

6. Cecchi R, Pavesi M, Bartoli L, Brunetti L, Rapicano V. Perineal extramammary Paget disease responsive to topical imiquimod. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010;8:38–40.
7. Badgwell C, Rosen T. Treatment of limited extent extramammary Paget's Disease with 5 percent imiquimod cream. *Dermatol Online J*. 2006;12:22.
8. Hatch KD, Davis JR. Complete Resolution of Paget Disease of the Vulva with Imiquimod Cream. *J Low Genit Tract Dis*. 2008;12:90–4.

A. Hiraldo-Gamero*, E. Gómez-Moyano, J.M. Segura-Palacios, F. Sánchez-Fajardo y A. Sanz-Trelles

Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alihiraldo@hotmail.com (A. Hiraldo-Gamero).

doi:10.1016/j.ad.2010.12.014

Melanocitosis dérmica adquirida extrafacial

Acquired Nonfacial Dermal Melanocytosis

Sr. Director:

Las melanocitosis dérmicas (MD) incluyen una amplia variedad de entidades, congénitas y adquiridas, que son histológicamente indistinguibles entre sí^{1,2}. Están constituidas por una proliferación intradérmica de melanocitos fusiformes y pigmentados, en ausencia de melanófagos. Clínicamente se presentan como máculas marrones o azuladas, dependiendo de si el pigmento melánico predomina en la dermis superficial o en la profunda. Entre las MD congénitas se incluyen la mancha mongólica y los nevus de Ota e Ito. El nevus de Ota (*nevus fusoceruleus ophthalmomaxillaris*) se desarrolla habitualmente en la región facial siguiendo la distribución del nervio trigémino. El nevus de Ito (*nevus acromioclavicularis*) afecta a la región del hombro y el cuello. Ambos están presentes desde el nacimiento en el 60% de casos, y raramente desaparecen con posterioridad. La mancha mongólica suele estar presente desde el nacimiento en la región lumbosacra o las nalgas, y lo habitual es su regresión durante los primeros años de vida³.

Existe un grupo infrecuente de MD que son adquiridas. La primera descripción de un nevus bilateral adquirido similar al de Ota se debe a Hori et al⁴ en 1984. Aunque estas lesiones adquiridas acostumbra a afectar a la cara, también se han comunicado en localización extrafacial (extremidades superiores e inferiores, espalda, manos y pies). Estos casos presentan mayor prevalencia entre mujeres asiáticas, siendo excepcionales en la raza blanca⁵.

Presentamos el caso de una mujer de 49 años de edad que presentaba, desde hacía 8 años, una lesión cutánea gris-azulada, de 25 cm de diámetro y asintomática localizada en la región dorsal derecha (fig. 1). La paciente negaba tomar medicamentos y no había sufrido ningún proceso traumático-inflamatorio en la zona afectada. Dos años antes de la consulta dermatológica fue intervenida quirúrgicamente de un adenocarcinoma de colon (estadio B2 de Astler y Coller). Se realizaron dos biopsias de la lesión cutánea que fueron fijadas en formol e incluidas en parafina para estudio histológico convencional. En ambas muestras se objetivó una proliferación de melanocitos dérmicos fusiformes y pigmentados, entre las bandas de colágeno (fig. 2A). Las tinciones con Melan-A, HMB-45 y S-100 fueron positivas (fig. 2B). No

existía aumento de melanocitos epidérmicos ni melanófagos en la dermis. Estos hallazgos histológicos confirmaron el diagnóstico clínico de melanocitosis dérmica adquirida.

Las MD adquiridas extrafaciales son muy infrecuentes, en particular en pacientes de raza caucásica. Se han descrito menos de 30 casos de localización extrafacial y tan sólo tres aparecieron en pacientes caucásicos⁶. En su conjunto predominan en adultos de edad media, con preferencia por el sexo femenino y de origen asiático. La transformación maligna de estas lesiones ha sido descrita de forma ocasional⁷.

La patogénesis de la MD adquirida es desconocida. Se ha sugerido la existencia de melanocitos dérmicos latentes derivados de una posible alteración en la migración desde la cresta neural o por migración anormal desde la epidermis o los bulbos pilosos (*dropping of*)^{4,8,9}. Estos melanocitos latentes podrían reactivarse por acción de agentes exógenos tales como las radiaciones solares, la inflamación local, los traumatismos, los medicamentos, el tratamiento hormonal con estrógenos y/o progesterona o por estímulos de origen desconocido. En nuestra paciente ninguno de estos factores pudo asociarse con el desarrollo de la MD. El único



Figura 1 Área maculosa gris-azulada localizada en la hemiespalda derecha.

