Sci*. 2016;17:824.
9. Diluvio L, Mazzeo M, Bianchi L, Campione E. Agminated Dermal Melanocytosis in the Territory of Ota's Nevus. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:653–5.
10. Polnikorn N, Tanrattanakorn S, Goldberg DJ. Treatment of Hori's Nevus with the Q-Switched Nd: YAG Laser. *Dermatologic Surg*. 2000;26:477–80.

E. Marín Hernández^{a,*}, Y. Calderón Ponce de León^b, V. Bautista Piña^c y L. Sánchez Rodríguez^d

^a Servicio de Dermatología Pediátrica, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, CDMX, México

^b Dermatología, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México, CDMX, México

^c Anatomía Patológica, Fundación del Cáncer de Mama (FUCAM), Ciudad de México, México

^d Neumología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Ciudad de México, CDMX, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emarin1973@yahoo.com.mx (E. Marín Hernández).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.014>

0001-7310/ © 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Miopericitoma digital distal: estudio dermatoscópico de un caso



Distal Digital Myopericytoma: A Dermoscopic Case Study

Sr. Director:

Los miopericitomas (MP) son tumores benignos de partes blandas clasificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de la categoría de los tumores periciticos^{1,2}. Se han descrito en la literatura menos de 200 casos de este raro tumor, y no llegan a 30 los que se localizaron en las manos.

Un varón de 48 años sin antecedentes médicos de interés consultó por una lesión en el pulpejo del tercer dedo

de la mano derecha de 9 meses de evolución y que atribuía a un traumatismo previo. En la exploración se observó una lesión hiperqueratósica, de 6 × 4 mm de diámetro (fig. 1a). En la dermatoscopia presentaba una coloración rosado-anaranjada con áreas hemorrágicas en la periferia y un collarite bien definido (fig. 1b). El estudio anatomopatológico mostró una hiperqueratosis epidérmica sin atipia y áreas hemorrágicas en el estrato córneo (fig. 2a) En la dermis se observaba una proliferación de células fusiformes dispuestas en haces entrecruzados que rodeaban a vasos de pequeño calibre con las paredes engrosadas y un endotelio sin atipia (fig. 2b). Las células, sobre todo las más cercanas a los vasos, eran positivas para actina y h-caldesmon, y el 10% eran positivas para Ki67 (fig. 3).

Aunque la etiología de los MP es desconocida, se han descrito casos asociados a traumatismos y, en pacientes inmunocomprometidos, al virus de Epstein-Barr^{3,4}.