

cuencia es discretamente superior en varones, y por encima de los 50 años mínimamente superior en mujeres, aunque globalmente afecta prácticamente por igual a los 2 sexos³.

El diagnóstico diferencial clínico debe establecerse con el condiloma acuminado, las verrugas vulgares y el carcinoma epidermoide (incluido el verrucoso)². En nuestro caso nos planteamos la posibilidad de que la lesión se tratase de un linfoma, dado que el paciente había presentado una reactivación reciente para el VEB⁷.

Al examen histológico se observa un epitelio escamoso hiperqueratósico con paraqueratosis focal y sin atipia celular, con elongación de las crestas epiteliales y células espumosas entre ellas^{2,6}. Estas células presentan un citoplasma granular, con el núcleo normalmente excéntrico². Con inmunohistoquímica estas células son intensamente positivas para CD-68 y negativas para S-100^{2,3}. Se han descrito 3 patrones histopatológicos: verrucoso, papilar y plano, siendo el patrón verrucoso el más frecuente³.

El diagnóstico diferencial anatomopatológico incluye la verruga vulgar, el liquen simple crónico y el xantoma eruptivo⁸. No se ha descrito previamente ningún caso de asociación de esta tumoración con la infección por VEB. En cambio, se han comunicado casos de aparición de esta lesión sobre lesiones mucocutáneas previas como liquen plano oral o EICH de mucosas³. Nuestro paciente no había presentado afectación mucosa por EICH ni otras lesiones previas en la mucosa oral.

La etiopatogenia del xantoma verruciforme es aún desconocida. Se ha postulado que se trate de una reacción inflamatoria secundaria al traumatismo repetido, puesto que aparece principalmente en zonas sometidas al roce⁹, o que la acumulación de células espumosas en la dermis sea el desencadenante primario, aunque en la mayoría de los casos no se ha encontrado una asociación con trastornos del metabolismo lipídico⁶. El papel patogénico del papilomavirus no se ha demostrado⁹. Planteamos que la reactivación del VEB en nuestro paciente pudiera tener relación con la aparición de la lesión, dada su conocida asociación con la inducción de otras lesiones en la mucosa oral, como la leucoplasia oral vellosa, en pacientes inmunodeprimidos⁷. La relación patogénica entre el VEB y el xantoma verruciforme no ha sido previamente descrita, por lo que pudiera tratarse de un hallazgo incidental en nuestro caso.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la lesión, siendo la recurrencia extremadamente rara³.

En conclusión, presentamos el caso de un paciente que presentaba una tumoración lingual con clínica e histopatología típicas de xantoma verruciforme. Había presentado una reactivación reciente para VEB, asociación no previamente descrita en la literatura, por lo que puede tratarse de un hallazgo casual.

Bibliografía

1. Shafer WG. Verruciform xanthoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1971;31:784-9.
2. Oliveira PT, Jaeger RG, Cabral LA, Carvalho YR, Costa AL, Jaeger MM. Verruciform xanthoma of the oral mucosa. Report of four cases and a review of the literature. *Oral Oncol.* 2001;37:326-31.
3. Philipsen HP, Reichart PA, Takata T, Ogawa I. Verruciform xanthoma-biological profile of 282 oral lesions based on a literature survey with nine new cases from Japan. *Oral Oncol.* 2003;39:325-36.
4. Kanitakis J, Euvrard S, Butnaru AC, Claudy A. Verruciform xanthoma of the scrotum in a renal transplant patient. *Br J Dermatol.* 2004;150:161-3.
5. Fite C, Plantier F, Dupin N, Avril MF, Moyal-Barracco M. Vulvar verruciform xanthoma: ten cases associated with lichen sclerosus, lichen planus, or other conditions. *Arch Dermatol.* 2011;147:1087-92.
6. Sopena J, Gamo R, Iglesias L, Rodriguez-Peralto JL. Disseminated verruciform xanthoma. *Br J Dermatol.* 2004;151:717-9.
7. Mendoza N, Diamantis M, Arora A, Bartlett B, Gewirtzman A, Tremaine AM, et al. Mucocutaneous manifestations of Epstein-Barr virus infection. *Am J Clin Dermatol.* 2008;9:295-305.
8. Colonna TM, Fair KP, Patterson JW. A persistent lower lip lesion. Verruciform xanthoma. *Arch Dermatol.* 2000;136:665-6, 669.
9. Frankel MA, Rhodes HE, Euscher ED. Verruciform xanthoma in an adolescent: a case report. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16:70-4.

