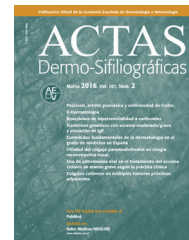




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

FR - Nevus melanocíticos eruptivos asociados a medicamentos



Drug-Induced Eruptive Melanocytic Nevi

P. García-Montero*, J.F. Millán-Cayetano, C. García-Harana y J. del Boz

Departamento de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

PALABRAS CLAVE

Nevus melanocítico eruptivo;
Medicamentos;
Fármacos biológicos;
Efectos secundarios

KEYWORDS

Eruptive melanocytic nevi;
Drugs;
Biologic therapies;
Adverse effects

Recientemente ha sido publicado en la prestigiosa revista *Journal of the American Academy of Dermatology* un interesante artículo en el cual se exponen los resultados de una amplia búsqueda bibliográfica sobre la aparición de nevus melanocíticos eruptivos en relación con la toma de fármacos¹. Históricamente el desarrollo de este tipo de lesiones se ha asociado a enfermedades ampollasas de carácter grave (epidermólisis bullosa, toxicodermias, etc.)

y con estados de inmunodeficiencia (trasplante renal o de médula ósea, neoplasias, sida, etc.)².

Con el objetivo de diferenciar los nevus melanocíticos adquiridos (NMA) de los nevus melanocíticos eruptivos asociados a medicamentos (NMEAM) los autores proponen unos criterios:

- Desarrollo de más de 5 nevus melanocíticos a nivel palmo-plantar a cualquier edad.
- Desarrollo de más de 10 nevus melanocíticos en cualquier parte del cuerpo excluyendo pubertad o embarazo.
- Desarrollo de más de 20 nevus melanocíticos en cualquier parte del cuerpo en pubertad o embarazo.

El diagnóstico de NMEAM se establece cuando el paciente cumple al menos un criterio en los últimos 6 meses y existe una relación temporal con el consumo de un determinado fármaco. Además, realizan una clasificación que subdivide los NMEAM en función del fármaco implicado (tabla 1).

Siguiendo estas premisas, los autores han identificado un total de 66 casos de NMEAM. Las tiopurinas, la azatioprina y la 6-mercaptopurina han sido los fármacos relacionados con mayor frecuencia (34,8%). El 66,2% de los casos de NMEAM han sido reportados en los últimos 10 años, estando el 44,2% de los mismos en relación con el consumo de fármacos biológicos. No se han encontrado diferencias entre sexos y sí cierta predilección por los fototipos claros. Estas lesiones acontecen semanas o meses tras iniciar la toma del fármaco

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: garciamonteropablo@gmail.com
(P. García-Montero).

Tabla 1 Tipos de nevus melanocíticos eruptivos asociados a medicamentos y fármacos implicados

Tipos de NMEAM	Fármacos implicados
Ia. Inmunosupresores no biológicos	Azatioprina, 6-mercaptopurina, corticosteroides, ciclosporina y metotrexato
Ib. Inmunosupresores biológicos	Etanercept, alefacept, infliximab y rituximab
Ila. Quimioterápicos no biológicos	Capecitabina, interferón alfa-2b, ciclofosfamida y octreotide
IIb. Quimioterápicos biológicos	Vemurafenib, encorafenib, sorafenib, sunitinib, erlotinib, regorafenib y rituximab
III. Estimulantes de los melanocitos	Melanotan I, melanotan II y corticotropina

NMEAM: nevus melanocíticos eruptivos asociados a medicamentos.

siendo habitualmente máculas color marrón claro u oscuro de 1 a 3 mm. Desde el punto de vista dermatoscópico suelen presentar un patrón globular simétrico en periferia³ y en el estudio histológico se muestran como nevus de tipo compuesto. A diferencia de los NMA, los NMEAM tienen una mayor tendencia a localizarse en palmas y plantas⁴.

Tanto la patogénesis de esta entidad como el riesgo potencial de aparición o transformación a melanoma no están del todo claros⁵. Resulta lógico pensar que la inmunosupresión juega un papel importante en su desarrollo y que el aumento del número de nevus podría suponer un factor de riesgo para melanoma. No obstante son

necesarios más estudios que aporten una mayor evidencia al respecto. Por el momento, los autores recomiendan revisiones anuales en los pacientes diagnosticados de NMEAM e identificar al fármaco responsable, además de buscar alternativas en aquellos con historia personal o familiar de melanoma.

El número de pacientes que reciben tratamientos inmunosupresores está en aumento, siendo cada vez mayor el subgrupo de estos tratado con fármacos biológicos. Los NMEAM, pese a ser una entidad infrecuente, es previsible que incremente su incidencia en los próximos años. Conocer esta relación causal permitirá establecer un diagnóstico precoz minimizando el grado de incertidumbre del paciente y del facultativo, y evitando la realización de pruebas complementarias innecesarias.

Bibliografía

1. Perry BM, Nguyen A, Desmond BL, Blattner CM, Thomas RS, Young RJ. Eruptive nevi associated with medications (ENAMs). *J Am Acad Dermatol.* 2016;75:1045–52.
2. Hueso-Gabriel L, Mahiques Santos L, Terrádez Mas L, Santonja López N. Eruptive dysplastic nevi following melanotan use. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:329–31.
3. Belloni Fortina A, Piaserico S, Zattra E, Alaibac M. Dermoscopic features of eruptive melanocytic naevi in an adult patient receiving immunosuppressive therapy for Crohn's disease. *Melanoma Res.* 2005;15:223–4.
4. Zattra E, Fortina AB, Bordignon M, Piaserico S, Alaibac M. Immunosuppression and melanocyte proliferation. *Melanoma Res.* 2009;19:63–8.
5. Woodhouse J, Maytin EV. Eruptive nevi of the palms and soles. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52:S96–100.