

Máculas hiperpigmentadas generalizadas

María Belén Bidabehere, Alina Ruffini, María Pía Boldrini, María Laura Gubiani y Beatriz Pinardi

► CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad, sin antecedentes personales patológicos, que consultó a nuestro servicio por presentar lesiones cutáneas pigmentadas en tronco, de comienzo abrupto, de 4 meses de evolución y asintomáticas. La paciente negaba lesiones cutáneas previas e ingesta de fármacos.

Al **examen físico** se observaban múltiples máculas ovaladas, de límites netos, color marrón- grisáceo, de 1 a 3 cm de diámetro, localizadas en cuello, tronco y raíz de miembros superiores e inferiores, distribuidas en patrón de árbol de navidad. Las lesiones no comprometían palmas, plantas ni mucosas, no se comprobó afectación de la sensibilidad y el signo de Darier era negativo (Figs. 1 y 2).

Se solicitó un **laboratorio** (hemograma, VSG, glucemia, función hepática, renal y tiroidea; VDRL) que se encontraba dentro de parámetros normales y un **estudio micológico** directo y cultivo, el cual resultó negativo.

El **estudio histopatológico** reveló en epidermis leve hiperqueratosis y papilomatosis con hiperpigmentación de la capa basal. En dermis, edema, vasocongestión, depósitos de melanina y aislados melanófagos (Fig. 3).

Su diagnóstico es...

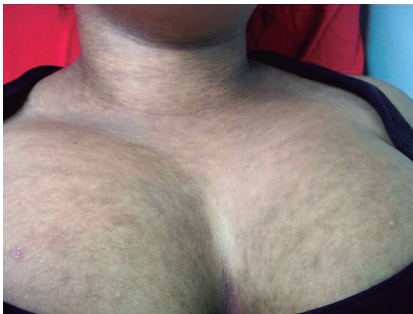


Fig. 1: Múltiples máculas hiperpigmentadas en pecho.

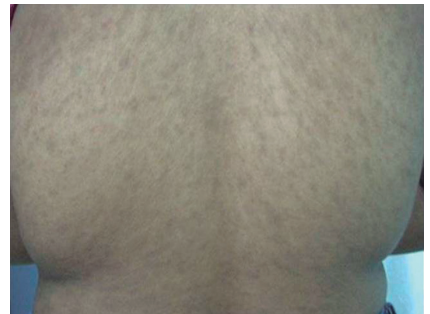


Fig. 2: Máculas ovaladas de límites netos, marrón- grisáceo en dorso, con distribución en árbol de navidad.

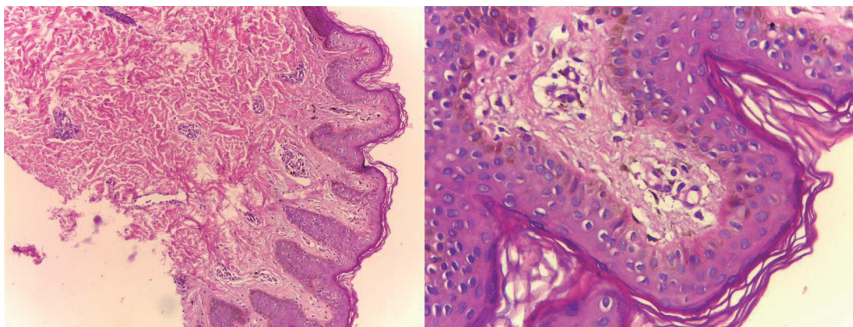


Fig. 3: Histopatología (HE): hiperpigmentación de la capa basal; en dermis depósitos de melanina, melanófagos aislados y leve infiltrado inflamatorio perivascular.

Servicio de Dermatología Hospital San Roque. Bajada Pucará 1900 (5000), Córdoba, Argentina

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Correo electrónico: belenbida@hotmail.com

Recibido: 1-6-2015.

Aceptado para publicación: 15-9-2015.

► DIAGNÓSTICO

Pigmentación macular eruptiva idiopática

► COMENTARIOS

La **pigmentación macular eruptiva idiopática** (PMEI) es una dermatosis poco frecuente que se caracteriza por máculas marrón- grisáceas, asintomáticas, distribuidas en tronco, cuello y región proximal de miembros. Afecta principalmente a niños y adolescentes. La resolución es espontánea luego de meses o años de evolución¹.

Fue descrita inicialmente por Sakae en 1941² y Degos, Civatte y Belaich le otorgan su nombre definitivo en 1978³.

