

**Tabla 1** Descripción de casos publicados de penfigoide ampolloso eritema multiforme-like

	Sexo	Edad (años)	Factor etiológico sospechoso	Localización lesiones	Afectación mucosas	Afectación palmas y plantas
Alian et al. <sup>4</sup>	Mujer	36	<i>Orf</i> virus	Tronco, miembros	No	No
Park et al. <sup>5</sup>	Mujer	80	Amlodipino	Tronco, miembros	No	No
Hirano et al. <sup>6</sup>	Mujer	80	Furosemida	Cara, cuello, superficie flexión miembros, tronco	No	No
Hayakawa y Shiohara <sup>7</sup>	Varón	72	No	Superficie extensión miembros, espalda, glúteos	No	No
Mehravaran et al. <sup>8</sup>	Mujer	73	Citalopram Tioridazina Flupentixol	Superficie flexión miembros, escote	No	Sí
Alcalay et al. <sup>9</sup>	Varón Varón Mujer	23 16 50	Amoxicilina Pencilina G procaína Pencilina	Cara, cuello, tronco, miembros	Sí (oral, nasal, anogenital, ocular)	Sí

**Bibliografía**

- Bernard P, Borradori L. Pemphigoid Group. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editores. *Dermatology*. 3.ª ed. Elsevier Limited; 2012. p. 475–82.
- Cozzani E, Gasparini G, Burlando M, Drago F, Parodi A. Atypical presentations of bullous pemphigoid: Clinical and immunopathological aspects. *Autoimmun Rev*. 2015;14:438–45.
- Di Zenzo G, Della Torre R, Zambruno G, Borradori L. Bullous pemphigoid: From the clinic to the bench. *Clin Dermatol*. 2012;30:3–16.
- Alian S, Ahangarkani F, Arabsheybani S. A case of or disease complicated with erythema multiforme and bullous pemphigoid-like eruptions. *Case Rep Infect Dis*. 2015;2015:105484.
- Park KY, Kim BJ, Kim MN. Amlodipine-associated bullous pemphigoid with erythema multiforme-like clinical features. *Int J Dermatol*. 2011;50:637–9.
- Hirano SA, Mason AR, Harvey VM, Hood AF. Erythema multiforme-like bullous pemphigoid associated with furosemide. *J Clin Exp Dermatol Res*. 2011;2:123.
- Hayakawa K, Shiohara T. Atypical bullous disease showing features of both erythema multiforme and bullous pemphigoid. *Acta Derm Venereol*. 2002;82:196–9.
- Mehravaran M, Gyulai R, Husz S, Dobozy A. Drug-induced erythema multiforme-like bullous pemphigoid. *Acta Derm Venereol*. 1999;79:233.
- Alcalay J, David M, Ingber A, Hazaz B, Sandbank M. Bullous pemphigoid mimicking bullous erythema multiforme: An untoward side effect of penicillins. *J Am Acad Dermatol*. 1988;18:345–9.

A. Imbernón-Moya<sup>a,\*</sup>, A. Aguilar<sup>a</sup>, F. Burgos<sup>b</sup> y M.Á. Gallego<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España*  
<sup>b</sup> *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: adrian.imber88@hotmail.com*  
 (A. Imbernón-Moya).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.02.008>

**Nevus esclerosante con rasgos pseudomelanomatosos**



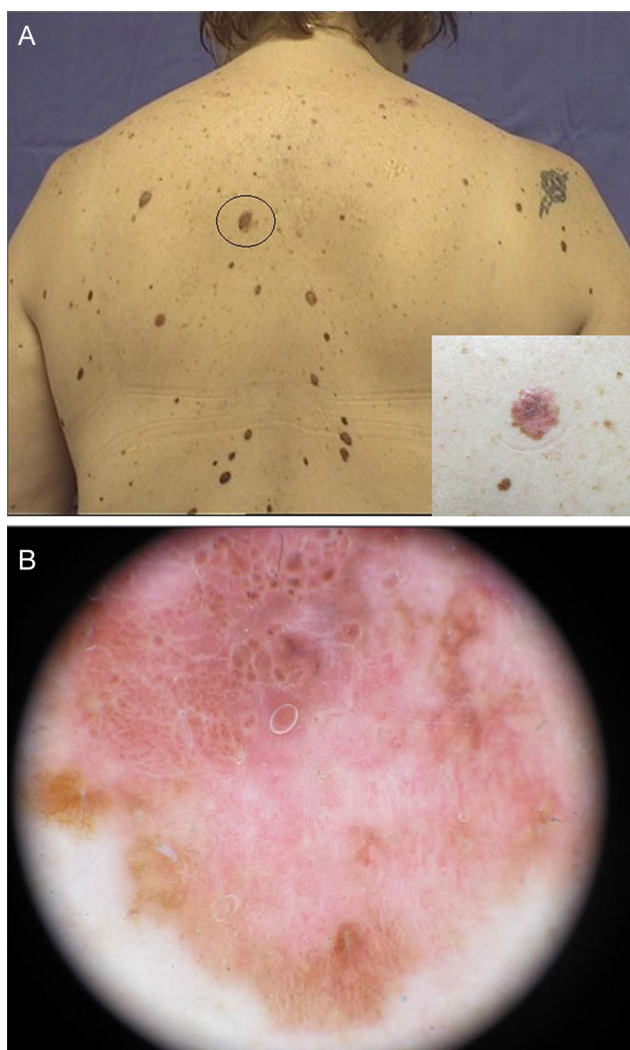
**Sclerosing Nevus With Pseudomelanomatous Features: A Case Report**

