Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2018 septiembre;86(9):621-626.

Nevo comedónico mamario

Nevus Comedonicus in breast.

César Iván Eugenio-González[1], María Elisa Vega-Memije[2], Guillermo Ramos-Rodríguez[3]

Resumen

ANTECEDENTES: El nevo comedónico es un tumor benigno del aparato pilosebáceo. Puede aparecer en topografía poco habitual, como la región mamaria. Es de manifestación aislada o puede formar parte del síndrome de nevo comedónico. No precisa tratamiento, salvo por motivos estéticos o complicaciones.

CASO CLINICO: Paciente de 45 años que acudió a consulta por una dermatosis localizada en el tronco, unilateral, dispuesta linealmente, que afectaba la línea axilar media y la región mamaria derecha. Caracterizada por una placa de 4 x 1 cm, conformada por comedones abiertos. El padecimiento se inició durante la infancia, asintomático, sin aumento de la dermatosis. En la dermoscopia se observaron tapones de queratina color negro de 3 mm de diámetro. La biopsia incisional reportó que se trataba de un nevo comedónico.

CONCLUSION: El nevo comedónico es un tumor poco frecuente que puede aparecer en la región mamaria y debe reconocerse como padecimiento benigno.

PALABRAS CLAVE: Nevo; comedónico; región mamaria; dermoscopia; tumor; mama.

Abstract

BACKGROUND: Comedonic nevus is a rare benign tumor of the pilo-sebaceous unit which can occur in unusual topography such as the mammary region. It can have an isolated presentation or as part of the nevus comedonic syndrome. There is no treatment except for aesthetic reasons or secondary complications.

CLINICAL CASE: A 45-year-old patient presented with a unilateral, linearly arranged dermatosis located on the trunk, affecting the axillary midline and the right mammary region. Characterized by a plaque of 4 x 1 cm, formed by open comedons. Starts from childhood and referred as asymptomatic, it has not presented changes during life. By dermoscopy 3mm diameter black keratin plugs were observed. An incisional biopsy was performed and sent to a histopathological study, which reported as comedonic nevus.

CONCLUSION: Comedonic nevus is a rare tumor that can occur in the mammary region and must be recognized as a benign entity.

KEYWORDS: Nevus; Comedonic; Mammary region; Dermoscopy; Tumor, Breast.

[1] Residente de segundo año de Dermatología.
[2] Jefa de la Sección de Dermatopatología.
[3] Médico anatomopatólogo, con diplomado de introducción a la Dermatopatología.
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Recibido: junio 2018

Aceptado: junio 2018

Correspondencia
César Iván Eugenio González
gci.eugenio@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Eugenio-González CI, Vega-Memije ME, Ramos-Rodríguez G. Nevo comedónico mamario. Ginecol Obstet Mex. 2018 septiembre;86(9):621-626.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i9.2316

ANTECEDENTES

El nevo comedónico se origina por un defecto en el desarrollo del aparato pilosebáceo,[1,2] pero su patogénesis aún no está del todo esclarecida. Kofmann lo describió por primera vez en 1895.[2,3] Existen dos formas clínicas: tipo acné comedónico o con formación de pápulas, pústulas, quistes y abscesos. Puede ser congénito o adquirido. La topografía principal es en la cara, el cuello y el tronco y se caracteriza por aperturas foliculares dilatadas, con tapones de queratina. Puede formar parte del síndrome de nevo comedónico asociado con anormalidades esqueléticas, oculares y del sistema nervioso central o manifestarse de manera solitaria.[1,2] Debido a su naturaleza benigna no requiere tratamiento, excepto por motivos estéticos o por complicaciones como quistes, infecciones y cicatrices.[4,5]

