

10. Huemer GM, Schoeller T, Wechselberger G, Zelger B, Dunst KM, Piza-Katzer H. Unilateral blepharochalasis. *Br J Plast Surg.* 2003;56:293-5.

S.G. Dantas, B.M. Trope, T.C. de Magalhães, D.R. Azulay, D.C. Quintella y M. Ramos-e-Silva*

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario, Escuela de Medicina, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, Brasil

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ramos.e.silva@dermato.med.br (M. Ramos-e-Silva).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.04.006>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Osteonevus de Nanta, un fenómeno cutáneo poco habitual



Osteonevus of Nanta: A Rare Skin Condition

Sr. Director:

El osteonevus de Nanta es un fenómeno inusual caracterizado por metaplasia ósea en un nevus intradérmico¹. La lesión fue descrita por primera vez por Heidesfield en 1908, y posteriormente por el dermatólogo francés André Nanta, en una publicación de 1911².

La formación ósea cutánea es un hallazgo poco frecuente en la piel que puede ser primario, en ausencia de lesiones preexistentes demostrables, o secundario a procesos inflamatorios y/o neoplásicos³. La formación secundaria de hueso ha sido reportada en una variedad de lesiones tales como pilomatrixoma, carcinoma basocelular, acné, granuloma piógeno y dermatofibroma. Sin embargo, la calcificación en un nevus intradérmico es un fenómeno muy raro^{1,4}.

Un hombre de 38 años sin antecedentes patológicos de interés consulta por una lesión hiperpigmentada en la mejilla izquierda que ha crecido y se ha endurecido progresivamente. En la exploración física se evidencia un nódulo de color negro, duro, no doloroso a la palpación, de 1,5 cm de diámetro (fig. 1). Se realiza exéresis completa de la lesión y se envía la muestra para estudio anatomopatológico. El examen histológico muestra nidos de células névicas con una adecuada maduración en la dermis superficial, y por debajo de estas, en la dermis profunda, presencia de trabéculas óseas de hueso maduro que contienen osteocitos en su interior (fig. 2). En el centro se observa hematopoyesis intramedular entre adipocitos maduros (fig. 3). Se cataloga como osteonevus de Nanta y se realizan controles periódicos al paciente.

Históricamente, los casos de formación ósea cutánea primarios han incluido entidades tales como la osteodistrofia hereditaria de Albright, la heteroplasia ósea progresiva, la miositis progresiva osificante y el osteoma cutis⁴. La osificación metaplásica secundaria ha sido reportada en asociación con cicatrices, granuloma piógeno, quiste epidérmico, fibroxantoma, lipoma y en sitios de traumas o inyección^{3,4}. Casos raros incluyen quemaduras, dermoabrasión, dermatitis por estasis y metástasis cutáneas de carcinomas de mama, vejiga o bronquiales⁵. Las neoplasias benignas, sobre todo

los nevos melanocíticos, representan la causa más común de formación de osteoma secundario³.

Clínicamente estas lesiones se asemejan a un nevus intradérmico, son más frecuentes en mujeres que en varones⁶ y tienden a estar localizadas en la parte alta del cuerpo, sobre todo en la cara. Esta observación ha hecho pensar que los constantes traumatismos e inflamación crónica de los folículos pilosos pueden tener un papel en el desarrollo de este proceso^{3,7}. Las lesiones con necrosis, hemorragia y regeneración de tejido podrían afectar la concentración de iones de calcio y fósforo, pH, oxígeno y enzimas³. Estas características físicas y químicas podrían estimular reacciones de tipo granulomatoso, con la consecuente derivación



Figura 1 Nódulo pigmentado, color negro, de bordes definidos, con presencia de folículos pilosos, de 2 cm de diámetro y localizado en la mejilla izquierda.

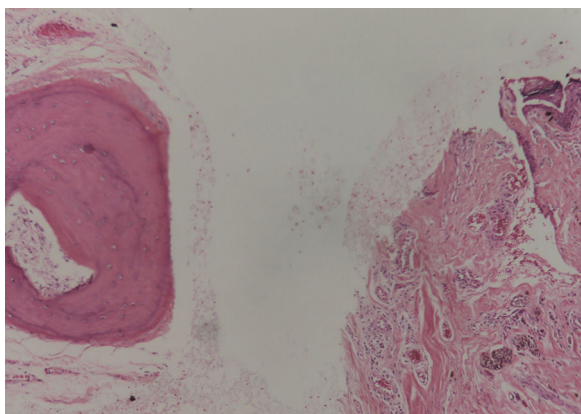


Figura 2 Nidos de células névicas benignas en la dermis papilar y por debajo de ellos presencia de espículas óseas con osteocitos y osteoblastos. Hematoxilina-eosina, $\times 4$.

de osteoblastos a partir de células mesenquimales, conduciendo a la formación de hueso³. No obstante, parece ser que el mecanismo más probable es la diferenciación de los fibroblastos a tejido óseo, con o sin factores de estimulación⁶.