Sra. Directora:

En el año 2008, Giuseppe Fabrizi et al. describieron, por primera vez, entre todos aquellos nevos melanocíticos extirpados por regresión clínica, un subgrupo de lesiones con unas características histopatológicas peculiares, que recibieron el nombre de nevo esclerosante con rasgos pseudomelanomatosos (NERP)<sup>1</sup>.

En este trabajo se describe el caso de una mujer de 44 años que acudió por un prurito persistente en un nevo de la espalda. Se trataba de una lesión máculo-papulosa de aproximadamente 1 cm, de bordes irregulares y heterocroma. Dermatoscópicamente se observaba un patrón globular atípico, con un retículo inverso, de color rojo, blanco y alguna área azulada (fig. 1).

La lesión se evaluó mediante microscopía confocal de reflectancia (MCR), con la que se objetivó una desestructuración epidérmica importante, con queratinocitos de formas irregulares, en lugar del típico panel de abejas o empedrado, la presencia de células pagetoides de distribución multifocal con morfología dendrítica, una pérdida de anillos reflectantes y la ausencia de un patrón definido en la



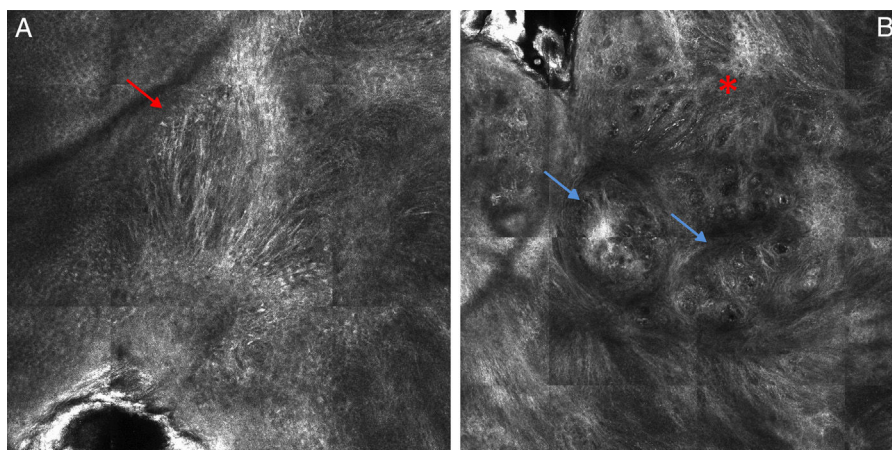
**Figura 1** Clínica y dermatoscopia. A) Lesión pigmentada de aproximadamente 1 cm, bordes irregulares y heterocroma. B) Patrón globular atípico, con retículo negativo, color rojo, blanco y azul.

unión dermoepidérmica, así como la existencia de unas células atípicas formando nidos junturales y dérmicos, además de un infiltrado inflamatorio llamativo, con fibrosis y abundantes melanófagos (fig. 2). Con la sospecha de melanoma, se procedió a su extirpación.

