

## Nevo comedoniano

*Sr. Editor:*

El nevo comedoniano es un raro hamartoma de la unidad pilosebácea descrito por Kofmann en 1895<sup>1</sup> del que hay menos de 200 casos publicados en la literatura especializada.

Se presenta durante la infancia o ya en el momento del nacimiento, en forma de múltiples lesiones similares a comedones abiertos, dispuestos en una zona circunscrita de forma zosteriforme o lineal siguiendo las líneas de Blaschko<sup>2,3</sup>. Raras veces aparece en la edad adulta asociado a traumatismos o irritación. Suele ser asintomático, pero puede inflamarse y formar quistes, pústulas, abscesos o cicatrices que remedan al acné vulgar. Se distribuyen de manera unilateral en área facial, cuello, tronco y miembros superiores. Se han descrito algunos casos bilaterales y en otras localizaciones como cuero cabelludo, zona palmo-plantar y área genital<sup>4,5</sup>. Su tamaño es variable y oscila desde unos pocos centímetros a lesiones extensas que afectan a un hemicuerpo entero<sup>2,6</sup>.

Histológicamente se caracteriza por múltiples infundíbulos foliculares dilatados, rellenos de una queratina laminar, basófila y ortoqueratósica. Pueden encontrarse glándulas sebáceas en la profundidad de la lesión. De la pared de algunos de estos infundíbulos malformados emergen proliferaciones bulbosas de epitelio infundibular<sup>7</sup>. La pared epitelial folicular puede mostrar hiperqueratosis epidermolítica<sup>8</sup>.

Su etiopatogenia no está clara, parece tratarse de un mosaicismo genético. Existen distintas teorías, algunos autores lo consideran una variante del nevo epidérmico que afecta a los folículos pilosebáceos y para otros es el resultado de una disregulación del crecimiento que afecta a la porción mesodérmica de la unión pilosebácea<sup>3,7</sup>.

Presentamos el caso de una paciente de 6 años con un nevo comedoniano localizado en axila derecha vista en nuestro Servicio.

Niña de 6 años de edad sin antecedentes personales de interés, remitida a la consulta por la presencia de unas lesiones en la axila derecha desde el nacimiento. Se inflamaban de forma ocasional desde hacía 6 meses causándole malestar, sin mejoría alguna pese al tra-



**Figura 1.** Lesiones similares a comedones agrupadas en axila derecha.

tamiento tópico con ácido fusídico. Los padres no referían antecedentes personales de lesiones cutáneas similares.

A la exploración se apreciaron múltiples pápulas centradas por tapones hiperqueratósicos, que recordaban a los comedones abiertos del acné, localizados de forma agrupada en axila derecha en un área mal delimitada de 3 × 2 cm (fig. 1). No se observó afectación cutánea a otro nivel.

Dado que el cuadro era localizado y le ocasionaba dolor se realizó exéresis de la lesión. El estudio histopatológico evidenció múltiples infundíbulos foliculares malformados y dilatados rellenos de queratina, de cuya base emergían proliferaciones epiteliales en forma de bulbo con pseudoquistes córneos, confirmándose la sospecha diagnóstica de nevo comedoniano.

El nevo comedoniano es esporádico, aunque hay casos familiares. En ocasiones se ha relacionado con alteraciones sistémicas como malformaciones congénitas del sistema nervioso central, los ojos, los huesos y la piel. En estos casos se considera una variante del síndrome del nevo epidérmico llamada síndrome del nevo comedoniano<sup>9,10</sup>.

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con el acné vulgar y neonatal, pero la distribución unilateral y la persistencia del nevo comedoniano lo diferencian. Puede confundirse con otras entidades como el cloracné (por exposición a dioxinas, que cursa con comedones generalmente en área retroauricular), los comedones disqueratósicos familiares (trastorno hereditario con comedones dispersos de forma simétrica por las extremidades y el tronco), el nevo ostial poroqueratósico ecrico (lesiones confinadas a palmas y plantas en las que el estudio histopatológico demuestra columnas paraqueratósicas emergiendo desde el acrosiríngeo), la enfermedad de Darier lineal y el nevo sebáceo<sup>5,7</sup>.

Dada la naturaleza benigna del cuadro, no precisa tratamiento salvo por motivos estéticos o por las molestias ocasionadas por inflamación recurrente. Se han empleado distintas sustancias queratolíticas de forma tópica como ácido retinoico, ácido salicílico y lactato amónico al 12%, retinoides orales, taccalcitol, extracción manual de los comedones y tratamientos destructivos como láser y dermoabrasión. Todos ellos con resultados variables. La extirpación quirúrgica puede ser adecuada en lesiones localizadas y de pequeño tamaño<sup>4,6</sup>.

**B. Monteagudo Sánchez<sup>a</sup>, M. Ginarte Val<sup>b</sup>,  
E. León Muñíos<sup>c</sup>, R. Vázquez Golpe<sup>c</sup>  
y A. Varela Iglesias<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>c</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.

**Correspondencia:** Dr. B. Monteagudo Sánchez. Rosalía de Castro, 38, 3.ºB. 15706 Santiago de Compostela. España. Correo electrónico: benims@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kofmann S. Ein fall von seltener localisation und verbreitung von comedonen. Arch Dermol Syph. 1895;32:177-8.
2. Kirtak N, Inaloz HS, Karakok M, Erguven HG, Ozgoztasi O. Extensive inflammatory nevus comedonicus involving half of the body. Int J Dermatol. 2004;43:434-6.
3. Grimalt R, Caputo R. Posttraumatic nevus comedonicus. J Am Acad Dermatol. 1993;28:273-4.
4. Wakahara M, Kiyohara T, Kumakiri M, Kuwahara H, Fujita T. Bilateral nevus comedonicus: Efficacy of topical taccalcitol ointment. Acta Derm Venereol. 2003;83:51.
5. Ghaninezhad H, Ehsani AH, Mansoori P, Taheri A. Naevus comedonicus of the scalp. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006;20:184-5.
6. Milton GP, DiGiovanna JJ, Peck GL. Treatment of nevus comedonicus with ammonium lactate lotion. J Am Acad Dermatol. 1989;20:324-8.
7. Izquierdo MJ, Requena C, Requena L. Nevo comedoniano. En: Neoplasias Anexiales Cutáneas. Madrid: Grupo Aula Médica; 2004. p. 211-4.
8. Schecter AK, Lester B, Pan TD, Robinson-Bostom L. Linear nevus comedonicus with epidermolytic hyperkeratosis. J Cutan Pathol. 2004;31:502-5.
9. Patrizi A, Neri I, Fiorentini C, Marzaduri S. Nevus comedonicus syndrome: A new pediatric case. Pediatr Dermatol. 1998;15:304-6.
10. Vidaurri de la Cruz H, Tamayo-Sánchez L, Durán-McKinster C, De la Luz Orozco-Covarrubias M, Ruiz-Maldonado R. Epidermal nevus syndromes: Clinical findings in 35 patients. Pediatr Dermatol. 2004;21:432-9.