Se comunica un caso clínico de nevo comedónico en localización poco frecuente para ser reconocido como un padecimiento benigno.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 45 años, con antecedentes crónico-degenerativos de: hipertensión arterial sistémica, dislipidemia mixta y anemia ferropénica en tratamiento. Acudió a consulta con una dermatosis localizada en el tronco, unilateral, dispuesta linealmente, que afectaba la línea axilar media y la región mamaria derecha. Sobresalía una placa de 4 x 1 cm, conformada por comedones abiertos (**Figuras 1 y 2**). El padecimiento se inició desde que era niña y se refirió asintomática, sin aumento de la dermatosis. En la dermoscopia se observaron tapones de queratina color negro de 3 mm de diámetro (**Figura 3**). El reporte histopatológico de la biopsia incisional fue de: epidermis discretamente acantósica, con estrato córneo en red de canasta; con múltiples folículos pilosos dilatados, con tapones córneos, algunos con epitelio discretamente atrófico e hiperpigmentación de la capa basal, así como disminución de las glándulas sebáceas. En la dermis se observaron fibrosis discreta e infiltrado inflamatorio leve perivascular, con predominio de linfocitos y vasos capilares sanguíneos dilatados (**Figuras**



Figura 1. Dermatosis localizada en el tronco, unilateral, dispuesta linealmente, que afecta la línea axilar media y la región mamaria derecha. Se trata de una placa de 4 x 1 cm, conformada por comedones abiertos.



Figura 2. Acercamiento de la dermatosis descrita en Figura 1.

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i9.2316

4 y 5). La correlación clínico-patológica fue de nevo comedónico.

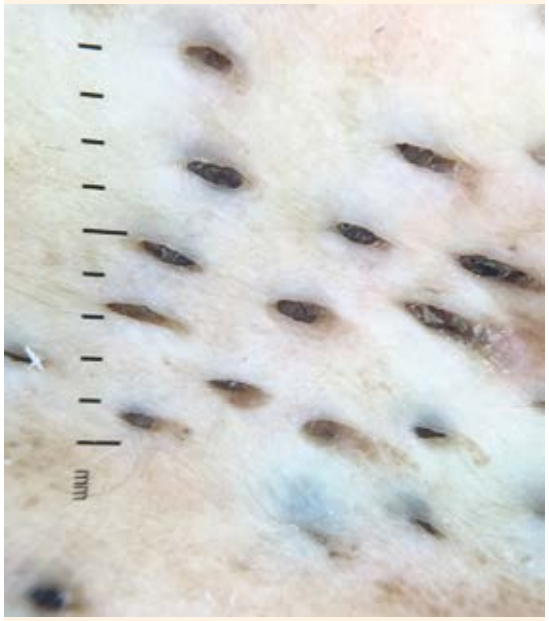


Figura 3. En la dermoscopia se observan tapones de queratina.

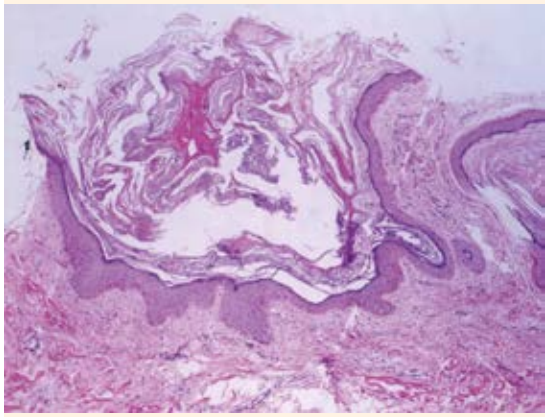


Figura 4. Imagen histológica del nevo comedónico. Se observan las dilataciones foliculares que corresponde a comedones. HE40X.

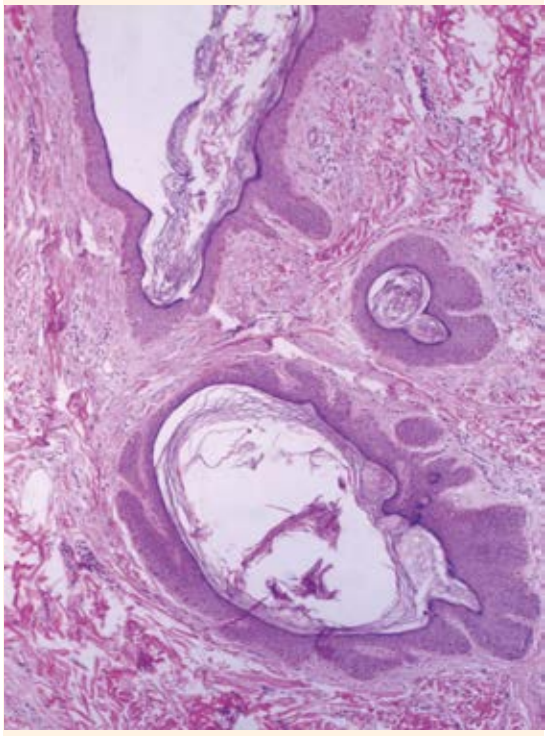


Figura 5. Imagen histológica del nevo comedónico. En este corte se observan tapones y quistes córneos en la dermis superficial. HE20X

