

Hiperqueratosis nevoide bilateral de areola y pezón. Presentación de un caso

Dres Genith Paola Sánchez Ávila,¹ Mayrobi J Leguisamo Costales,² Norberto O Grinspan Bozza,³ Ignacio Calb⁴

¹ Doctora en Medicina y Cirugía. Concurrente al curso anual de Cirugía Dermatológica 2014. Sociedad Argentina de Cirugía Dermatológica. Asociación Médica Argentina.

² Médica. Concurrente al curso anual de Cirugía Dermatológica 2014. Sociedad Argentina de Cirugía Dermatológica Asociación Médica Argentina.

³ Profesor Consulto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Director del Curso Anual de Cirugía Dermatológica 2014. Sociedad Argentina de Cirugía Dermatológica. Asociación Médica Argentina.

⁴ Médico Patólogo.

Centro Dermatológico Argentino. Rincón 83, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La hiperqueratosis nevoide de areola y pezón es una entidad patológica de la dermatología escasamente presentada en la literatura. Descrita por primera vez en 1938 por Levy – Frankel,² quien además establece una clasificación etiológica de la misma. En este trabajo se presenta un caso de hiperqueratosis nevoide bilateral de areola y pezón, y su tratamiento con galvanocauterío que da muy buenos resultados no solo estéticos sino primordialmente por la nula recidiva.

Palabras claves. Hiperqueratosis de areola y pezón, Tratamiento Destructivo Galvanocauterío, nevo, buenos resultados.

Hyperkeratosis of the nipple and areola

Summary

Hyperkeratosis of the nipple and the areola is a pathological entity of dermatology sparsely reported, first described in 1938 by Levy - Frankel, who established an etiological classification of that entity. In this paper a case of bilateral hyperkeratosis of the nipple and the areola and its successful treatment with galvanocautery surgery with no long-term recurrence is reported.

Key words. Nevoid hyperkeratosis of the nipple and areola, successful treatment, galvanocautery, effectiveness.

Correspondencia. Dr Norberto O Grinspan Bozza
Correo electrónico: ngrinspan@fibertel.com.ar

Introducción

La Hiperqueratosis nevoide de la areola y pezón es una entidad patológica que compromete la epidermis, caracterizada clínicamente por el engrosamiento de dicha capa de la piel que semeja una verruga.

Fue descrita por primera vez en el año de 1938 por Levy – Frankel, quien realiza una clasificación de esta entidad en 3 tipos:

1. Hiperqueratosis de la areola y pezón como extensión de un nevo verrugoso, usualmente unilateral.
2. Hiperqueratosis de la areola y pezón asociadas a otras dermatosis como ictiosis, acantosis nigricans, enfermedad de Darier, esta última puede ser bilateral.
3. Nevo hiperqueratósico idiopático de la areola y pezón (asociado a variantes hormonales), variante inusual que predomina en mujeres entre 20 y 30 años generalmente bilateral y según algunos autores puede aparecer en la pubertad, en el embarazo y en hombres con cáncer de próstata tratados con terapia hormonal (dietilestilbestrol).¹

Presentación del caso clínico

Consulta una adolescente de 14 años, sin antecedentes patológicos de importancia, que acude por presentar engrosamiento e hiperpigmentación de ambas areolas, sin especificar el tiempo de evolución (Figuras 1 y 2).

La lesión es asintomática, pero con implicancia psicológica debido a la topografía de las mismas, que le genera un complejo en su sexualidad, siendo éste el verdadero motivo de su consulta.

Al examen físico se observan lesiones verrugosas de color parduzco en ambas areolas rodeando al pezón.

Figura 1. Lesión bilateral de pezones en paciente de 14 años de edad.



Figura 2. A mayor aumento, lesión en pezón derecho correspondiente hiperqueratosis de la areola.



Por tratarse de una lesión bilateral y con asociación hormonal por su aparente presentación en la pubertad, lo ubicamos dentro del tipo III de la clasificación realizada por Levy – Frankel.

La terapéutica planteada fue destrucción con galvanocauterio de las lesiones hiperqueratósicas en la región de areola de ambas mamas, que es un procedimiento simple sin requerir anestesia general y con excelentes resultados a largo plazo. Se realizó control de las lesiones evidenciando resultados estéticamente satisfactorios y sin recidivas por al menos 5 años (Figuras 3 y 4). El examen histopatológico de la lesión extirpada menciona que se observó “hiperqueratosis, hiperplasia epidérmica, crestas interpapilares alargadas, algunas de ellas interconectadas, y papilomatosis.”

Diagnóstico: Hiperqueratosis nevoide del pezón y areola mamaria (Dr Ignacio Calb).

Figura 3. Resultados del tratamiento de las lesiones.



Figura 4. Control con buen resultado estético sin evidencia de recidiva.



Discusión

Luego de revisar la escasa literatura referencial, creemos pertinente presentar este caso, al constatar que el método terapéutico aplicado fue un éxito sin recidiva a largo plazo (5 años).

