

Placas pigmentadas aterciopeladas de localización flexural

MA. Molinero Barranco¹

Med Mil (Esp) 2005; 61 (3): 293-294

Mujer de 16 años de edad, estudiante y natural de Colombia. Los antecedentes familiares carecen de interés. Entre los personales destacan una apendicectomía, no refiere alergia a medicamentos y en la actualidad no ingiere ninguno. Consulta por presentar unas manchas oscuras en la nuca, axilas, codos y dorso de los dedos. A la exploración se aprecian placas aterciopeladas, hiperqueratósicas

que se localizan en la cara posterior del cuello, cara anterior de las axilas, codos y dorso de los dedos (en las articulaciones metacarpo-falángicas). La paciente mide 1,60 m y pesa 72,5 kg. La bioquímica sanguínea es normal.

Se procede a realizar una biopsia incisional de una de las placas localizada en la axila derecha.



Figura 1: Lesión aterciopelada y pigmentada en cara posterior del cuello.

¹ Cte. Médico. BHELMA IV. Acuartelamiento «El Coper», Dos Hermanas. Sevilla.

Recibido: 22 de febrero de 2004.

Aceptado: 12 de agosto de 2004.

Diagnóstico: Acantosis nigricans benigna (pseudocantosis nigricans)

El informe anatomopatológico pone de manifiesto una epidermis ondulada con papilomatosis e hiperqueratosis y cierto grado de crecimiento acantolítico en las regiones interpapilares que se acompaña de hiperpigmentación basal leve.

El tratamiento se basa en la observación y en la aplicación de un preparado de urea al 10%.

Se trata de una dermatosis pigmentaria simétrica y que suele afectar a los pliegues. Desde la clasificación de Ollendorff Curth¹ en 1976 se distinguen dos grandes grupos de acantosis nigricans, una maligna que suele acompañar a una neoplasia visceral, y otra benigna que no se acompaña de neoplasia. Posteriormente se clasificó en subtipos clínicos de muy diferente significado²:

- Acantosis nigricans benigna familiar autosómica dominante.
- Acantosis nigricans asociada a obesidad (pseudocantosis nigricans).
- Acantosis nigricans asociada a otros síndromes, generalmente, los acompañados de resistencia insulínica.
- Acantosis nigricans asociada a síndromes hereditarios.
- Acantosis nigricans asociada a la ingesta de medicamentos (ácido nicotínico, corticoides, estrógenos).
- Acantosis nigricans asociada a neoplasia, sobre todo cuando aparece tras los 40 años, sin que exista obesidad, endocrinopatía, historia familiar o ingesta de medicamentos sospechosos. Las lesiones cutáneas evolucionan de forma paralela al tumor. Pueden precederlos o bien aparecer a posteriori. Se trataría de una dermatosis paraneoplásica.

La etiología aunque desconocida, parece asociarse a una resistencia insulínica periférica. En los queratinocitos están los receptores para los factores de crecimiento insulínico, lo que posiblemente originaría la proliferación de las lesiones³.

Clínicamente se presenta como placas simétricas de piel engrosada, de superficie áspera y de coloración pardogrisácea y por orden de frecuencia se localizan en las axilas, nuca, caras laterales del cuello, pliegues submamaros, ingles, periné y zona periumbilical, fosa antecubital, fosa poplítea, párpados y vestíbulo nasal. También suele afectarse las zonas de roce como codos, rodillas y nudillos. Sobre las placas se aprecian excrecencias papilomatosas y verrucosas, dando a la piel un aspecto aterciopelado. Una tercera parte de los pacientes presentan lesiones en las mucosas. Ocasionalmente puede acompañarse de queratodermia. El prurito no está presente o es escaso. En la forma maligna sí suele haber prurito intenso⁴.

La anatomía patológica se caracteriza por una papilomatosis con papilas ramificadas, pigmentación de la basal, acantosis irregular y moderada e hiperqueratosis.

La evolución de la dermatosis cursa paralela a la de la endocrinopatía, obesidad o neoplasia⁴.

En el tratamiento destaca la utilización de queratolíticos leves que pueden mejorar el aspecto clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Curth HOM. Malignant acanthosis nigricans. *Int J. Dermatol* 1976; 15: 592-593.
2. Schwartz RA. Acantosis nigricans. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 1-19.
3. Guerra Tapia A, Ortiz de Frutos J, De Argila D. Dermatitis paraneoplásicas. En Iglesias Díez L.: *Dermatología geriátrica*. Grupo Aula Médica S.A. 1997: 208.
4. Ruiz-Maldonado R, Parish LCH, Martín Beare J. *Tratado de Dermatología Pediátrica*. Ed. Panamericana S.A. 1992: 264.