

Dermatoscopia en tricoblastoma asociado con nevo sebáceo de Jadassohn

RESUMEN

El nevo sebáceo de Jadassohn es un hamartoma con componentes epiteliales y anexiales, conocido también como nevo organoide. Predomina en la cabeza y el cuello incluso en 90%; en términos clínicos aparece desde el nacimiento como una placa alopecica amarillo-anaranjada de aspecto verrugoso. Se asocia con neoplasias, principalmente de carácter benigno, como tricoblastoma y siringocistadenoma papilífero. En un porcentaje bajo se asocia con neoplasias malignas, como carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas. Es importante establecer esta diferencia para poder determinar la conducta a seguir, sobre todo en los pacientes en edad pediátrica. Comunicamos dos casos clínicos, uno de un paciente de 34 años, que en el aspecto dermatoscópico sólo llamó la atención la existencia de hojas de maple. El otro caso es de una paciente de 42 años, en quien predominó el patrón vascular: vasos en corona, en horquilla y lineales irregulares. El estudio histopatológico arrojó el diagnóstico de tricoblastoma asociado con nevo sebáceo de Jadassohn.

Palabras clave: nevo sebáceo de Jadassohn, “hojas de maple”, patrón vascular, tricoblastoma.

Dermoscopy in trichoblastoma associated to nevus sebaceous of Jadassohn

ABSTRACT

Nevus sebaceus of Jadassohn is a congenital hamartoma of epithelial and adnexal components, also known as organoid nevus. It occurs in up to 90% on the head and neck and is clinically apparent at birth as an orange-yellowish alopecic patch that acquires a cerebriform appearance. As of today, secondary tumors arising within nevus sebaceus are mainly benign lesions, most commonly trichoblastoma and syringocistadenoma papilliferum. In a low percentage malignant secondary neoplasms as basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma can occur. It is important to establish this differentiation since it will help us determine the conduct to take, specially in children. We communicate two clinical cases, one of a 34-year-old male patient, dermoscopically it was only evident several maple leaf-like pigmentations. The second case is a 42-year-old woman in whom the vascular pattern predominated: crown-like, hairpin and irregular linear vessels. Both histopathological results were compatible with trichoblastoma and nevus sebaceus of Jadassohn.

Keywords: nevus sebaceus of Jadassohn, “maple leaflike areas”, vascular pattern, trichoblastoma.

Andrea Paola Tovar-Garza¹
Mónica Patricia Ramos-Álvarez⁴
Ricardo Quiñones-Venegas²
Juan Gabriel Barrientos-García³

¹ Residente de Dermatología.

² Dermatólogo y dermatoscopista adscrito.

³ Dermatólogo y dermatopatólogo adscrito.
Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Jalisco, México.

⁴ Dermatóloga, dermatóloga pediatra, cirujana dermatóloga, Dermika, Centro Dermatológico de Jalisco, Jalisco, México.

Recibido: 2 de julio 2104

Aceptado: 10 de septiembre 2014

Correspondencia: Dra. Andrea Paola Tovar Garza
Av. Federalismo Nte. 3102
45190 Zapopan, Jalisco, México.
dra.andreatovargarza@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Tovar-Garza AP, Ramos Álvarez MP, Quiñones-Venegas R, Barrientos-García JG. Dermatoscopia en tricoblastoma asociado con nevo sebáceo de Jadassohn. Dermatol Rev Mex 2015;59:166-169.

