

APOSTILLAS DERMATOLÓGICAS 39

DERMATOLOGIC NOTES 39

V PARRA * y N E DRIBAN **

Rev Argent Dermatol 2008; 89: 193-195.

1) El nevus de Ota, también denominado melanosis óculodermal, se caracteriza clínicamente por una pigmentación azulada en ojo o región periorbitaria. Si bien es más frecuente en pacientes de ascendencia japonesa, puede observarse en todas las etnias. Tiende a persistir y extenderse localmente con el transcurso de los años y se asocia en el 10% de los casos a glaucoma ipsilateral y con menor frecuencia a melanocitosis intracralear y melanoma ocular o cutáneo.¹

2) La melanosis de Riehl fue descrita en 1917 bajo la denominación de *Kriegmelanose* (melanosis de guerra) como una hiperpigmentación facial, más pronunciada en la frente, los arcos zigomáticos y la región temporal, observada en el personal que manipulaba derivados del petróleo, en las fábricas destinadas a la manufacturación de armamentos. Posteriormente, se ha asociado a trabajadores en contacto con derivados del petróleo o con sensibilizantes presentes en los cosméticos, pero su frecuencia ha disminuido notablemente. Una pigmentación similar se describe en los pacientes con SIDA tratados con medicación antirretroviral.^{2,3}

3) El nevo de Becker es un hamartoma hiperpigmentado, de bordes geográficos y a menudo con hipertrichosis. Se localiza preferentemente en hombros o el tórax, aunque puede aparecer en cualquier otra ubicación. Por ser andrógeno dependiente, si bien es congénito, la edad de aparición es la adolescencia y más frecuentemente en varones. Cuando se asocia con anomalías musculares, esqueléticas u otras conforma el Síndrome del Nevus de Becker integrando el grupo del Síndrome del Nevus Epidérmico junto con el nevus sebáceo, el comedónico, la facomatosis pigmento-queratótica, el Proteus y el CHILD. Las asociaciones más frecuentes son: hipoplasia de mama ipsilateral, hipoplasia del hombro o brazo, defectos vertebrales o músculo-esqueléticos, pectum excavatum, pectum carinatum, torsión tibial bilateral, asimetría de la escápula, hipoplasia del esternocleidomastoideo, asimetría facial, hernia umbilical, hipoplasia del labio menor contralateral, escroto accesorio, pelo escaso en la axila ipsilateral, pezones supernumerarios, entre otros.⁴

* Profesora Adjunta Efectiva del Área de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Cuyo.
Jefa del Servicio de Dermatología del Hospital Lagomaggiore. Mendoza.

** Profesor Titular Efectivo del Área de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Cuyo.
Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Español. Mendoza.

4) La rapamicina, una nueva clase de inmunosupresor fue aislada a partir de una planta obtenida en la isla chilena de Pascua (Rapa Nui en la lengua aborigen) y fue denominada rapamicina en honor al nombre nativo de la isla. Es un potente inmunosupresor contra tumores sólidos con propiedades antifúngicas y es utilizado para prevenir la restenosis (reaparición del bloqueo arterial tras la angioplastia). Desde el punto de vista dermatológico, la rapamicina usada en pacientes transplantados está asociada con menor índice de tumores cutáneos que otros inmunosupresores y tiene un futuro promisorio en el tratamiento del sarcoma de Kaposi, la esclerodermia y los angiofibromas en la esclerosis tuberosa (ET) por medio de la inhibición del factor de crecimiento tumoral relacionado con la ET.^{5,6,7}

5) El tratamiento de la lepra ha significado desde la antigüedad un desafío terapéutico. Las primeras referencias hacen hincapié en las medidas de higiene y aislamiento, como al incendio de las casas de pacientes leprosos. En la antigua China se usó la acupuntura, así como el arsénico; en el siglo XIX el caldo de culebra (majá o boa de Cuba) o de tortuga eran terapéuticas habituales. En la India desde hace más de 2000 años, se utilizó el aceite de Chaulmoogra (kalow) que deriva de una planta de la familia de las Flacurtiáceas (*Tarakrogenes cursi*) y que según numerosos relatos históricos curaba la lepra. Recién a comienzos del 1800 se conoció este aceite en Europa, donde a partir del mismo y luego de múltiples ensayos, se sintetizó el Antileprol[®] en 1908, las sulfonas y la diaminodifenilsulfona, actualmente utilizada en el tratamiento de todas las formas clínicas.⁸