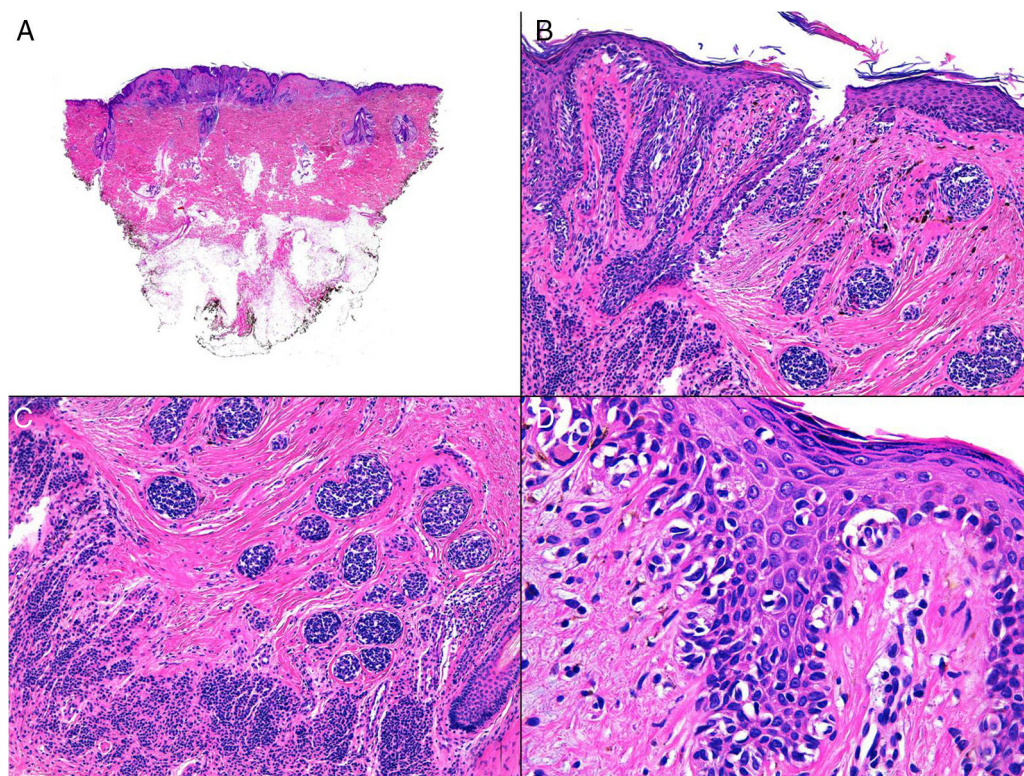
En el estudio anatomopatológico se observó una proliferación melanocítica atípica en la unión dermoepidérmica, con una ocasional extensión pagetoide en la epidermis, un área cicatricial, tecas melanocíticas de morfología similar a las descritas en la unión dermoepidérmica y un nevo residual, de patrón congénito, tanto en la periferia como por debajo de cicatriz. Las células no mostraban una atipia franca y, tras un examen exhaustivo, no se identificaron figuras de mitosis (fig. 3). El índice de proliferación era muy bajo, limitado prácticamente al componente juntural. Las células de las tecas irregulares y del componente névico residual expresaban Melan-A y p16, con una pérdida de la expresión de HMB-45 en el componente dérmico. La lesión respetaba el margen quirúrgico de resección. Esta imagen histológica fue compatible con un nevo esclerosante con rasgos pseudomelanomatosos. Con este diagnóstico no se realizó ningún tratamiento adicional, y la paciente se mantiene en seguimiento, en la actualidad.

El NERP es una entidad clínico-patológica recientemente descrita. También se conoce como nevo con «fibroplasia florida»<sup>2</sup>. Se considera un simulador de melanoma tanto clínica como histológicamente<sup>3</sup>. En cuanto a su etiología, parece que se trata de un nevo melanocítico benigno que se ve envuelto en un proceso fibroso combinado con una proliferación pseudomelanomatosa. Es típica su aparición en gente joven con una localización preferente por la espalda, sobre todo en el área escapular. Esta localización ha justificado que se atribuya a microtraumatismos, apenas perceptibles, o a procesos inflamatorios en la zona, tales como la fricción crónica con la ropa, las quemaduras solares, el eccema seborreico o el acné, entre otros. Sin embargo, otros autores disienten de esta teoría, y sostienen que este tipo de fibrosis puede ser algo intrínseco al proceso de maduración de un nevo displásico<sup>2</sup>.

Dermatoscópicamente se caracteriza por presentar signos de regresión, que ocupan un 10-50% de la lesión, tanto



**Figura 2** Microscopía confocal. A) Foco de abundantes células dendríticas en epidermis (flecha roja). B) Áreas de papilas mal definidas, con nidos junturales y nidos dérmicos atípicos (flechas azules) zonas de fibrosis e infiltrado inflamatorio (asterisco).