CICLOFERON ® Aciclovir. Tabletas, Suspensión, Crema y Solución Spray FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION: Cada Tableta contiene: Aciclovir ... 200 mg, y 400 mg. Excipiente c.b.p... Una tableta. Cada 100 ml de la Suspensión contienen: Aciclovir ... 4 g. Vehículo c.b.p... 100 ml. Cada 100 g de Crema contienen: Aciclovir ... 5 g. Excipiente c.b.p... 100 g. Cada 100 ml de Solución Spray contiene: Aciclovir ... 5 g. Vehículo c.b.p... 100 ml. INDICACIONES TERAPEUTICAS: Antiherpético. Para el tratamiento de los episodios iniciales y el manejo de los cuadros recurrentes de: herpes genital, herpes simple, herpes zoster, varicela, herpes simple labial, aún en pacientes inmunocomprometidos. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al aciclovir, estados de deshidratación severa, daño renal pre-existente o alteraciones neurológicas secundarias a tratamientos con citotóxicos. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Hasta el momento no existen datos suficientes del uso de aciclovir durante el embarazo, por lo tanto se debe evaluar el beneficio del tratamiento contra el potencial riesgo que representa para el producto en desarrollo. Se ha detectado la presencia de aciclovir en la leche materna y por lo tanto deberán tomarse precauciones para su administración durante la lactancia. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Se han reportado algunas reacciones exantemáticas que remiten en forma espontánea al suspenderse el medicamento; asimismo, se han reportado: malestar generalizado, fiebre, cefalea, diarrea, náuseas, mareo, somnolencia y en ocasiones confusión, alucinaciones, mialgias, alopecia y prurito. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO: El uso concomitante con Probenecid, prolonga la vida media del aciclovir y aumenta el potencial de toxicidad sobre el SNC. Interferon y Metotrexate pueden favorecer la aparición de alteraciones neurológicas. En pacientes con daño renal, se debe evaluar su uso concomitante con medicamentos nefrotóxicos. Con el uso tópico de aciclovir hasta la fecha no se han reportado. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: En estudios realizados en animales de experimentación a largo plazo y con dosis muy superiores a las terapéuticas en los humanos, hasta el momento no se ha reportado ningún tipo de efecto. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: Tabletas y Suspensión: Oral. Crema y solución: tópica. ADULTOS Herpes Genital: 1 tableta de 200 mg o 5 ml cada 4 horas durante 7 a 10 días. En infecciones recurrentes: 1 tableta de 200 mg o 5 ml cada 4 horas durante 7 días. Como tratamiento crónico, 1 tableta de 400 mg o 10 ml cada 12 horas durante 12 meses. Como terapia intermitente: 1 tableta de 200 mg o 5 ml cada 4 a 8 horas durante 5 días. Herpes Simple Mucocutáneo: 1 tableta de 200 mg o 5 ml cada 4 horas durante 7 a 10 días. En casos graves o pacientes inmunocomprometidos, 1 tableta de 400 mg o 10 ml cada 4 horas durante 7 a 10 días. Herpes Zoster y Varicela: 2 tabletas de 400 mg o 20 ml cada 4 horas durante 7 a 10 días. El tratamiento se debe iniciar dentro de las primeras 24 horas en que aparecen los signos y síntomas. NIÑOS Varicela: De 12 años y mayores o con peso superior a los 40 kg, 2 tabletas de 400 mg o 10 ml, cada 6 horas durante 7 días. De 2 a 11 años, 20 mg/kg de peso cada 6 horas durante 5 a 7 días consecutivos; menores de 2 años, la mitad de dicha dosis. La dosis en niños menores de 2 años no se ha establecido, sin embargo, la poca toxicidad en pacientes pediátricos permite recomendar dosis hasta de 3000 mg/m2/día y 80 mg/kg/día. Crema: Uso cutáneo. Aplicar con un isopo sobre las lesiones 5 veces al día durante 7 a 10 días. Es importante el aseo de las manos antes y después de aplicar la crema. Solución Spray: Uso cutáneo. En adultos y niños de 1 a 12 años: 1 atomización en las lesiones 5 veces al día durante 5 a 7 días. Si no hay remisión de las lesiones durante los primeros 7 días de tratamiento, se deberá continuar durante otros 5 días. Aplicar suficiente cantidad para cubrir todas las lesiones adecuadamente. Es recomendable asociar a la aplicación tópica, la administración oral para lograr acción sistémica. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO (Antídotos): Aún a dosis de 5 g, por vía oral, es poco probable que se presenten efectos tóxicos y hasta el momento no se han reportado casos de ingestiones superiores. La hemodialisis es un recurso importante que puede remover hasta un 60% de la dosis administrada. PRESENTACIONES: Caja con 25 tabletas de 200 mg. Caja con frasco con 35 tabletas de 400 mg. Frasco con 60 ml y vaso dosificador (graduado a 2.5, 5, 7.5 y 10 ml). Frasco con 125 ml y vaso dosificador (graduado a 2.5, 5, 7.5 y 10 ml) (10 ml equivalen a 400 mg de Aciclovir). Caja con tubo de 10 g al 5%. Caja con tubo de 5 g al 5%. Caja con frasco atomizador con 50 ml. LEYENDAS DE PROTECCION: Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica. No se administre durante el embarazo y la lactancia. Crema y Solución Spray: sólo uso externo. Hecho en México, por: LABORATORIOS LIOMONT, S.A. DE C.V. Adolfo López Mateos 68, Col. Cuajimalpa, 05000 México, D.F. © Marca Registrada. Números de Registros: 024M88-050M97-236M93-088M93-586M2000 SSA. Aviso SSA No. 04310104325 No de ingreso SSA: 103300203A6479