P. Maldonado-Cid^{a,*}, L. Noguera-Morel^a,
M.J. Beato-Merino^b y R. de Lucas-Laguna^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pmaldonadocid@gmail.com
(P. Maldonado-Cid).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.04.020>

Nevus melanocítico congénito subungueal y periungueal

Congenital Subungual and Periungual Melanocytic Nevus

Sr. Director:

Un neonato sano de 12 horas de vida, de origen ecuatoriano y sin antecedentes familiares de melanoma ni otras neoplasias

destacables, fue remitido para la valoración de una lesión ungueal congénita situada en el tercer dedo de la mano izquierda. El paciente no había sufrido ningún traumatismo obstétrico ni posnatal en el dedo afecto.

La exploración física mostraba una coloración homogénea marrón-eritematosa que afectaba a la totalidad de la superficie ungueal (fig. 1 A). En el estudio dermatoscópico se observaban glóbulos negros linealmente dispuestos sobre el fondo marrón de la lámina ungueal, y destacaba una pigmentación gris periungueal con glóbulos marrones (fig. 2 A). La correlación clínico-dermatoscópica sugería como

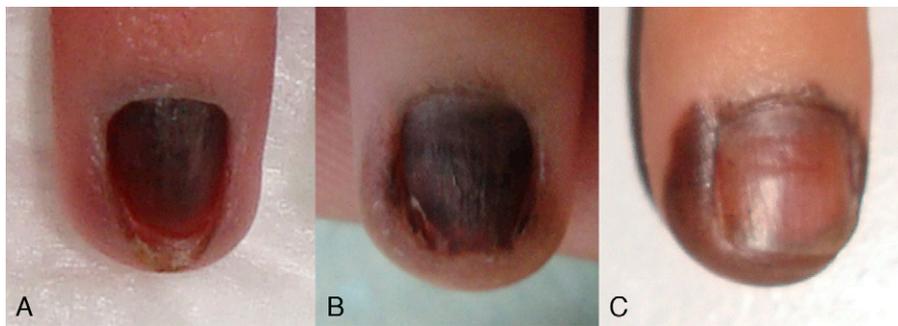


Figura 1 A. Imagen clínica inicial, melanoniquia homogénea marrón. B. A los 2 meses la afectación periungueal ya era clínicamente visible. C. A los 6 meses de seguimiento el componente periungueal era más evidente.

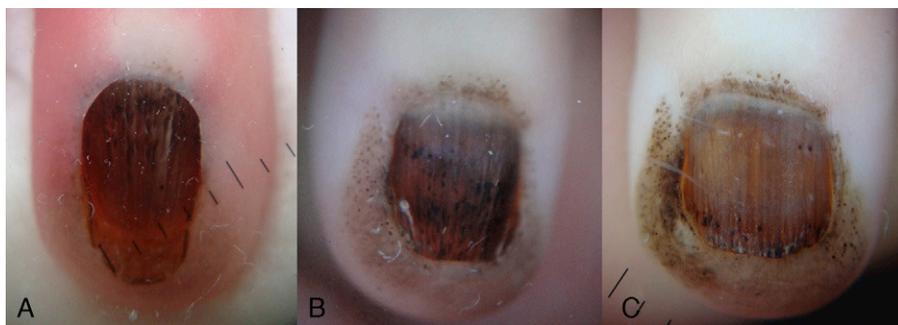


Figura 2 A. La dermatoscopia inicial puso de manifiesto la presencia de glóbulos pigmentados en la lámina ungueal y en la piel periungueal proximal. B. A los 2 meses se observaban glóbulos pigmentados sobre un fondo marrón, con líneas longitudinales finas y regulares en la lámina ungueal. C. A los 6 meses el patrón dermatoscópico permanecía estable.

diagnóstico más probable un nevus melanocítico de la matriz ungueal, aunque en ese momento no permitía excluir otras lesiones melanocíticas o una hemorragia. Entre las distintas opciones diagnósticas y terapéuticas posibles se optó por una vigilancia estrecha de la lesión, dada la aparente naturaleza benigna de la misma.

