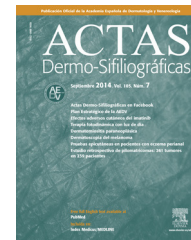




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA DIAGNÓSTICO

Hiperpigmentación facial parcheada



Patchy Facial Hyperpigmentation

Historia clínica

Mujer de 62 años procedente de Brasil, residente en España desde hace 3 años, consulta por manchas pigmentadas en área facial que han ido apareciendo de manera progresiva en los últimos 2 años. No refiere tomar medicación ni antecedentes patológicos de interés. Las lesiones son asintomáticas, no provocan prurito ni dolor.

Exploración física

La paciente corresponde a un fototipo v en la clasificación de Fitzpatrick. A la exploración física presenta en ambas regiones malares, superficies cigomáticas, ambas sienes y áreas supraciliares, una hiperpigmentación mal delimitada, parcheada y palpable a modo de minúsculas pápulas grisáceas sobre base marrónácea. No se observan otras lesiones similares en otras localizaciones. No presenta signos de inflamación ni descamación superficial (fig. 1).



Figura 1 Foto clínica de la hiperpigmentación parcheada y granular que presenta en la sien izquierda.

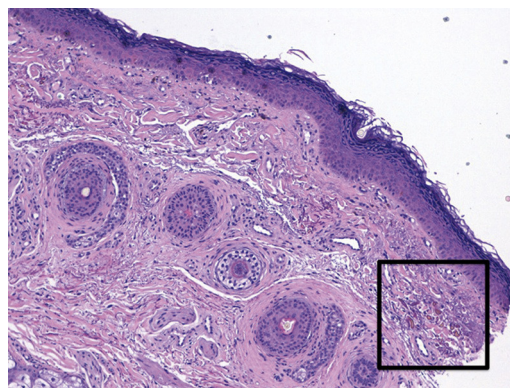


Figura 2 Hematoxilina-eosina ×20.

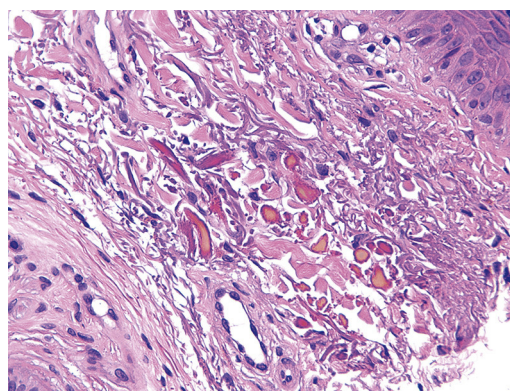


Figura 3 Hematoxilina-eosina ×40.

Histopatología

El estudio histológico de la lesión muestra una epidermis conservada y el depósito de un material de color amarillo oscuro que se dispone entre las fibras de colágeno en la dermis superficial, que adopta diferentes morfologías. No afectación de anejos ni infiltrado inflamatorio. No se observa proliferación melanocítica ni aumento de pigmento melánico en membrana basal. No melanofagia en dermis superficial (figs. 2 y 3).

Otras pruebas complementarias no fueron solicitadas.

¿Cuál es el diagnóstico?

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.06.015>

0001-7310/© 2014 Elsevier España, S.L.U. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico

Ocronosis exógena por hidroquinona.

Evolución

La paciente durante el proceso diagnóstico reconoce que ha estado utilizando durante más de 20 años un producto con hidroquinona mediante administración tópica en área facial para disminuir su pigmentación. Se le indica que debe interrumpir el uso del producto y se inicia tratamiento con retinoides tópicos.

Comentario

El término de ocronosis cutánea fue descrito por Virchow en 1866 como la acumulación de ácido homogentísico en la dermis papilar. Sin embargo, se referían a ocronosis por mecanismos patogénicos endógenos, enfermedad hereditaria conocida como alcaptonuria, donde existe una alteración en la enzima homocisteína oxidasa¹. No fue hasta 1975 cuando Findlay describe una forma de ocronosis producida por el uso continuado de cremas despigmentantes con hidroquinona, que se convierte a partir de los años 80 en la primera causa de ocronosis exógena del mundo².