¡Varicela!

aciclovir
CICLOFERON®

El antiviral específico en Varicela

ANTECEDENTES

El nevo sebáceo de Jadassohn es un hamartoma con componentes epiteliales y anexiales, conocido también como nevo organoide. Aparece con mayor frecuencia (incluso 90%) en la cabeza y el cuello;¹ en términos clínicos, es aparente desde el nacimiento. Se distingue por una placa alopécica del color de la piel o amarillo-anaranjada, bien circunscrita. Su crecimiento es directamente proporcional a la edad y en la adolescencia adquiere el color amarillento con aspecto verrugoso o cerebriforme.²

Se asocia con neoplasias secundarias benignas o malignas, éstas afectan principalmente a mayores de 18 años.¹ El tricoblastoma es la neoplasia benigna que más comúnmente se asocia, en 6 a 7.4%; en segundo lugar está el siringocistadenoma papilífero, en 5.2%.^{1,2} Los tumores malignos representan un bajo porcentaje, asociados comúnmente con carcinoma basocelular, seguido de carcinoma de células escamosas.¹ Ackerman y colaboradores propusieron el término tricoblastoma para las neoplasias de células germinativas foliculares caracterizadas por su aspecto benigno, bien delimitadas y de crecimiento lento.³ Su diferenciación con el carcinoma basocelular aún es un reto para el dermatopatólogo.

Esto es importante debido a que se debe establecer el tiempo más adecuado para su extirpación; algunos autores incluso cuestionan la necesidad de exéresis, por su origen benigno.⁴

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente masculino de 34 años de edad, sin antecedentes de importancia. Tenía una neoformación en forma de placa ovalada amarillo-anaranjada, desde el nacimiento, de 5 x 3 cm

de diámetro; en el centro de la misma se observó otra neoformación de seis meses de evolución, de color marrón oscuro, de 3 mm de diámetro, con bordes regulares y precisos (Figura 1A). A la dermatoscopia se observaron extensiones bulbosas que formaban hojas de maples de color marrón claro (Figura 1B). En la histopatología se observó una proliferación de células basaloideas interconectadas y ubicadas en la dermis papilar, bien circunscritas sobre un estroma fibroso sin retracción del mismo ni existencia de mucina, compatible con tricoblastoma (Figura 1C y D).

Caso 2

Paciente femenino de 42 años de edad, sin antecedentes de importancia. Tenía una neoformación asintomática en la región parietal derecha, desde la niñez, referida por la propia paciente. La neoformación era de 2.8 x 2.1 cm de diámetro, pseudoalopécica, de color amarillo rosado, de superficie irregular, en la que destacaba la existencia de un nódulo de 2 mm de diámetro, levemente pigmentado (Figura 2A).

La dermatoscopia reveló un fondo rojo lechoso y estructuras ovales blanco-amarillentas; una de ellas (asterisco) tenía vasos sanguíneos “en corona”, además de una estructura oval de 2 mm, color marrón claro a gris (flecha), en su interior con vasos en horquilla, otros eran lineales irregulares (Figura 2B). El estudio histopatológico mostró tricoblastoma y nevo sebáceo de Jadassohn (Figura 2C).