Dos meses después el área pigmentada sobrepasaba la superficie de la placa ungueal y afectaba de forma evidente la piel periungueal (fig. 1 B). En ese momento el estudio dermatoscópico evidenciaba glóbulos pigmentados sobre un fondo marrón claro en la piel periungueal, mientras que la placa ungueal mostraba líneas longitudinales estrechas y regulares con glóbulos de pigmento negro distribuidos fundamentalmente en el tercio distal de la misma (fig. 2 B).

Se decidió realizar una biopsia-punch del hiponiquio que mostró una proliferación melanocítica juntural de aspecto benigno, con melanocitos dispuestos en nidos y células aisladas intraepidérmicas (fig. 3). El estudio histológico de un fragmento distal de la lámina ungueal demostró la presencia de depósitos melánicos. El diagnóstico final fue de nevus melanocítico congénito acral periungueal y subungueal. Tras 6 meses de seguimiento el componente névico periungueal se observa de un modo más evidente y el tamaño de la lesión permanece estable (fig. 1 C y fig. 2 C).

El NMC periungueal y subungueal es una entidad muy infrecuente de la que existen solo 2 casos previamente descritos en la literatura^{1,2}.

Clínicamente se presenta como una pigmentación homogénea de la lámina ungueal^{1,2}. El NMC suele aumentar de tamaño y afectar la piel periungueal, lo que apoya el

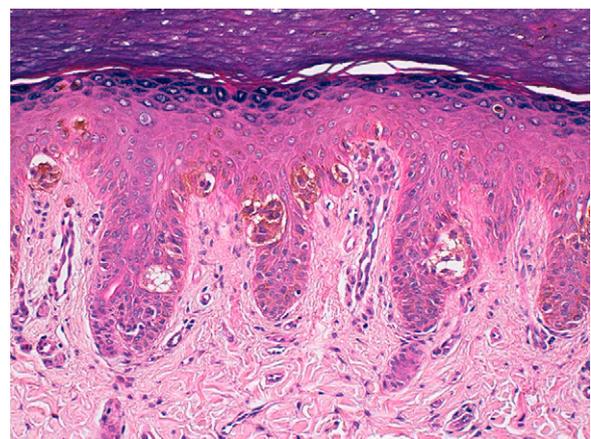


Figura 3 Hiperplasia epidérmica y proliferación de melanocitos de núcleo pequeño, sin atipia ni pleomorfismo, dispuestos en nidos de tamaño variable en la porción inferior del epitelio y también en forma de células individuales con patrón pagetoide en los niveles altos del epitelio (hematoxilina-eosina x 100).

diagnóstico de lesión melanocítica pigmentada^{1,2}. Nuestro caso es el primero en el que se describen las características dermatoscópicas de este tipo de lesiones. En el estudio dermatoscópico se observaba un patrón similar al de los NMC de otras localizaciones, con una pigmentación homogénea sobre la que destacaban glóbulos pigmentados de tamaño y distribución irregular³. La melanoniquia total y la presencia de glóbulos en el NMC subungueal se deben a la participación

de la epidermis del lecho ungueal en la formación de una parte de la lámina ungueal, mientras que las pequeñas líneas longitudinales se explican por la afectación de la matriz ungueal⁴.

A diferencia de la histopatología habitual de los NMC, en la que predomina un componente dérmico, los NMC subungueales y periungueales se caracterizan por ser proliferaciones melanocíticas fundamentalmente junturales. En nuestro caso existían además melanocitos aislados intraepidérmicos.

El diagnóstico diferencial debe considerar entidades de orígenes variados tales como lesiones melanocíticas (lentigo ungueal, nevus de matriz ungueal, nevus azul subungueal, melanoma acral ungueal), pigmentación étnica, pigmentación por fármacos, trastornos endocrinológicos, traumatismos y hemorragias⁵. El estudio histológico de la lámina ungueal permite establecer de forma fácil y no traumática el origen melánico o hemático de los depósitos pigmentarios ungueales. En los NMC subungueales la presencia inicial de pigmento periungueal proximal puede confundirse con el signo de Hutchinson o pseudo-Hutchinson propios de los melanomas acrales y nevus de la matriz ungueal respectivamente⁶. No obstante, la ausencia de una melanoniquia estriada abigarrada y la presencia de glóbulos pigmentados son hallazgos que van más a favor del diagnóstico de NMC.

