

vascular de los niños, demostrada en las erupciones purpúricas secundarias a esfuerzos como el vómito, la tos y el llanto, así como el efecto traumático que puede ejercer el plástico de la cura oclusiva también podrían influir en la aparición de este infrecuente efecto secundario¹.

Bibliografía

1. Neri I, Savoia F, Guareschi E, Medri M, Patrizi A. Purpura after application of EMLA cream in two children. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:556-8.
2. CalobriSSI SD, Drolet BA, Esterly NB. Petchial eruption after the application of EMLA cream. *Pediatrics.* 1998;101:471-3.
3. De Waard-van der Spek FB, Oranje AP. Purpura caused by EMLA is of toxic origen. *Contact Dermatitis.* 1997;36:11-3.
4. Gourrier E, El Hanache A, Karoubi P, Mouchnino G, Merbouche S, Lerailliez J. Cutaneous problems after application of EMLA in premature infants. *Arch Pediatr.* 1996;3:289-90.

Hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola unilateral tratada con calcitriol tóxico

E. Guevara-Gutiérrez^a, V.M. Tarango-Martínez^a, C. Sandoval-Tress^a y M. Hernández-Torres^b

^aDepartamento de Dermatología. ^bDepartamento de Dermatopatología. Instituto Dermatológico de Jalisco «Dr. José Barba Rubio». Secretaría de Salud Jalisco. Jalisco. México.

Sr. Director:

La hiperqueratosis del pezón y la areola (HPA) es una enfermedad poco frecuente caracterizada por engrosamiento verrugoso y pigmentación café del pezón y la areola¹. Fue descrita inicialmente por Tauber en 1923 y hasta la fecha existen aproximadamente 70 casos publicados en la literatura. Múltiples opciones terapéuticas han sido utilizadas en el tratamiento de esta condición, sin embargo hasta la fecha no existe ningún tratamiento que sea considerado el estándar de oro.

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 35 años de edad que fue valorado en nuestra institución por presentar una dermatosis levemente pruriginosa, localizada en el pezón y la areola de la mama izquierda, de 5 años de evolución. La dermatosis se inició como un área eritematosa y progresó hasta formar una placa hiperpigmentada con engrosamiento de la piel en los 18 meses previos a la consulta. El paciente aplicó acetónido de fluocinolona tóxico durante dos años, presentando una mejoría inicial; sin embargo, poco tiempo después de comenzar a utilizarlo la dermatosis se extendió.

La exploración física reveló una placa oval, hiperqueratósica, hiperpigmentada y verrugosa de 3,8 cm de diámetro rodeada por una mácula café de 15 cm de diámetro (fig. 1). En el resto

de la exploración el paciente no presentaba ninguna otra alteración.

El diagnóstico clínico inicial fue queratosis seborreica. Se realizó una biopsia con sacabocado y la tinción con hematoxilina-eosina, que reveló la presencia de hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis (fig. 2). Haciendo una correlación clínico-histopatológica se llegó al diagnóstico de hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola (HNPA) unilateral.

Se inició tratamiento con calcitriol tóxico al 0,3%. El ungüento fue aplicado dos veces al día durante 6 meses, mostrando una resolución completa de la hiperqueratosis, aunque dejando una hiperpigmentación residual de la piel. El paciente no mostró ningún efecto secundario a la aplicación del medicamento.

La HPA ha sido clasificada en tres grupos; el primero comprende la HPA que se presenta como una extensión de un nevo epidérmico. El segundo incluye la HPA asociada a otras dermatosis como acantosis *nigricans*, linfoma cutáneo de células T, enfermedad de Darier, eczema crónico, ictiosis y eritrodermia ictiosisiforme. El tercer grupo comprende la forma idiopática o también llamada HNPA¹⁻⁶.

La HNPA predomina en mujeres (80%) en la segunda y la tercera décadas de la vida^{1,2,4-7}. Hasta la fecha solamente existen 11 casos reportados en hombres^{2,3,6,8,9}. Las lesiones general-



Figura 1. Placa hiperqueratósica, hiperpigmentada y verrugosa localizada en el pezón y la areola de la mama izquierda.