De la misma forma, el hecho de que su incidencia sea más alta en mujeres ha despertado el interés de la posible asociación de los estrógenos con el desarrollo de este fenómeno⁵. Al parecer, esta hormona se une a los receptores osteoblásticos desencadenando la liberación de citocinas que inhiben la resorción ósea y la actividad osteoclástica¹. Es probable que algunas citocinas, en conjunto con proteínas de adhesión celular y especialmente el factor transformante beta, posibiliten la diferenciación de células madre mesenquimatosas en osteoblastos y, de esta forma, se inicie la osificación⁸.

El estudio histopatológico del nevus de Nanta se caracteriza por la osificación por debajo de los nidos de células névicas³. Se encuentra hueso laminado o globular con una cavidad central, en cuyo interior se observa tejido adiposo, osteoblastos, osteoclastos, vasos sanguíneos, ocasionalmente elementos de la médula ósea y casi invariablemente se encuentran folículos pilosos en la lesión^{7,9}.

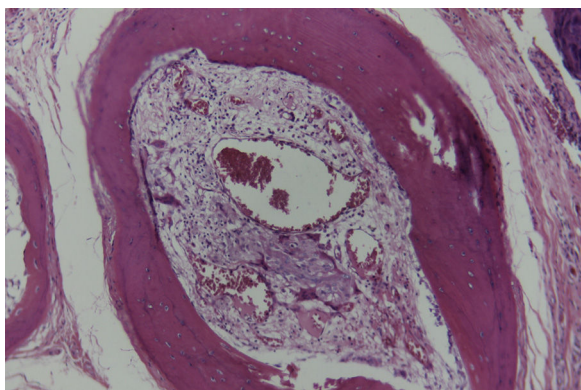


Figura 3 Espícula con presencia de megacariocitos y precursores de línea blanca y roja de la sangre en la pulpa amarilla de la médula ósea. Hematoxilina-eosina, $\times 10$.

No existe un manejo establecido ante esta condición e histológicamente la lesión es benigna. No obstante, hay un caso descrito en la literatura por Culver y Burgdorf de un melanoma maligno desarrollado sobre un osteonevus de Nanta, razón por la cual algunos autores consideran prudente vigilar al paciente¹⁰.

En este caso se presenta un paciente con una lesión névica que cumple con los criterios histológicos de osteonevus de Nanta, el cual fue resecado completamente y el paciente se encuentra en controles periódicos, sin presentar signos de recidiva.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a la Dra. Gabriela Santacruz, responsable del Servicio de Dermatología del Hospital San Francisco de Quito, y al paciente cuyas imágenes se muestran en el trabajo, quien dio su consentimiento por escrito para la publicación de las mismas.

Bibliografía

1. Kamat G, Myageri A, Rao R. Osteonevus of Nanta presenting as nodule over left eyebrow. *Case Rep Dermatol Med.* 2012;2012:715672.
2. Lee YB, Lee KH, Park CJ. A case of intradermal melanocytic nevus with ossification (nevus of Nanta). *Ann Dermatol.* 2008;20:197-9.
3. Sasaki S, Mitsuhashi Y, Ito Y. Osteo-nevus of Nanta: A case report and review of the Japanese literature. *J Dermatol.* 1999;26:183-8.
4. Conlin PA, Jimenez-Quintero LP, Rapini RP. Osteomas of the skin revisited: A clinicopathologic review of 74 cases. *Am J Dermatopathol.* 2002;24:479-83.
5. Burgdorf W, Nasemann T. Cutaneous osteomas: A clinical and histopathologic review. *Arch Dermatol Res.* 1977;260:121-35.
6. Al-Daraji W. Osteo-nevus of Nanta (osseous metaplasia in a benign intradermal melanocytic nevus): An uncommon phenomenon. *Dermatol Online.* 2007;13:16.
7. Moulin G, Souquet D, Balme B. [Pigmented nevus and cutaneous ossifications. Apropos of 125 cases of osteonevi] French. *Ann Dermatol Venerol.* 1991;118:118-9.
8. Keida T, Hayashi N, Kawakami M, Kawashima M. Transforming growth factor beta and connective tissue growth factor are involved in the evolution of nevus of Nanta. *J Dermatol.* 2005;32:442-5.
9. Harvey Y, Szelezsán J, Rolón M. Osteonevus de Nanta, reporte de un curioso fenómeno en la piel. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2013;21:270-3.
10. Culver W, Burgdorf H. Malignant melanoma arising in a nevus of Nanta. *J Cutan Pathol.* 1993;20:375-7.