A menudo el estudio histológico de las lesiones melanocíticas acrales y subungueales, sobre todo en los casos pediátricos, no permite excluir el diagnóstico de melanoma, tanto por la toma de biopsias parciales como por las características particulares de los nevus melanocíticos acrales infantiles, que pueden presentar atipia nuclear aislada e incluso distribución pagetoide de algunos melanocitos⁷. Por ello, ante una melanoniquia con características sugestivas de malignidad (banda de pigmento ancha, signo de Hutchinson, características dermatoscópicas irregulares, paciente de piel oscura) la lesión debe ser totalmente extirpada^{5,7,8}.

Así pues, el manejo de las lesiones pigmentadas ungueales está condicionado por la sospecha del poco frecuente, aunque muy grave, melanoma lentiginoso acral infantil^{9,10}. El seguimiento dermatoscópico y clínico debería reservarse para lesiones con signos de bajo riesgo (bandas estrechas, características dermatoscópicas regulares, ausencia de modificaciones en el tiempo). En estos casos el seguimiento periódico exhaustivo (mediante estudio dermatoscópico y almacenaje de imágenes) parece la opción más adecuada, ya que evita las potenciales secuelas estéticas y funcionales de una exéresis/biopsia^{5,7,8}.

En conclusión, presentamos el tercer caso de NMC subungueal y periungueal descrito en la literatura. El conocimiento de esta entidad puede contribuir a evitar tratamientos agresivos (exéresis amplia, amputación) derivados del sobrediagnóstico de melanoma acrolentiginoso infantil.

Agradecimientos

Al Dr. Antonio Torrelo, del Hospital Niño Jesús de Madrid.

Bibliografía

1. Coskey RJ, Magnell TD, Bernacki Jr EG. Congenital subungual nevus. *J Am Acad Dermatol.* 1983;9:747-51.
 2. Libow LF, Casey TJ, Varela CD. Congenital subungual nevus in a black infant. *Cutis.* 1995;56:154-6.
 3. Changchien L, Dusza SW, Agero AL, Korzenko AJ, Braun RP, Sachs D, et al. Age- and site-specific variation in the dermoscopic patterns of congenital melanocytic nevi: an aid to accurate classification and assessment of melanocytic nevi. *Arch Dermatol.* 2007;143:1007-14.
 4. Johnson M, Shuster S. Continuous formation of nail along the bed. *Br J Dermatol.* 1993;128:277-80.
 5. Braun RP, Baran R, Le Gal FA, Dalle S, Ronger S, Pandolfi R, et al. Diagnosis and management of nail pigmentations. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:835-47.
 6. Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viallard AM, Barrut D, et al. Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol.* 2002;138:1327-33.
 7. Iorizzo M, Tosti A, Di Chiacchio N, Hirata SH, Misciali C, Michalany N, et al. Nail melanoma in children: differential diagnosis and management. *Dermatol Surg.* 2008;34:974-8.
 8. Gershtenson PC, Krunic A, Chen H, Konanahalli M, Worobec S. Subungual and periungual congenital blue naevus. *Australas J Dermatol.* 2009;50:144-7.
 9. Hernandez A, Torrelo A. Recent data on the risk of malignancy in congenital melanocytic nevi: the continuing debate on treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:185-9.
 10. Clemente-Ruiz de Almirón A, Almazan-Fernandez FM, Serrano-Ortega S. On the age when malignant transformation of congenital melanocytic nevi occurs. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:84-5.
- A. Agusti-Mejias^a, F. Messeguer^{b,*}, I. Febrer^a y V. Alegre^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francescumb@comv.com (F. Messeguer).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.04.021>

Varicela complicada con rabdomiólisis

Varicella Complicated by Rhabdomyolysis

Sr. Director:

La infección primaria por el virus varicela-zoster suele presentarse en la infancia, siendo en la mayoría de los casos

autolimitada. Sin embargo, en lactantes, en la edad adulta y en inmunodeprimidos puede originar un cuadro potencialmente grave al asociarse a determinadas complicaciones.

Describimos el caso de un paciente adulto inmunocompetente con varicela que desarrolló como complicación una rabdomiólisis.

Nuestro paciente es un varón de 29 años, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por la aparición