Figura 2. Microfotografía mostrando hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis (tinción de hematoxilina-eosina, x10).

mente son bilaterales y afectan el pezón y la areola en el 72% de los casos y sólo el pezón en el 28%⁶.

La etiología se desconoce, pero diversos factores parecen influir en el desarrollo de este padecimiento, principalmente los endocrinos^{6,7}. Clínicamente se caracteriza por lesiones verrugosas, hiperqueratósicas e hiperpigmentadas en las areolas que se extienden a los pezones³. Generalmente las lesiones son asintomáticas⁵⁻⁸; sin embargo, Pérez-Izquierdo et al publicaron un caso en el que la HNPA impidió la lactancia materna⁶.

Los hallazgos histopatológicos característicos son hiperqueratosis con formación de tapones hiperqueratósicos, acantosis y papilomatosis⁷.

Los diagnósticos clínicos diferenciales que deben ser considerados son enfermedad de Paget, carcinoma superficial de células basales, dermatofitosis y enfermedad de Bowen. Los diagnósticos histopatológicos diferenciales son nevo epidérmico verrugoso y acantosis *nigricans*¹.

Algunas de las opciones terapéuticas que han resultado efectivas en el tratamiento de esta condición son ácido salicílico al 6 %, loción de ácido láctico, esteroides tópicos, tretinoína tópica, vitamina A oral y calcipotriol tópico^{8,10}. Kubota et al reportaron resultados cos-

méticamente favorables al tratar las lesiones con crioterapia utilizando nitrógeno líquido⁹. La excisión quirúrgica también es efectiva en el tratamiento de esta condición¹.

Este caso es interesante debido a que la HNPA es un padecimiento poco frecuente, especialmente en hombres. Además, aun cuando los análogos de la vitamina D han sido utilizados en el pasado para el tratamiento de esta condición, la presente comunicación constituye el primer reporte en el que se utiliza calcitriol tópico. Este medicamento inhibe la proliferación celular e induce la diferenciación de los queratinocitos, por lo que puede ser una opción terapéutica, sin embargo es necesario realizar estudios en un mayor número de pacientes.

Bibliografía

- Mehregan AH, Rahbari H. Hyperkeratosis of nipple and areola. Arch Dermatol. 1977;113:1691-2.
- Ahn SK, Chung J, Soo Lee W, Kim SC, Lee SH. Hyperkeratosis of the nipple and areola simultaneously developing with cutaneous T-cell lymphoma. J Am Acad Dermatol. 1995;32:124-5.
- Allegue F, Soria C, Rocamora A, Fraile G, Ledo A. Hyperkeratosis of the nipple and areola in a patient with cutaneous T-cell lymphoma. Int J Dermatol. 1990;29:519-20.
- Revert A, Bañuls J, Montesinos E, Jorda E, Ramon D, Torres V. Nevoid hyperkeratosis of the areola. Int J Dermatol. 1993;32:745-6.
- Mehanna A, Malak JA, Kibbi AG. Hyperkeratosis of the nipple and areola: report of 3 cases. Arch Dermatol. 2001;137:1327-8.
- Pérez-Izquierdo JM, Vilata JJ, Sánchez JL, Gargallo E, Millan F, Aliaga A. Retinoic acid treatment of nipple hyperkeratosis. Arch Dermatol. 1990;126:687-8.
- D'Souza M, Gharami R, Ratnakar C, Garg BR. Unilateral nevoid hyperkeratosis of the nipple and areola. Int J Dermatol. 1996;35:602-3.
- Bayramgurler D, Bilen N, Apaydin R, Ercin C. Nevoid hyperkeratosis of the nipple and areola: treatment of two patients with topical calcipotriol. J Am Acad Dermatol. 2002;46:131-3.
- Kubota Y, Koga T, Nakayama J, Kiryu H. Naevoid hyperkeratosis of the nipple and areola in a man. Br J Dermatol. 2000;142:382-4.
- Ruiz-Villaverde R, Sánchez-Cano D, Pacheco Sánchez Lafuente FJ. Hiperqueratosis nevoide del pezón y la areola. An Pediatr (Barc). 2006;64:180-1.