A.V. Alvarado^{a,*}, J.J. Dávila-Rodríguez^a, B. Vélez^a y M. Montenegro-Zumárraga^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital San Francisco de Quito, Quito, Ecuador

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Francisco de Quito, Quito, Ecuador

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: avalvaradomd@gmail.com
(A.V. Alvarado).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.034>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Eccema de contacto por extracto de pimienta negra como tratamiento de vitiligo



Contact Dermatitis Due to Black Pepper Extract Used to Treat Vitiligo

Sr. Director:

El vitiligo es una enfermedad con una prevalencia estimada entre el 0,06 y el 2,28% de la población mundial¹. En muchas ocasiones, la aparición de manchas acrómicas características de la enfermedad llega a tener un alto impacto psicológico en los pacientes, lo que hace que estos acaben probando diversos tratamientos con el objetivo de repigmentar las lesiones^{2,3}. Recientemente ha sido comercializado un nuevo producto sanitario de clase I de uso tópico para el tratamiento del vitiligo: Pigmerise[®] 20% en Fitalite[®].

Presentamos 3 casos clínicos de pacientes con vitiligo y eccema alérgico de contacto a este nuevo producto. Se trata de 2 mujeres y un varón con edades comprendidas entre los 37 y 51 años con vitiligo de varios años de evolución, para lo cual habían realizado previamente tratamiento tópico con corticoides, tacrolimus al 0,1% y/o fototerapia UVB de banda estrecha. Todos ellos presentaron una reacción eczematosa local en las zonas de aplicación del producto entre 3 semanas y 2 meses después de iniciar su utilización. En los 3 casos el test de uso con el producto comercial resultó positivo. Posteriormente, se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar del Grupo Español en Investigación de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC) y con los 2 componentes del producto: el principio activo, Pigmerise[®], diluido al 1 y 0,4% en vaselina filante y el cremagel hidrófilo en el que viene formulado, Fitalite[®]. Ambos componentes fueron proporcionados por el delegado de ventas del laboratorio farmacéutico. Los resultados mostraron positividad en los 3 pacientes tanto a las 48 como a las

96 h para el extracto de pimienta negra a ambas concentraciones (Pigmerise[®] 0,4 y 1%) mientras que el Fitalite[®] resultó negativo en todos los casos (fig. 1). Dos de los pacientes presentaron positividades en la batería estándar española, sin relevancia presente (tabla 1). Además, la paciente número 2 presentó un fenómeno de reactivación durante la realización de las pruebas epicutáneas, con la aparición de placas eczematosas en flexuras antecubitales y zona axilar, localizaciones donde previamente había aplicado el producto. Se parchearon 25 controles en pacientes sanos que resultaron negativos.

En los últimos años el uso de productos derivados de plantas se ha incrementado notablemente, tanto con fines cosméticos como medicinales. En la mayoría de los casos existe escasez de ensayos clínicos que evalúen tanto la seguridad como la eficacia de estos productos previa a su comercialización. El uso de productos botánicos no está exento de riesgos y en el caso de su aplicación tópica pueden causar diversas reacciones locales, entre las que destacan la dermatitis de contacto irritativa, la dermatitis de contacto alérgica, las urticarias de contacto, los eccemas fotoagravados o las reacciones fototóxicas⁴. La reciente comercialización de Pigmerise[®] 20% en Fitalite[®] para el tratamiento del vitiligo contiene un principio activo compuesto por un fitocomplejo natural de oleoresina líquida derivado del extracto de *black pepper* (*Piper nigrum* L. o piperina), el cual va formulado al 20% en un cremagel hidrófilo con altas concentraciones de triglicéridos del ácido linoleico y oleico conocido como Fitalite[®]. Este compuesto supuestamente ejerce su acción activando la proliferación de melanocitos, hecho que ha sido demostrado *in vitro*⁵. Sin embargo, no hemos encontrado ningún artículo o publicación sobre estudios de eficacia o seguridad realizados con este producto, puesto que al ser comercializado como producto sanitario clase I, no se precisan de estudios de farmacovigilancia.

Hasta el momento, no tenemos constancia de ningún caso publicado en la literatura de eccema alérgico de contacto por extracto de pimienta negra (piperina), por lo que

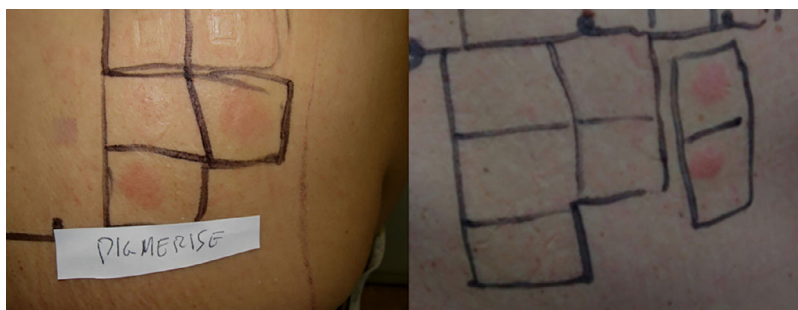


Figura 1 Resultado de las pruebas alérgicas de contacto de los pacientes 1 y 3 a las 96 h para Pigmerise[®] al 0,4 y 1%.