**Figura 3** Histología. A) Lesión de patrón trizonal (H&E: visión panorámica). B y C) Proliferación melanocítica atípica en la unión dermoepidérmica con un área cicatrizal, con tecas melanocíticas también atípicas y un nevo residual, de patrón congénito, tanto en la periferia como por debajo de la cicatriz (H&E  $\times 100$ ). D) Ocasional extensión pagetoide en la epidermis de las células melanocíticas, en otras zonas (H&E  $\times 400$ ).

blanca cicatricial como azul, en ausencia de otros signos específicos de melanoma<sup>4</sup>.

La MCR es una técnica no invasiva, con una resolución muy similar a la histología convencional. Ofrece imágenes horizontales, y se puede considerar un método diagnóstico intermedio entre la dermatoscopia y la histopatología, ahorrando muchas veces extirpaciones innecesarias. Sin embargo, en estos casos, la presencia en el estudio mediante MCR de atipia celular no permite excluir el diagnóstico de melanoma. Se observan también, como es lógico, abundantes melanófagos y haces de colágeno<sup>5</sup>.

Histológicamente muestra/n un patrón trizonal: a) una proliferación melanocítica atípica en la unión dermoepidérmica con hiperplasia lentiginosa y nidos junturales confluyentes, con ocasional extensión pagetoide; b) un área significativa de esclerosis dérmica que contiene nidos irregulares de melanocitos atípicos, y c) un nevo residual por debajo de la cicatriz y en la vecindad de la misma, fundamentalmente de tipo congénito<sup>1</sup>. La escasa atipia citológica en ausencia de mitosis, necrosis (celular) y de nódulos de expansión dérmica, permiten diferenciarlo de un melanoma en regresión. Además, el NERP suele presentar un patrón de fibrosis «ordenada», con haces de colágeno eosinófilos, homogéneos, dispuestos de forma paralela entre sí y en relación a la epidermis. Por el contrario, el melanoma en regresión se caracteriza por una fibrosis, a menudo, más «pálida» (quizá por edema) y haces de colágeno más irregulares, además de melanófagos. Los criterios diagnósticos de Fabrizi et al., probablemente permitan diferenciar un NERP

de un melanoma en regresión. Sin embargo, la atipia a nivel juntural con extensión pagetoide convierten el diagnóstico de esta entidad en una cuestión de «presencia cuantitativa de criterios morfológicos», por lo que cabe esperar cierto grado de variabilidad interobservador entre patólogos<sup>3</sup>.

Teniendo en cuenta esta entidad de comportamiento biológico benigno, algunos autores sostienen que podría adoptarse una actitud más conservadora en las lesiones melanocíticas con regresión, localizadas en la parte convexa de la espalda<sup>4</sup>. Proponen su vigilancia. Sin embargo, otros trabajos recomiendan su extirpación, pues el NERP clínica, dermatoscópicamente y mediante MCR, simula un melanoma<sup>5</sup>. Exclusivamente la histología puede aportar el diagnóstico definitivo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Fabrizi G, Pennacchia I, Pagliarello C, Massi G. Sclerosing nevus with pseudomelanomatous features. *J Cutan Pathol.* 2008;35:995–1002.
2. Ko CJ, Bologna JL, Glusac EJ. Clark/dysplastic nevi with florid fibroplasia associated with pseudomelanomatous features. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:346–51.

- Ferrara G, Amantea A, Argenziano G, Broganelli P, Cesinaro AM, Donati P, et al. Sclerosing nevus with pseudomelanomatous features and regressing melanoma with nevoid features. *J Cutan Pathol.* 2009;36:913–6.
- Ferrara G, Giorgio CM, Zalaudek I, Broganelli P, Pellacani G, Tomasini C, et al. Sclerosing nevus with pseudomelanomatous features (nevus with regression-like fibrosis): Clinical and dermoscopic features of a recently characterized histopathologic entity. *Dermatology.* 2009;219:202–8.
- Larre Borges A, Zalaudek I, Longo C, Dufrechou L, Argenziano G, Lallas A, et al. Melanocytic nevi with special features: Clinical-dermoscopic and reflectance confocal microscopic findings. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:833–45.