DISCUSIÓN

Algunos autores consideran al nevo comedónico una variante de nevo epidérmico[1,6] y otros un hamartoma[4] causado por un defecto en el desarrollo del aparato pilo-sebáceo;[1,2] lo describió por primera vez Kofmann, en 1985, en Alemania.[2,3] Puede formar parte del síndrome de nevo comedónico, término acuñado por Engber en 1978, que incluye síntomas oculares, esqueléticos y del sistema nervioso central o aparecer como única manifestación, como sucedió en el caso aquí reportado. Sweitzer y Winer (1932) lo clasificaron en dos grupos clínicos: el primero con predominio de comedones y el segundo con lesiones inflamatorias, supuración y lesiones acneiformes.

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por aperturas foliculares dilatadas, con tapones de queratina que semejan la forma de comedones. Tiene predilección por la cara y el cuello y suele distribuirse en forma lineal o en banda. Es de inicio congénito o tardío, con una media de manifestación a 10 años.[6]

Se estima una prevalencia de 1 en 45,000-100,000 personas, es esporádico y poco común en casos familiares, sin predilección por raza ni sexo.[2] El 50% de los casos se inician desde el nacimiento y el resto suelen aparecer después de los 10 años[6,7] o durante la pubertad, cuando el sebo folicular se estimula hormonalmente. Esto puede empeorar el cuadro clínico[3,8] y rara vez se inician en la edad adulta.[2,4,6] Suelen asociarse con traumatismos o irritación.[4]

En la bibliografía existen alrededor de 200 casos reportados. En un estudio retrospectivo de 417,511 pacientes pediátricos de la Ciudad de México (1971-2001) 443 tuvieron diagnóstico de nevo epidérmico y sólo 5 de nevo comedónico.[8] No puede afirmarse que esta prevalencia sea real porque en muchas ocasiones el diagnóstico es clínico y rara vez se efectúa el estudio histopatológico.

Se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos del servicio de Dermatopatología del Hospital General Manuel Gea González de los casos reportados de 1992 a 2017 y solo se encontraron cuatro casos confirmados con biopsia de 30,414 biopsias efectuadas, con una prevalencia del 0.013%. Los detalles de estos casos clínicos se describen en el **Cuadro 1**.

La patogénesis no está aún completamente esclarecida. Algunos autores lo consideran una variante del nevo epidérmico que afecta a las unidades pilo-sebáceas;[4] otros opinan que se trata de un mosaicismo por influencia en el tejido mesenquimal juxtaepidermal durante la embriogénesis, que resulta de una alteración en la regulación del crecimiento.[2,4] Otros consideran que se trata de un hamartoma.[4] La asociación con quistes triquilémicos o nevo basocelular sugiere que puede representar un trastorno en la regulación del crecimiento que afecta otros anexos, además del epitelio folicular.[2] La anormalidad en el desarrollo del componente del mesodermo del aparato pilo-sebáceo resulta en una indiferenciación del componente epidérmico, por lo que la estructura folicular es incapaz de desarrollar pelo terminal o glándulas sebáceas, pero sí produce queratina y rara vez pelos vellosos.[2,3]

La señal de inicio de la patogénesis puede relacionarse con la interacción del factor de crecimiento de fibroblastos (FGF) con su receptor (FGFR2), con queratinocitos y sebocitos, decisiva para la formación de la unidad pilosebácea.[6] La sobrestimulación por el incremento de la expresión de interleucina 1 alfa tiene participación en la patogénesis.[6] En NEK9 se han identificado mutaciones somáticas[6] asociadas con ganancia de función que se refleja en la diferenciación folicular normal; por esto se ha asociado con este gen como potencial regulador de la homeostasis folicular.[5,6,9]

La topografía principal es en la cara, el cuello y el tronco[6] aunque también se han descrito casos localizados en la vulva, glande, piel cabelluda, orejas, palmas y plantas;[1,8,10] en nuestro caso la región afectada fue la mamaria derecha. Puede ser unilateral, como en el caso de nuestra paciente o bilateral. En la bibliografía existen reportes de series importantes[11,12] de distribución lineal.

