

Nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL). Comunicación de un caso, con presentación en la edad adulta

Dra. Myrna Rodríguez,* Dra. Josefa Novales S,** Dra. Karla Denise Castro Méndez***

RESUMEN

El nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal, se caracteriza clínicamente por lesiones eritematoescamosas de aspecto psoriasiforme, pruriginosas. Su frecuencia es mayor en la primera infancia.

Se presenta el caso de un paciente masculino que a los 27 años inicia con lesión psoriasiforme en extremidad superior derecha.

Palabras clave: NEVIL, nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal.

ABSTRACT

The Inflammatory linear verrucose epidermal nevus, is characterized clinically by lesions erythematous, scaly with aspect psoriasiforme. Their frequency is bigger in the first childhood.

We present the case of a 30 year-old male who presents a psoriasiform lesion that affects the back side of the right hand and forearm.

Key words: ILVEN, inflammatory linear verrucose epidermal nevus.

INTRODUCCIÓN

El nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal, es un tipo de nevo epidérmico que se caracteriza por presentar lesiones eritematosas de aspecto psoriasiforme, siempre pruriginosas que siguen un trayecto lineal.¹

La primera descripción, la realizó Unna en 1894, quien señala las características histológicas psoriasiformes de algunos nevos epidérmicos lineales. A partir de 1971, Altman y Mehregan estudian 25 casos de esta entidad, designándolo "NEVIL",² y desde entonces existen en la literatura dermatológica múltiples publicaciones al respecto. Los casos de inicio en la edad adulta son raros; algunos de éstos fueron estudiados por la Dra. Obdulia Rodríguez, en 1980 quien publica el caso de un paciente con diagnóstico de NEVIL que inició a los 31 años.¹ Las Dras. Novales y Navarrete en

1994, reportan también el caso de una paciente que inicia a los 43 años de edad.³

El nevo verrugoso inflamatorio lineal, es considerado una variedad clínica del nevo epidérmico. Son característicos el prurito persistente y las pápulas escamosas confluentes en placas lineales, de curso crónico y con resistencia al tratamiento.⁴

Su frecuencia es mayor en el sexo femenino en una proporción de 4:1, según Altman y Mehregan, y de 2:1 para Pierini y cols. Por lo general aparecen durante la primera infancia, o bien desde el nacimiento y rara vez durante la edad adulta como es el caso de nuestro paciente.

Su localización habitual es en extremidades inferiores, aunque también se ha reportado la afección de extremidades superiores y tronco, excepcionalmente en cara. Su distribución es unilateral afectando principalmente hemicuerpo izquierdo.¹⁻³⁻⁵

Son neoformaciones redondas de color rosa-amarillento, o gris, múltiples, la superficie se encuentra cubierta de escama fina, adherente, blanquecina y pueden observarse exulceraciones, así como cierto grado de infiltración, algunas se encuentran en forma aislada

* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefa del Laboratorio de Dermatopatología, CDP.

*** Residente 3er año Dermatología, CDP.

y otras confluyen en placas lineales de aspecto verrugoso o psoriasiforme.¹

Entre las dermatosis asociadas se encuentran: manchas café con leche y manchas hipopigmentadas congénitas. Algunos lo asocian con anomalías esqueléticas como formación incompleta de huesos, (tobillo, falanges, vértebras, isquión, pubis, costillas, clavículas, huesos de la nariz, esfenoide y orbital); agenesia ósea, quistes óseos, desmineralización que provoca fracturas espontáneas, escoliosis y xifosis.