La ocronosis exógena por hidroquinona aparece por su aplicación tópica continuada, relacionándose más el tiempo de administración que la concentración de esta. Afecta de manera más frecuente a fototipos IV y V que son los que habitualmente reciben tratamiento despigmentante. Este uso prolongado en el tiempo implica la inhibición de la enzima homocisteína oxidasa, provocando la acumulación del ácido homogentísico en la dermis. Clínicamente, los pacientes presentan una hiperpigmentación de tipo papular y parcheada que recuerda a gránulos de caviar y que taponan los orificios foliculares, siendo más evidente en los arcos cigomáticos y en la región supraciliar². Aunque las primeras etapas puede ser solo evidente un mínimo eritema con leve inflamación. Entre los diagnósticos diferenciales, se encuentran el melasma, mucho más frecuente, sin formaciones papulares ni tapones foliculares; y la hiperpigmentación por acumulación de metales (seudocronosis) donde la hiperpigmentación es normalmente generalizada, afectando a esclera y mucosas.

El diagnóstico definitivo es histológico, confirmando la presencia de cuerpos de color ocre que se disponen en la dermis superficial, entre los haces de colágeno, sin provocar alteraciones en la epidermis ni anejos. Estos cuerpos adoptan diferentes formas, siendo la más representativa la

forma de «banana», como podemos observar en la [figura 3](#) de nuestro paciente³. Es importante recordar que no se dispone alrededor de los conductos excretores ecrrinos, característica que lo diferencia de otras enfermedades que cursan con hiperpigmentación y que son distintas a la acumulación del ácido homogentísico, como la acumulación de plata, denominada argiria, siendo la pseudocronosis más frecuente⁴.

Respecto al manejo terapéutico, la primera medida es la interrupción del uso de hidroquinona. Múltiples tratamientos han sido descritos como el uso de retinoides tópicos, *peelings* químicos con ácido glicólico o láser CO₂⁵. Actualmente, son los tratamientos mediante láser Nd:YAG los que parecen ofrecer los mejores resultados al fragmentar los cuerpos ocre y facilitar su fagocitación⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Díaz-Ramón JL, Aseguinolaza B, González-Hermosa MR, González-Pérez R, Catón B, Soloeta R. [Endogenous ochronosis: A case description]. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:525-8.
- Charlín R, Barcaui CB, Kac BK, Soares DB, Rabello-Fonseca R, Azulay-Abulafia L. Hydroquinone-induced exogenous ochronosis: A report of four cases and usefulness of dermoscopy. *Int J Dermatol*. 2008;47:19-23.
- Martins VM, Sousa AR, Portela N de C, Tigre CA, Gonçalves LM, Castro Filho RJ. Exogenous ochronosis: Case report and literature review. *An Bras Dermatol*. 2012;87:633-6.
- McClain CM, Kantrow SM, Abraham JL, Price J, Parker ER, Robbins JB. Localized cutaneous argyria: Two case reports and clinicopathologic review. *Am J Dermatopathol*. 2013;35:e115-8.
- Kanechorn-Na-Ayuthaya P, Niumphradit N, Aunhachoke K, Nakakes A, Sittiwangkul R, Srisuttiyakorn C. Effect of combination of 1064 nm Q-switched Nd:YAG and fractional carbon dioxide lasers for treating exogenous ochronosis. *J Cosmet Laser Ther*. 2013;15:42-5.
- Tan SK. Exogenous ochronosis - successful outcome after treatment with Q-switched Nd:YAG laser. *J Cosmet Laser Ther*. 2013;15:274-8.

S. Kindem*, C. Serra-Guillén y C. Guillén

Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sabrinakindemgomez@gmail.com (S. Kindem).