En nuestra presentación deseamos dar realce a este manejo quirúrgico con un método destructivo con galvanocauterio que sigue siendo eficaz, que no requiere anestesia general y no es un procedimiento

extenso; además, se respetó la anatomía del pezón y la areola de la paciente dando excelentes resultados estéticos. En la literatura revisada encontramos trabajos excelentes con manejos clínicos y quirúrgicos con una alta recidiva de las lesiones en el tiempo. Tal es el caso presentado por Vestey y Bunney,³ que emplearon varias sesiones de crioterapia con buenos resultados estéticos hasta los posteriores 10 meses de seguimiento. La terapia clínica, con Tretinoína tópica durante 4 semanas, demostró ser eficaz en la despigmentación de las lesiones durante el lapso del tratamiento, sin embargo, las mismas recrudescieron tras la discontinuación de la aplicación. Toros,³ demostró similar eficacia con el empleo tópico de isotretinoína encontrándose además una irritación importante de la piel de la areola y del pezón. Asimismo, varios tratamientos con otros agentes queratolíticos tópicos han demostrado diversos resultados, por ejemplo, el empleado por Kuhlman,³ quien tras la aplicación de ácido salicílico al 6%, en dos casos, demostró la eficacia del mismo en un paciente a la primera semana de su aplicación, mientras que en el segundo caso el resultado fue incompleto con la aplicación diaria durante 2 meses. De igual manera podemos citar el empleo de ácido láctico al 12%, que requirió 6 meses de tratamiento para lograr una parcial despigmentación de las lesiones; el uso de urea al 40% ha demostrado igual ineficacia.¹⁰ Han sido empleados tratamientos clínicos orales, con Etreinato 1mg/kg/día, sin mejoría de las lesiones luego de 6 semanas. Pocos casos han sido comunicados con tratamiento quirúrgico de escisión como medida alternativa frente a la terapéutica clínica tanto tópica como oral.

Por esta razón hacemos hincapié en el tratamiento quirúrgico con galvanocauterío empleado en nuestro caso, que con una sola sesión fue efectivo para destruir las lesiones, además de dar excelentes resultados estéticos que perduraron por el lapso de 5 años de seguimiento, que es el mayor tiempo reportado en la literatura, dando de esta manera, otra opción de manejo y evitando recidivas.

Conclusión

La hiperqueratosis nevoide de areola y pezón es una patología poco frecuente y poco comunicada, de etiología múltiple, que afecta principalmente a las mujeres en edad fértil y que cuenta con una clínica semejante en todos los casos, con aspecto verrugoso e hiperpigmentado.

Hay múltiples opciones terapéuticas, tanto quirúrgicas como clínicas, que en la mayoría de los casos han conllevado recidivas a mediano y largo plazo. En esta paciente presentada, concluimos que el tratamiento quirúrgico con galvanocauterío de las lesiones hiperqueratósicas arrojó buenos resultados estéticos que influyeron notablemente en su estado psicoemocional y destacamos la no recidiva de las lesiones durante 5 años en los cuales se hizo el seguimiento, aspecto a tener en cuenta frente al empleo de otros tratamientos.

Bibliografía

1. Amal Mehanna, Jonny Malak, Abdul- Ghani, FACP. Hyperkeratosis of the nipple and areola. Arch Dermatol/ vol 13 / 2001; 1327-1328.
2. Levy- Franckel A. Les Hiperkeratoses de l'areole et du mamelón. Paris med. 1938; 28:63-66.
3. Ravi S. Krishnan, Tiffany A. Angel, Tom R. Roark, Sylvia Hsu. Nevoid Hyperkeratosis of the nipple and/or areola: a report of two cases and a review of the literature. Inter Journal of Derma. 2002, 41: 775-777.
4. Soler Coral Inés, Cabrera Hugo Néstor, Gómez María Luisa. Hiperqueratosis de pezón y areola mamaria: revisión de la literatura a propósito de dos casos de queratosis nevoides de pezón. Arch Argen. Dermat., T. XXXV, 269-274, 1985.
5. Ghanadam Al, Balighi K, Khezri S, Kamyabhesari K. Nevoid Hyprkeratosis of the Nipple and/or Areola: Treatment with Topical Steroid. Indian J Dermatol 2013 Sep; 58(5): 408. Doi: 10.4103/0019-5154.117347.
6. Foustanos A., Panagiotopoulos K., Ahmad D., Konstantopoulos K. Surgical approach for nevoid hyperkeratosis of the areola. J Cutan Aesthet Surg. 2012 Jan;5(1):40-2 doi: 10.4103/0974-2077.94343.
7. Verma P., Pandhi D., Yadav P. Unilateral Nevoid/primary Hyperkeratosis of the Nipple and Areola Successfully Treated with Radiofrequency Ablation. J Cutan Aesthet Srg. 2011 Sep;4(3):214-5 doi:10.4103/0974-2077.91258.
8. Guevara - Gutierrez E., Tarango - Martínez VM., Sandoval - Tress C., Hernández - Torres M. Unilateral Nevoid Hyperkeratosis of the Nipple and Areola Treated with Topical Calcitriol. Actas Dermosifiliogr. 2008 Jul-Aug;99(6):500-1.
9. Swan MC., Gwilym SE., Hollowood K., Venning V., Casel O. Treatment of Nevoid Hyperkeratosis of the Nipple and Areola by shave excision. Ann Plast Surg. 2004 Nov;53(5):5510-2.
10. English J., Coots N. A man whit Nevoid Hyperkeratosis of the Areola. Cutis 1996; 57:354-356.