Desde el punto de vista morfológico el nevo comedónico se caracteriza por aperturas foliculares agrupadas, dilatadas y abiertas dispuestas en patrón de panal de abeja que contiene queratina lamelar, esto es lo que le da el aspecto de comedones abiertos.[2,6] Se han descrito dos

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i9.2316

Cuadro 1. Casos reportados de nevo comedónico de 1992 a 2017 en el servicio de Dermatopatología del Hospital General Manuel Gea González

Paciente	Sexo	Edad al diagnóstico	Localización
1	Femenino	13	Cara, tórax y extremidades superiores
2	Femenino	53	Espalda
3	Masculino	36	Axila
4	Femenino	40	Surco intermedio

formas clínicas: la primera con características tipo acné comedónico y la segunda con formación de quistes, pápulas, pústulas y abscesos.[6] Las principales complicaciones son: inflamación con la formación de quistes, pústulas, abscesos o cicatrices que remedan al acné vulgar,[4] infecciones secundarias y cicatrices. Si bien las lesiones pueden persistir asintomáticas se han reportado casos de recidiva espontánea con áreas de alopecia residual[4] y exacerbación en la pubertad, menarquia, menopausia o embarazo.[2]

En la histopatología se observan múltiples infundíbulos foliculares agrupados, dilatados y cubiertos con queratina lamelar, basófila y ortoqueratósica y epitelio atrófico. Las paredes del folículo están comprimidas por numerosas capas de queratinocitos y la epidermis interfolicular es papilomatosa e hiperqueratósica.[1,4] En la base de las invaginaciones foliculares pueden observarse glándulas sebáceas rudimentarias.[6] Mediante microscopia electrónica puede observarse aumento en el número de células de Langerhans y abundantes tonofilamentos en la porción superior del estrato espinoso. El músculo pilo-erector muestra partículas intracelulares de glucógeno y no está completamente diferenciado.[6] En análisis inmunohistoquímicos se ha demostrado aumento de la expresión del antígeno nuclear de proliferación celular, de la molécula de adhesión intercelular tipo 1, del antígeno de histocompatibilidad HLA-DR y la glucoproteína CD68, en la epidermis del infundíbulo piloso alargado y dilatado o en las células de la dermis más cercana al bulbo en proliferación.[3]

En la dermoscopia se observan tapones de queratina bien delimitados, color negro, de 1-3 mm de diámetro, áreas homogéneas con tapones hiperqueratósicos con distintos tonos de marrón,[13] que es la misma imagen que tenía la paciente de nuestro reporte.

El síndrome de nevo comedónico pertenece al grupo de síndromes de nevos epidérmicos;[6] es un trastorno neurocutáneo que consiste en anormalidades esqueléticas, oculares y del sistema nervioso central.[1,2] Puede haber manifestaciones internas y ser marcador de enfermedades sistémicas, como defectos esqueléticos congénitos (escoliosis, fusión de vértebras, espina bífida oculta, ausencia del quinto dedo, dedos supernumerarios, sindactilia), anomalías del sistema nervioso central (mielitis transversa, retraso en el desarrollo mental, convulsiones, paresia, disgenesia del cuerpo calloso, anormalidades electro-encefálicas) y oculares como cataratas[2,12] y otras alteraciones de la piel como ictiosis, liquen estriado, morfea linear, hemangiomas y acné inverso. Se asocia con tumores epiteliales como tricoepitelioma, tumor de la vaina pilar, poro dilatado de Winer, queratoacantoma, siringocistademona papilífero, hidradenoma papilífero y rara vez carcinoma basocelular y escamoso.[4,6]

Si bien el diagnóstico diferencial se establece con acné neonatal y acné vulgar la distribución unilateral y persistencia lo diferencian. Puede confundirse con cloracné, para esto se requiere el antecedente de exposición a dioxinas y los

comedones distribuidos en la región retroauricular. Otra posibilidad son los comedones disqueratósicos familiares, que son un trastorno hereditario con comedones dispersos de forma simétrica en las extremidades y el tronco, o con enfermedad de Darier lineal, nevo sebáceo, nevo epidérmico, enfermedad de Favre-Racouchot, acné conglobata y síndrome de Haber.[1,6]