Retraso mental y convulsiones en un 15-50%. Anomalías oculares en un 33% como lipodermoides conjuntivales, coristomas, colobomas del iris, cuerpo ciliar, retina y párpados. Estas asociaciones están en relación con el grado de afección cutánea.⁶

Los cambios histológicos descritos por Altman y Mehregan desde 1971 incluyen acantosis y papilomatosis, espongirosis y edema, exocitosis dentro de la dermis suprapapilar, paraqueratosis con formación de microabscesos de Munro. Puede haber ausencia de capa granulosa y en dermis un infiltrado inflamatorio perivascular.^{2,3}

El diagnóstico diferencial clínico debe establecerse con dermatosis lineales, entre éstas el liquen estriado, la psoriasis lineal (en la que hay ausencia de prurito y puede haber lesiones en otra topografía, presentando fenómeno de Köebner); psoriasis nevoide (afección rara en la que las lesiones se disponen de forma primaria siguiendo unilateralmente las líneas de Blaschko). Otras dermatosis crónicas con distribución lineal incluyen liquen plano lineal, poroqueratosis lineal, verrugas planas de distribución lineal en las cuales el estudio histopatológico establece el diagnóstico definitivo.⁵

Tratamiento

No existe un tratamiento satisfactorio, para muchos la extirpación quirúrgica es la mejor opción, sin embargo existen áreas poco accesibles o de localización muy extensa donde no es posible utilizar esta opción terapéutica.

Otros tratamientos reportados incluyen el uso de 5 fluorouracilo con buenos resultados; pero con el inconveniente de ser mal tolerado; esteroides tópicos oclusivos o intralesionales, aplicación tópica de ácido tricloroacético, alfa hidroxilácidos, retinoides tópicos, preparaciones con ditranol solo o asociado a exposición de rayos ultravioleta, calcipotriol oclusivo, el cual se ha considerado útil en niños aunque no como terapia definitiva, crioterapia y dermoabrasión.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 29 años de edad, soltero, con escolaridad hasta secundaria, de ocupación panadero, originario de San José Oxtutla, municipio de Copalillo Guerrero y residente de Nueva Italia, en el estado de Michoacán.

Presenta una dermatosis localizada a extremidad superior derecha, afecta antebrazo en el tercio inferior por su cara externa, dorso de la mano y dedos índice y medio por sus caras externas así como las uñas. La dermatosis está constituida por una neoformación de 15 por 8 centímetros en sus diámetros mayores, de aspecto verrugoso, con liquenificación, escama blanca y costras sanguíneas, que confluyen formando una placa de forma lineal, crónica y pruriginosa (*Figura 1*).

En uñas de los dedos afectados se observaba eritema periungueal, desaparición de lúnulas, cambio de coloración, con un pigmento amarillento; estrías longitudinales, algunas tan profundas que permitían ver el lecho ungueal con un material gelatinoso, amarillento y en el tercio distal, onicodistrofia (*Figura 2*).

Interrogatorio

Refería el paciente una evolución de 2 años, con pápulas y prurito intenso en el antebrazo, las cuales se fueron extendiendo en forma lenta y paulatina hasta llegar a las uñas. Como tratamientos previos se aplicó esteroides y antibióticos tópicos sin buen resultado por lo que acudió a la consulta externa del Centro Dermatológico Pascua.

Se hizo diagnóstico clínico presuntivo de NEVIL, y se realizó una biopsia la cual reportó: hiperqueratosis compacta con áreas de paraqueratosis, acantosis moderada a expensas de los procesos interpapilares, presencia de capa granulosa en algunos sitios y ausencia de la misma en otros; así como formación de vesículas intraepidérmicas y áreas de exocitosis.

La dermis con papilomatosis y un infiltrado moderado perivascular que ocupa dermis papilar y subpapilar (*Figuras 3 y 4*).

Por correlación clínico histopatológica se estableció el diagnóstico definitivo de NEVIL.

Los exámenes generales: biometría hemática, examen general de orina y química sanguínea se encontraron en parámetros normales; el estudio micológico de uñas fue negativo. Las interconsultas a los servicios de oftalmología y neurología fueron reportados sin alteraciones. A nivel óseo se encontró deformidad angular de ambos radios (*Figura 5*) y a nivel de columna espondiloartrosis grado 1.

