

HAGA SU DIAGNÓSTICO

Placa indurada de distribución zosteriforme en region lumbar en un paciente lactante

Dra. Paula Larco C. *, Dra. Anette Morán,** Dr. Enrique Úraga P.***

*R3 postgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

**Médico Dermatólogo Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

***Director de postgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil/ Director del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

Correspondencia: paulathalia_69@hotmail.com

Palabras clave: Nevo de tejido conectivo, colagenoma, nevo zosteriforme

Fecha de recepción: 04-11-2021

Fecha de aceptación: 12-01-2022

Fecha de publicación:

CUADRO CLÍNICO

Paciente de 1 año y 6 meses de edad, sin antecedentes patológicos personales conocidos, acudió a consulta con por presentar cuadro clínico de 1 año de evolución, caracterizado por múltiples pápulas color piel, de superficie mame-lonada que confluyen y forman una placa mal delimitada, de aproximadamente 6 cm de diámetro, cubierta por pelo, de consistencia blanda, y disposición zosteriforme localizada en región lumbosacra izquierda y que en ocasiones presen-taba prurito esporádico; a la exploración física no se registran datos patológicos aparentes.

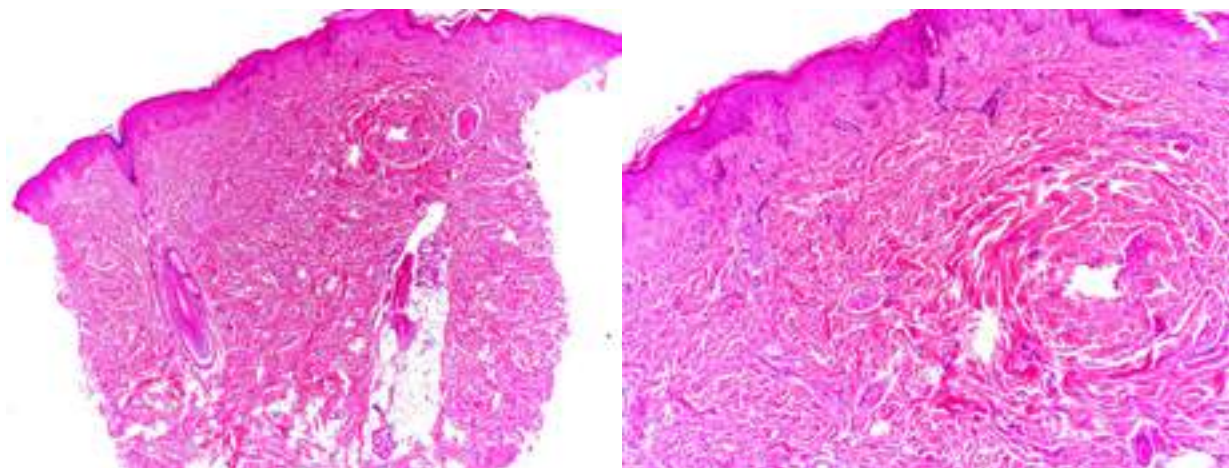
Se decide realizar biopsia de dicha lesión evidenciando piel con arquitectura parcialmente conservada con prolife-ración de tejido colágeno denso y adiposo, acompañada de vasos capilares discretamente congestivos. Sin atipias o signos de malignidad.



Clínicamente.



Dermatoscopia.



Histología.

DISCUSIÓN

En relación a las características clínicas y hallazgos histopatológicos, se llegó al diagnóstico de nevo del tejido conectivo. Debido a la variedad de síndromes que pueden incluir este tipo de nevos, al paciente se le realizó; evaluación radiográfica ósea de tórax, pelvis y miembros, electrocardiograma, estudios de laboratorio incluyendo: función renal, calcio sérico y fósforo, además se realizó examen clínico completo a familiares; cuyos resultados fueron normales.

Los nevos del tejido conectivo (NTC) son una forma rara de heterotopia o hamartomas benignos, bien definidos de la dermis que se originan de las células del mesoderma; se caracterizan por una acumulación y distribución anormal de los componentes de la matriz extracelular: colágeno, elastina o proteoglicanos, se los puede categorizar de acuerdo al predominio de uno de los componentes antes mencionados. A pesar de la apariencia clínica similar de muchos NTC, pueden diferenciarse histoquímica y/o bioquímicamente en función del elemento primario del tejido conectivo presente.¹

El nevo zosteriforme del tejido conectivo es una variedad rara de este tipo de heterotopias, y su diagnóstico es esencialmente de exclusión, se basa en la distribución clínica de las lesiones; puede ser esporádico o estar asociado con entidades como el síndrome de Buschke-Ollendorff, esclerosis tuberosa, síndrome de Proteus o neoplasia endócrina múltiple de tipo 1 (MEN1).²

Clínicamente están compuestos por pápulas o nódulos dérmicos firmes que confluyen en una placa, generalmente son de color piel pero pueden tener un tono amarillento. En una serie canadiense de 114 casos de NTC, se observó que la mayoría estaban localizados en el tronco (55%) y/o las extremidades (45%), con un pequeño número en la cabeza y cuello (5%). Eran solitarios en el 85% y múltiples en el 15%. Es difícil estimar su incidencia y prevalencia porque las lesiones son asintomáticas, por lo que pueden pasarse por alto y subdiagnosticarse. Los principales diagnósticos diferenciales son nevus lipomatoso cutáneo superficial, granuloma anular, morfea, anetoderma y neurofibromatosis segmentaria. La última posibilidad diferencial debe excluirse debido a su asociación con gliomas.³

El tratamiento variará según el subtipo de lesión, la edad, el número y la ubicación de las lesiones y los síndromes acompañantes. El monitoreo de las lesiones puede ser apropiado si la lesión no es molesta y la ubicación no interfiere con las actividades físicas. Se incluyen como opciones terapéuticas: escisiones quirúrgicas, dermoabrasión y terapia láser. Alternativamente, también se ha informado la administración intralesional de esteroides si la cirugía no es deseable o factible. Se ha reportado el uso intralesional de triamcinolona en intervalos de un mes durante un año, resultando en el aplanamiento, atrofia y despigmentación de la lesión sin recurrencia reportada después un año de seguimiento que fue la opción terapéutica del presente caso con evolución favorable en 12 meses.⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Saki, N., Dorostkar, A., Heiran, A., & Sari Aslani, F. (2018). Satisfactory treatment of a large connective tissue nevus with intralesional steroid injection. *Dermatol Pract Concept* , 8 (1), 12-14.
2. Amjadi, M., Khorrami-Arani, N., Mashman, G., & Allen, P. W. (2007). Zosteriform Connective Tissue Nevus: A Case Report . *American Journal of Dermatopathology* , 29 (3), 303-305.
3. McCuaig , C. C., Vera, C., Kokta, V., Marcoux, D., Hatami , A., Thuraisingam , T., y otros. (2012). Connective tissue nevi in children: Institutional experience and review. *Journal of the American Academy of Dermatology* , 67 (5), 890-897.
4. Arora, H., Falto-Aizpurua, L., Cortés-Fernandez , A., Choudhary, S., & Romanelli, P. (2017). Connective Tissue Nevi: A Review of the Literature. *American Journal of Dermatopathology* , 39 (5), 325-338.