Debido a su naturaleza benigna no se requiere tratarlo, excepto por motivos estéticos o por complicaciones como quistes, infecciones y cicatrices.[4,5,14] El tratamiento tiene como propósito disminuir el tapón queratósico y las dilataciones quísticas.[1] Entre las opciones de tratamiento conservador se incluyen: emolientes, esteroides tópicos, queratolíticos, como el ácido salicílico, o lactato de amonio al 12% utilizado por Milton y su grupo en pacientes con lesiones extensas resistentes a otros tratamientos con el fin de remover los comedones y suavizar áreas rugosas.[2,4] En 1972 Decuerd y su grupo utilizaron tretinoína al 0.1% por la similitud del padecimiento con acné vulgar y consiguieron buenos resultados.[5] Se ha probado la tretinoína al 0.025% más clindamicina al 1% una vez al día con desaparición completa de las lesiones en 4 meses.[5,6] Así como el tazaroteno 0.05% 2 veces al día durante 10 días por 10 semanas[13] o en combinación con calcipotriol al 0.005% y se ha demostrado su eficacia.[3]

En 2013 Tchernec y su grupo utilizaron la isotretinoína oral y demostró ser parcialmente efectiva, aunque suele ser una opción en casos diseminados.[1] El tratamiento quirúrgico es posible mediante escisión, rasurado, dermoabrasión, crioterapia, electrocoagulación o extracción manual. La aplicación de láser de 2,490 nm erbium YAG, 10,600 CO2 ultrapulsado y 1,450 nm diode ha resultado en mejoría en algunos pacientes porque se contraen las glándulas sebáceas y se reduce la seborrea.[3,15]

CONCLUSIÓN

El nevo comedónico es un tumor poco frecuente que puede aparecer en la región mamaria y debe reconocerse como padecimiento benigno.

REFERENCIAS

1. Tchernev G, et al. Nevus Comedonicus: An Updated Review. Dermatol Ther 2013; 3:33-40. https://doi.org/10.1007/s13555https://doi.org/10.1007/s13555-013-0027-9-013-0027-9
2. Rodríguez Nevado I, y col. Nevus comedoniano: presentación de cinco casos. Med Cutan Iber Lat Am 2009; 37 (2):85-89.
3. Cestari T, et al. Nevus Comedonicus: Case Report and Brief Review of the Literature Pediatric Dermatology 1991; 8(4):300-305.
4. Monteagudo-Sánchez B, y col. Nevo comedoniano. DOI: 10.1157/13091492
5. Decuerd JW, et al. Naevus comedonicus -treatment with retinoic acid. https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1972.tb16109.x
6. Dereure O. Naevus comédonien: mutations somatiques de NEK9. https://doi.org/10.1016/j.annder.2016.07.008
7. Chang P, Domínguez Mancilla, Calderón G. Nevo comedónico lineal extenso Dermatología CMQ 2015;13(3):232-236.
8. Ferrari B, et al. Nevus comedonicus: A Case Series. https://doi.org/10.1111/pde.12466
9. Ghaninezhad H, Ehsani AH, Mansoori P, Taheri A. Naevus comedonicus of the scalp. JEAD 2006; 20: 184-185
10. Givan J, et al. Nevus Comedonicus: A novel Approach to Treatment. Dermatol Surg 2010; 36:721-725
11. Vidaurri-de la Cruz H, et al. Epidermal nevus syndromes: clinical findings in 35 patients. DOI:10.1111/j.0736-8046.2004.21402.x
12. Mahajan R, et al. Extensive nevus comedonicus. **DOI:** 10.4103/2229-5178.142535
13. Levinsohn J, et al. Somatic Mutations in NEK9 Cause Nevus Comedonicus. doi: 10.1016/j.ajhg.2016.03.019
14. Baden R. Nevus Comedonicus. N Engl J Med 2015; 372:26
15. Kaminska-Winiorek G, et al. Dermoscopy on nevus comdonicus: a casa report and review of the literature. https://doi.org/10.5114/pdia.2013.37036

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i9.2316