

## CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

### Pápulas azuladas en la frente

### Bluish Papules on the Forehead

#### Historia clínica

Una mujer de 45 años, con antecedentes de miomatosis uterina, consultaba por la presencia de varias lesiones pigmentadas localizadas en la región frontal derecha que habían aparecido hacía más de 10 años, permaneciendo estables desde entonces.

#### Exploración física

Se apreciaban aproximadamente unas 25 pápulas, de entre 1-2 mm, de color azul, redondeadas. La piel entre estas lesiones no presentaba alteraciones (fig. 1). En la inspección dermatoscópica cada lesión presentaba una zona de pigmentación homogénea de color azul.



Figura 1

### Exploraciones complementarias

El estudio histológico permitía observar, bajo una epidermis normal, la presencia de células fusiformes con pigmento melánico a nivel intersticial en la dermis media y superficial. En la unión dermo-epidérmica y en la dermis papilar se observó la presencia de teclas de células névicas (fig. 2). No fueron solicitadas pruebas de laboratorio adicionales.

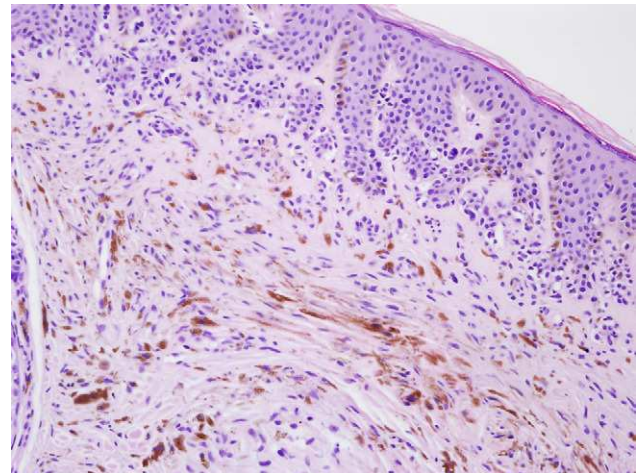


Figura 2 Hematoxilina-eosina, x20.

¿Cuál es su diagnóstico?

## Diagnóstico

Nevus azul agminado.

## Evolución y tratamiento

La paciente acude a revisiones periódicas permaneciendo las lesiones estables en cuanto a número y tamaño.

## Comentario

El nevus azul aparece habitualmente como una lesión única, circunscrita, de pocos milímetros de diámetro. Sin embargo, en raras ocasiones, el nevus azul puede aparecer en forma múltiple<sup>1</sup>. Upshaw et al<sup>2</sup>, en 1947, comunicaron el primer caso de nevus azul agminado. Desde entonces son pocos los casos publicados en la literatura, habiendo recibido diferente terminología, como nevus azul en placa o nevus azul eruptivo.

El origen del nevus azul agminado puede ser congénito o adquirido. Es dos veces más prevalente en varones<sup>1</sup>. Existen dos casos publicados de nevus azul agminado familiar que siguen un patrón de herencia autosómica dominante<sup>3</sup>. Hendricks acuñó el término de nevus azul eruptivo para describir la aparición súbita de nevus azul agminado en un varón de 14 años tras una quemadura solar<sup>4</sup>.

También se ha descrito la asociación de lentiginosis mucocutánea, mixomas mucocutáneos y cardíacos y nevus azul agminado (síndrome LAMB)<sup>3</sup>.

Clínicamente se presenta como múltiples pápulas azules de entre 5-15 mm agrupadas en un área circunscrita, cuyo diámetro suele ser inferior a 10 cm<sup>1</sup>. Habitualmente se localizan en el tronco y en las extremidades inferiores, aunque hay un caso que describe la presencia de un nevus azul múltiple en la mucosa del pene<sup>5</sup>. La piel que queda entre las pápulas suele tener una coloración azul-grisácea o marrón, aunque hay pacientes que no muestran cambios en la pigmentación<sup>1</sup>. La dermatoscopia permite comprobar un patrón azul homogéneo, similar a lo observado en el nevus azul único<sup>6</sup>.

Respecto a la evolución, la mayor parte de los pacientes permanecen asintomáticos y no refieren cambios en el tamaño, color o textura de las lesiones<sup>1</sup>.

En el estudio histopatológico se comprueban cambios similares a los observados en el nevus azul único de tipo común o celular; es decir, se aprecian grupos de melanocitos fusiformes en la dermis media y superior, con presencia o no de islotes celulares, bajo una epidermis de características normales o levemente hiperpigmentada<sup>1</sup>.

En cuanto a su etiopatogenia, la teoría más aceptada actualmente establece que se trata de melanocitos residuales que no completan la migración desde su lugar de origen, es decir, desde la cresta neural hasta la epidermis<sup>1</sup>.

Con respecto al diagnóstico diferencial, el nevus azul agminado supone un reto para el dermatólogo, ya que debe diferenciarse del nevus de Spitz agminado, el melanoma primario y el metastásico, de ahí la necesidad de realizar un estudio histopatológico para llegar al diagnóstico definitivo<sup>6</sup>.

En principio se trata de una dermatosis benigna, aunque debido a los escasos casos comunicados en la literatura, no puede determinarse el pronóstico con exactitud, motivo por el cual estos pacientes requieren un control periódico.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Vélez A, del-Río E, Martín-de-Hijas C, Furió V, Sánchez Yús E. Agminated blue nevi: case report and review of the literature. *Dermatology*. 1993;186:144–8.
2. Upshaw BY, Ghormley RK, Montgomery H. Extensive blue nevus of Jadahsson-Tieche. *Surgery*. 1947;22:761–5.
3. Blackford S, Roberts DL. Familial multiple blue naevi. *Clin Exp Dermatol*. 1991;16:308–9.
4. Hendricks WM. Eruptive blue nevi. *J Am Acad Dermatol*. 1981;4:50–3.
5. Giorgi V, Massi D, Brunasso G, Salvini C, Mastrolorenzo A, Zuccati G, et al. Eruptive multiple blue nevi of the penis: a clinical dermoscopic pathologic case study. *J Clin Pathol*. 2004;31:185–8.
6. Pizzichetta MA, Soyer HP, Massone C, Cerroni L. Clinical and dermoscopic features of agminated Blue nevus. *Arch Dermatol*. 2007;143:1225–6.

A. Lapresta<sup>a,\*</sup>, M. Mollejo<sup>b</sup> y D. García-Almagro<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Dermatología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [amlapresta@gmail.com](mailto:amlapresta@gmail.com) (A. Lapresta).

Disponible en Internet el 5 de febrero de 2011