Se inició tratamiento con 5-Fluorouracilo tópico sin respuesta satisfactoria, por lo que fue enviado al servi-



Figura 1. Neoformación lineal de aspecto psoriasiforme.



Figura 2. Afección ungueal, nótese las estrías longitudinales.

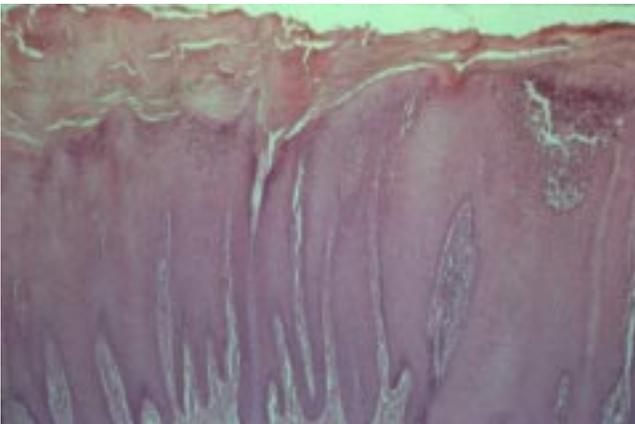


Figura 3. Hiperqueratosis compacta, granulosa con áreas de ausencia, acantosis regular. (H-E 4x).

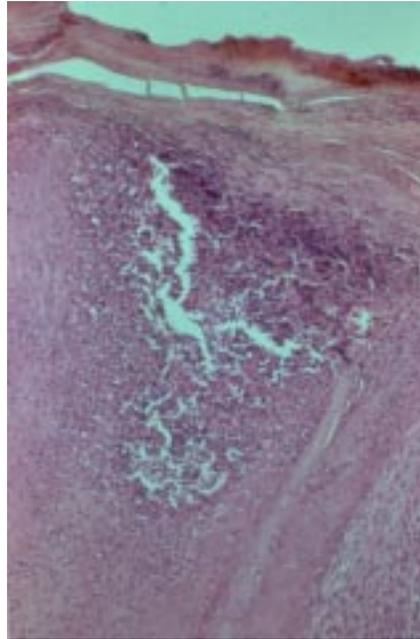


Figura 4. Microabscesos en la epidermis, ausencia de la granulosa y núcleos en la capa córnea. (H-E 10x)



Figura 5. Deformidad angular en radio.

cio de cirugía donde será valorado para realización de laserabrasión.

COMENTARIO

El caso que comunicamos en este artículo además de la presentación tardía, afecta la extremidad superior derecha (en lugar de los miembros inferiores y el lado izquierdo del cuerpo, como es más frecuente) y además se observa importante afección ungueal. Consideramos importante publicar este caso, con edad de presentación y topografía poco usual, ya que estas lesiones pueden ser

confundidas clínicamente con psoriasis y el reporte histopatológico como patrón psoriasiforme, lo que aumenta la confusión, por lo anterior, es imprescindible para el diagnóstico preciso, la correlación clínico-histopatológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez O. Nevo verrugoso inflamatorio lineal. Comunicación de 2 casos. *Derm Rev Mex* 1980; 24: 173-189.
2. Altman J, Mehregan A. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus. *Arch Derm* 1971; 104: 385-389.
3. Novales J, Navarrete G, Padilla M et al. Nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL). Comunicación de tres casos. *Rev CDP* 1994; 3:43-48.
4. Hurwitz. *Clinical Pediatric Dermatology*. Saunders Company. 2ª edition, 1993:218-219.
5. Sáenz S, Gilaberte Y. Lesiones eritematodescamativas lineales en pierna izquierda. *Piel* 1994; 9: 92-93.
6. Fitzpatrick's. *Dermatology in General Medicine*. McGraw-Hill .5ª edition, 1999: 1674.
7. Micali G, Nasca M, Musumeci M. Effect of topical calcipotriol on inflammatory linear verrucous epidermal nevus. *Ped-Dermatol* 1995; 12: 385-386.