6) Se estudió la incidencia del melanoma y de otras patologías tumorales, en pacientes con artritis reumatoidea tratada con metotrexate.⁹ En 459 enfermos con aquella patología articular se encontró un sesgo aumentado del 50% para presentar un melanoma, en relación a la población normal. Este sesgo fue tres veces también mayor para malignidades de pulmón y cinco veces superior para linfomas no-Hodgkin. Debemos

considerar que la población estudiada era de Australia, por su especial fototipo y tal vez por ello, no atribuible esta observación solamente al uso de metotrexate.

7) También y en relación con la artritis reumatoidea se encontró un 65 a un 91% de riesgo aumentado para la instalación del herpes zoster. No se descartó la influencia que pudieran tener las distintas medicaciones utilizadas (corticoides, agentes biológicos, etc).¹⁰

8) Durupt y col 11 reportaron el uso de cloroquina, a razón de 200 mg/día en seis pacientes con necrobiosis lipóidica y en otros dos con similar dermatosis, con hidroxiclo-roquina, con 400 mg/día. En un total de siete casos se presentó una buena mejoría clínica.

9) El liquen esclero-atrófico acral es una eventualidad muy rara. Steff y col¹² describieron recientemente un paciente de 56 años de edad con afectación de ambas caras de las manos, concomitantemente con la presencia de similar lesión en la vulva y región perigenital. Se conforma de este modo, y según sus autores, en la primera comunicación de dicha dermatosis con esta particular topografía.

10) La transformación maligna del trico-blastoma (carcinoma tricoblástico) es una eventualidad muy infrecuente. El mismo tiene un comportamiento muy agresivo, con diseminación metastásica linfática y hematógena.¹³

REFERENCIAS

- 1) Sinha S, Cohen PJ y Schwartz RA. Nevus of Ota in children. *Cutis* 2008; 82: 25-29.
- 2) Rorsman H. Riehl's melanosis. *Int J Dermatol* 1982; 21 (2): 75-78.
- 3) Hanada K, Hashimoto I, Baba T y col. Melanosis Riehl-like facial pigmentation in a Japanese case of AIDS. *J Dermatol* 1994; 21 (5): 363-366.
- 4) Alfaro A, Tórrero A, Hernández A y col. Síndrome del Nevus de Becker. *Actas*

- Dermosifiliogr 2007; 98: 702-704.
- 5) Rautkys A, Lee N, Lee L y Dabora SL. Topical rapamycin inhibits tuberous sclerosis tumor growth in a nude mouse model. *BMC Dermatol* 2008; 28: 1-3.
 - 6) Guenova E, Metzler G, Hoetzenecker W y col. Classic Mediterranean Kaposi's sarcoma regression with sirolimus treatment. *Arch Dermatol* 2008; 144 (5): 692-693.
 - 7) Euvrard S. Skin cancers after organ transplants. *Presse Med* 2008; 37: 1475-1479.
 - 8) Reverte Coma JM: En www.gorgas.gob.pa/museoafc/loscriminales/paleopatologia.
 - 9) Buchbinder R. Incidente of melanoma and other malignancies among rheumatoid arthritis treated with methotrexato. *Arthritis Rheum* 2008; 59: 794-799.
 - 10) Smitten A. The risk of Herpes Zoster in patients with rheumatoid arthritis in the United States and the United Kingdom. *Arthritis Care Res* 2007; 57: 1431-1438.
 - 11) Durupt F, Dalic S, Debarbreux S y col. Successful Treatment of Necrobiosis Lipoidica With antimalarial Agents. *Arch Dermatol* 2008; 144: 118-119.
 - 12) Steff M, Toulemonde A, Croue E y col. Lichen scléreux acral. *Ann Dermatol Veneréol* 2008; 135: 201-204.
 - 13) Regauer S, Beham-Schmid C, Okeu M y col. Trichoblastic carcinoma ("malignant trichoblastoma") with lymphatic and hematogenous metastases. *Mod Pathol* 2000; 13: 673-678.