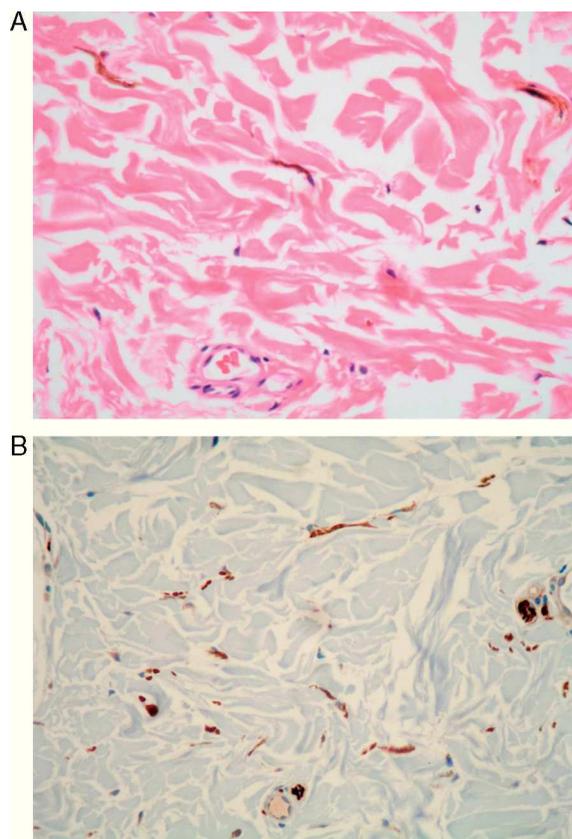


Figura 2 Estudio histológico. A. Melanocitos intradérmicos fusiformes y pigmentados (hematoxilina-eosina, x 400). B. Inmunotinción positiva con proteína S100 (immunoperoxidasa, x 200).

antecedente personal relevante fue un adenocarcinoma de colon. La asociación de MD y neoplasias sólo se ha descrito en dos casos de carcinoma de vejiga urinaria^{8,10}. No pensamos que la MD descrita en este caso pueda estar en relación con el adenocarcinoma, ya que estaba presente muchos años

antes de su extirpación. En cualquier caso, los datos de los que disponemos son insuficientes para establecer una relación firme entre la MD y las neoplasias malignas viscerales.

Bibliografía

1. Harrison-Balestra C, Gugic D, Vincek V. Clinically distinct form of acquired dermal melanocytosis with review of published work. *J Dermatol*. 2007;34:178–82.
2. Hori Y, Takayama O. Circumscribed dermal melanosis: classification and histologic features. *Dermatol Clin*. 1988;6:315–26.
3. Zembowicz A, Mihm MC. Dermal dendritic melanocytes proliferations: an update. *Histopathology*. 2004;45:433–51.
4. Hori Y, Kawashima M, Oohara K. Acquired bilateral nevus of Ota-like macules. *J Am Acad Dermatol*. 1984;10:961–4.
5. Mataix J, López N, Haro R, González E, Angulo J, Requena L. Late-onset Ito's nevus: an uncommon acquired dermal melanocytosis. *J Cutan Pathol*. 2007;34:640–3.
6. López Navarro N, Fernández Orland A, Camacho Garrido E, Bosch García RJ, Herrera Ceballos E. Unusual acquired dermal melanocytosis on the trunk. *Int J Dermatol*. 2008;47:307–8.
7. Patterson CR, Aclant K, Khooshabeh R. Cutaneous malignant melanoma arising in an acquired naevus of Ota. *Australas J Dermatol*. 2009;50:294–6.
8. Ono T, Egawa K, Kayashima K, Kitoh M. Late onset dermal melanocytosis: an upper back variant. *J Dermatol*. 1991;18:97–103.
9. Murakami F, Soma Y, Mizoguchi M. Acquired symmetrical dermal melanocytosis (nevus of Hori) developing after aggravated atopic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2005;152:903–8.
10. Lynn A, Brozena S, Espinoza C, Fenske N. Nevus of Ota acquisita of late onset. *Cutis*. 1993;51:194–6.

J.J. Ríos-Martín^{a,*}, W. Pinto-Morales^a, Á. Marcos-Domínguez^b y R. González-Cámpora^a

^a *Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

^b *Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjrios@us.es (J.J. Ríos-Martín).

doi:10.1016/j.ad.2010.10.022