DISCUSIÓN

El nevo sebáceo es un hamartoma descrito por primera vez en 1895 por Jadassohn;⁵ representa 0.05 a 1% de la consulta dermatológica.¹ El componente epidérmico y dérmico de esta entidad conlleva a su asociación con múltiples neoplasias. Hay estudios que reportan más de 40 neoplasias asociadas con nevo sebáceo.²

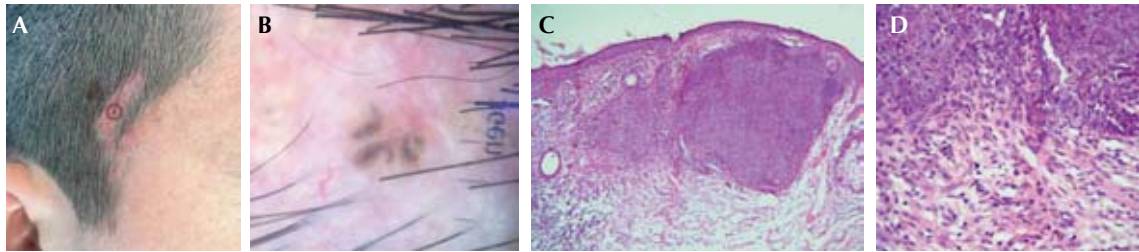


Figura 1. **A.** Placa amarillo-anaranjada en la piel cabelluda con una neoformación central color marrón claro de 3 mm. **B.** Proyecciones bulbosas en hojas de maple. **C y D.** Proliferación bien circunscrita de células basaloides, ubicada en la dermis papilar, compatible con tricoblastoma.

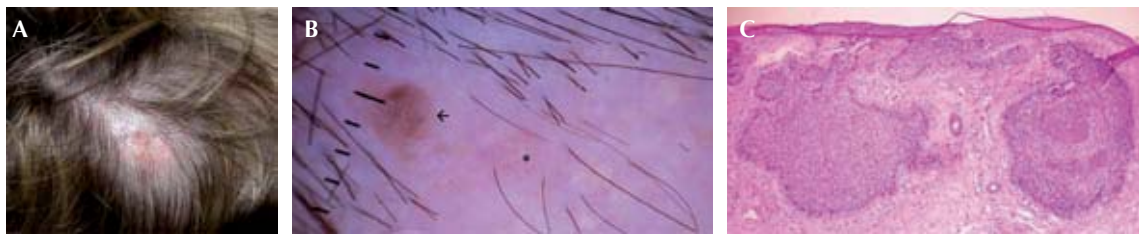


Figura 2. **A.** Placa pseudoalopécica amarillo-rosada, de 2.8 x 2.1 cm. **B.** En la dermatoscopia se observaron vasos en corona, en horquilla y vasos lineales irregulares. **C.** Masas de células basaloides con retracción del estroma circundante y vasos capilares dilatados.

Chun y colaboradores revisaron 225 casos de nevo sebáceo de Jadassohn, de los que únicamente se evidenciaron nueve neoplasias benignas (5.4%), todos en mayores de 20 años; predominaron tricoblastoma,iringocistadenoma papilífero y cistadenoma apocrino de los especímenes examinados.⁴ Jaqueti y su grupo concluyeron que el nevo sebáceo se asocia únicamente con tumores benignos (21.3%), principalmente tricoblastoma, iringocistadenoma papilífero y sebomatricoma, únicamente en 24% en menores de 18 años.⁷ Cribier y colaboradores evaluaron 596 nevos sebáceos de todas las edades, identificaron únicamente cinco carcinomas basocelulares (0.8%) y 81 neoplasias benignas (13.6%).⁸ Idriss y su grupo, en 2014, realizaron un análisis retrospectivo de 707 casos, de los

que el tricoblastoma correspondió a la neoplasia benigna más frecuente (7.4%); en segundo lugar estuvo el iringocistadenoma papilífero (5.4%). Los tumores malignos correspondieron únicamente a 2.5%; el carcinoma basocelular fue el más frecuente, con prevalencia de 1.1%, seguido por el carcinoma de células escamosas, con 0.5%.¹ Desde que Ackerman y colaboradores describieron los hallazgos histopatológicos de estas neoplasias germinativas foliculares se cree que los reportes previos de carcinomas basocelulares en realidad corresponden a tricoblastomas.³