U. Floristán Muruzábal<sup>a,\*</sup>, F.J. Pinedo Moraleda<sup>b</sup>,  
R. Gamo Villegas<sup>a</sup> y J.L. López Estebanz<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [uxuafloristan@hotmail.com](mailto:uxuafloristan@hotmail.com)  
(U. Floristán Muruzábal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.02.011>

## Dermatitis alérgica de contacto por ácido capriloil salicílico



### Allergic Contact Dermatitis Due to Capryloyl Salicylic Acid

Sra. Directora:

Ante una sospecha de alergia por cosméticos, resulta esencial que el estudio epicutáneo incluya los productos de cuidado personal usados por el propio paciente ya que con ello, además de alcanzarse un diagnóstico más exacto, se posibilitará la identificación de nuevos alérgenos. Para este fin es fundamental conseguir la colaboración de la industria farmacéutica/cosmética, que será quien nos proporcione los componentes de los productos propios. Presentamos un caso de dermatitis alérgica de contacto por ácido capriloil salicílico presente en una crema antiarrugas. Una mujer de 40 años consultó por haber desarrollado una reacción eritematosa y pruriginosa en la región facial 10 días después de comenzar a aplicarse una crema antiarrugas (Revitalift Láser X3<sup>®</sup> crema de día, L'Oreal). El proceso se resolvió al suspender el uso de dicha crema y tras tratamiento con un corticoide tópico durante una semana. Se realizaron pruebas epicutáneas con la serie estándar del Grupo Español de Investigación en Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC), una serie de cosméticos (Chemotechnique, Suecia) y la crema propia con lecturas a las 48 h y 96 h, siguiendo las recomendaciones de la European Society of Contact Dermatitis (ESCD). En la lectura definitiva a las 96 h se evidenció una positividad con la crema propia empleada por la paciente (++) y negatividad para el resto de alérgenos de las series estándar y cosméticos. Puestos en contacto con la empresa que comercializaba la crema implicada, se nos facilitaron los 27 ingredientes de la misma con lo que pudo completarse el estudio. En la lectura a las 48 y 96 h se observó una reacción alérgica positiva (++) frente al ácido capriloil salicílico al 1% en alcohol (fig. 1). Esta misma sustancia se parchó en 15 controles sanos no obteniéndose ninguna respuesta alérgica.

El ácido capriloil salicílico (5-ácido capriloil salicílico, CAS n.º 78418-01-6), también conocido como ácido 2-hidroxi-5-octanoilbenzólico, es un derivado lipofílico del ácido salicílico que favorece la renovación epidérmica, estimula la formación de colágeno, contrarresta el

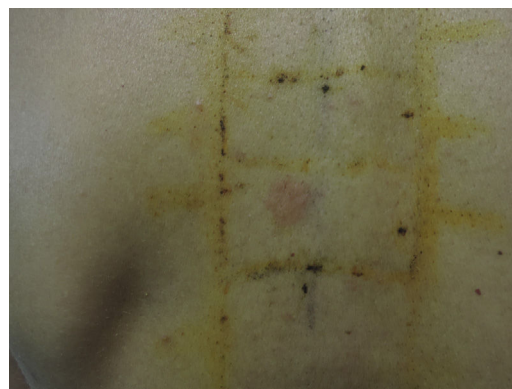


Figura 1 Reacción alérgica positiva por ácido capriloil salicílico.

fotodaño actínico crónico<sup>1</sup> e incrementa la resistencia de la piel a la radiación ultravioleta; atribuyéndosele propiedades comedolíticas<sup>2</sup>, antiacnéicas<sup>3</sup>, antibacterianas y antiinflamatorias<sup>4</sup>. Es frecuente su utilización principalmente por la industria cosmética francesa, pudiendo estar presente en emolientes faciales, preparados antienvjecimiento, productos para el tratamiento del acné, filtros solares y productos para la higiene facial<sup>5</sup>.

De Groot et al. han publicado recientemente los primeros 2 casos de alergia de contacto al ácido capriloil salicílico, empleándose en el estudio epicutáneo de estos pacientes el ácido capriloil salicílico al 1% en alcohol. Para estos autores la alergenidad de esta sustancia posiblemente radique más en la porción salicílica o benzoica que en la fracción de ácido caprílico<sup>5</sup>. Sin embargo, Roberts et al., concluyen que el 5-ácido capriloil salicílico probablemente no sea el responsable de la alergia en los pacientes descritos por de Groot et al., sino que en su opinión sería su isómero 3-ácido capriloil salicílico, contaminante del 5-ácido capriloil salicílico, el implicado en su alergenidad<sup>6</sup>.

Aportamos un tercer caso de dermatitis alérgica de contacto por ácido capriloil salicílico, cuyo diagnóstico solo ha sido posible tras parchar los ingredientes facilitados por la empresa que comercializaba la crema usada por la paciente, al no estar incluido en otras series complementarias. La descripción de nuevos casos en los que se implique el ácido capriloil salicílico aclarará finalmente el potencial alérgico de esta sustancia.