A pesar de que existen múltiples estudios que evalúan su asociación con neoplasias benignas y malignas, existe solamente un par de estudios en la bibliografía acerca de los hallazgos

dermatoscópicos.^{9,10} Giorgi y su grupo reportan el caso de un hombre de 54 años de edad con una neoformación amarillenta desde la infancia y dos neoformaciones pigmentadas de dos años de evolución.⁹ En la evaluación dermatoscópica se observó un área no homogénea azul grisácea, con un patrón vascular lineal, sospechosa de nevo azul *versus* melanoma maligno; sin embargo, fue compatible en términos histopatológicos con tricoblastoma. En 2012, Silva publicó otro caso de tricoblastoma asociado con nevo sebáceo de Jadassohn en un hombre de 20 años, en el que observó nidos ovoides rodeados por un área blanco-lechosa y un patrón vascular lineal, compatible con tricoblastoma.¹⁰

En relación con los casos aquí informados, y en particular con sus hallazgos dermatoscópicos, consideramos que en el primer caso se observaron hojas de maple, que se correlacionan en términos histopatológicos con nidos de células basaloideas en la dermis superficial, y las extensiones bulbosas corresponden a uniones lobulares entre los nidos, descritos en carcinomas basocelulares pigmentados. El segundo caso también llamó la atención por el hecho de que la porción de la lesión que tuvo el tricoblastoma, desde el punto de vista dermatoscópico, no tenía estructuras que pudieran simular un carcinoma basocelular, pese a que en sus hallazgos histopatológicos tenía ciertas similitudes. Al contrario, es de resaltar que el tipo de vasos sanguíneos dista mucho de los arboriformes, que sí tiene el carcinoma basocelular. La propia lesión, desde el punto de vista clínico, es poco pigmentada y la dermatoscopia no ofrece los criterios propios de esta entidad (nidos ovoides, glóbulos, hojas de maple, ruedas de carro).

Al considerar que desde el punto de vista histopatológico son entidades distintas, las diferencias descritas por Ackerman y colaboradores,³ como simetría de la proliferación, neoformación bien delimitada, estroma fibroso, hendiduras focales,

ausencia de mucina, atipia celular y mitosis, no son representadas por los criterios dermatoscópicos descritos por Menzies y su grupo.¹¹

En los casos que comunicamos, la dermatoscopia aún es una guía para la práctica clínica; sin embargo, consideramos que no es de utilidad para diferenciar un tricoblastoma de un carcinoma basocelular. Esto, a reserva de que publicaciones posteriores y un mayor número de casos de esta asociación precisen lo contrario o propongan otras estructuras sugerentes de tricoblastoma.

REFERENCIAS

1. Idriss MH, Elston DM. Secondary neoplasms associated with nevus sebaceus of Jadassohn: A study of 707 cases. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:332-337.
2. Kaddu S, Schaeppi H, Kerl H, Soyer HP. Basaloid neoplasms in nevus sebaceus. *J Cutan Pathol* 2000;27:327-337.
3. Ackerman AB, De Viragh PA, Chongchitnant N. Neoplasms with follicular differentiation. Philadelphia: Lea and Febiger, 1993;406-409.
4. Chun K, Vazquez M, Sanchez JL. Nevus sebaceus: clinical outcome and considerations for prophylactic excision. *Int J Dermatol* 1995;34:538-541.
5. Jadassohn J. Bemerkungen zur Histologie der systematisirten Naevi und ueber "Talgdrüsen-naevi". *Arch Derm Syphilol* 1895;33:335-394.
6. Mehregan AH, Pinkus H. Life history of organoid nevi: special reference to nevus sebaceus of Jadassohn. *Arch Dermatol* 1965;91:574-588.
7. Jaqueti G, Requena L, Sanchez Yus E. Trichoblastoma is the most common neoplasm developed in nevus sebaceus of Jadassohn: a clinicopathologic study of a series of 155 cases. *Am J Dermatopathol* 2000;22:108-118.
8. Cribier B, Sclener Y, Grosshans E. Tumors arising in nevus sebaceus: a study of 596 cases. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:263-268.
9. Giorgi VD, Massi D, Trez E, Alfaioli B, Carli P. Multiple pigmented trichoblastomas and syringocystadenoma papilliferum in naevus sebaceus mimicking a malignant melanoma: a clinical dermoscopic-pathological case study. *Br J Dermatol* 2003;149:1067-1070.
10. Silva CAS. Non-traditional indications in dermoscopy. *Surg Cosmet Dermatol* 2012;4:203-205.
11. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Kopf AW, et al. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2000;136:102-1016.