Existen diferentes denominaciones para la PMEI en la literatura, entre las que figuran: pigmentación idiopática maculosa adquirida, melanosia lenticular generalizada, pigmentación en placas eruptiva de etiología desconocida, melanoderma en placas y melanoderma maculosa adquirida⁴.

Esta dermatosis es más frecuente durante la niñez y adolescencia^{5,6}, existiendo un predominio del sexo femenino en coincidencia con el caso presentado.

La **etiología y patogénesis** es desconocida. No hay asociación con antecedentes heredofamiliares, ingesta de fármacos ni procesos inflamatorios previos⁷. Tampoco la fotosensibilidad tendría un rol importante, debido a que las lesiones rara vez aparecen en áreas fotoexpuestas. Los cambios hormonales propios de la adolescencia podrían estar involucrados, sensibilizando tanto a los melanocitos como al sistema inmune^{1,5,8}.

Clínicamente presenta múltiples máculas hiperpigmentadas marrones, azul pizarra o grises, redondas u ovals, de milímetros a varios centímetros de diámetro, no confluentes y asintomáticas^{1,8,9}. El signo de Darier es negativo⁶. La distribución es irregular, adoptando en ocasiones un patrón en árbol de navidad^{1,4}, localizándose en el cuello, tronco y regiones proximales de extremidades, como en nuestra paciente. Las lesiones aparecen de manera súbita

y desaparecen en forma gradual en meses o años, sin dejar secuelas^{5,8}. Característicamente respeta palmas, plantas, anexos y mucosas^{7,8}.

Los **cambios histopatológicos típicos** de esta entidad son: hiperpigmentación de la capa basal y pigmentación melánica predominante en dermis papilar, pudiendo hallarse moderado infiltrado linfocitario perivascular y presencia de melanófagos en dermis superior^{1,7}.

Aunque es fundamental la exclusión de otras melanodermas, existen para el diagnóstico 5 criterios propuestos por Sanz de Galdeano y col. (Tabla I)¹⁰. Nuestra paciente cumple con todos los criterios anteriormente mencionados.

Los **diagnósticos diferenciales** a tener en cuenta son la hiperpigmentación postinflamatoria, erupción por drogas, eritema discrómico perstans o dermatosis cenicienta, liquen plano pigmentoso, urticaria pigmentosa, pitiriasis rosada de Gilbert, pitiriasis versicolor, roséola sifilítica, entre otros^{1,7,8}. Con respecto a nuestra paciente, negaba ingesta de fármacos y lesiones cutáneas previas. En la dermatosis cenicienta las lesiones son de mayor tamaño y se presentan habitualmente de manera coalescente con bordes eritematosos y sobreelevados. El liquen plano presenta una histopatología característica con degeneración de la capa basal. Además nuestra paciente presentaba VDRL no reactiva, micológico (directo y cultivo) negativo y signo de Darier negativo, descartando roséola sifilítica, pitiriasis versicolor y urticaria pigmentosa, respectivamente.

En cuanto al **tratamiento** se han utilizado diversos esquemas sin éxito demostrable^{5,8}. La terapéutica instaurada en nuestra paciente se basó en emolientes y fotoprotección, logrando una discreta disminución de la pigmentación al mes de iniciado el tratamiento.

Consideramos que es importante tener presente a la PMEI al momento de abordar a un paciente con lesiones pigmentarias y destacamos la necesidad de informar la naturaleza benigna y autorresolutiva de esta dermatosis, evitando de esta manera someter al paciente a tratamientos innecesarios.

Tabla I. Criterios diagnósticos¹⁰.

| | |
|---|--|
| 1 | Erupción de máculas amarronadas, no confluentes, asintomáticas, que involucran tronco, cuello y la parte proximal de las extremidades de niños o adolescentes |
| 2 | Ausencia de lesiones inflamatorias previas |
| 3 | Ausencia de exposición a drogas |
| 4 | Hiperpigmentación de la capa basal de la epidermis y presencia de melanófagos en la dermis, sin daño visible de la capa basal o infiltrado inflamatorio liquenoide |
| 5 | Recuento normal de mastocitos |

► **BIBLIOGRAFÍA**

1. Yarza, M.L.; Rueda, M.L.; Grees, S.A.; Laffargue, J.A.; Navacchia, D.; Valle, L.E.: Pigmentación macular eruptiva idiopática. **Dermatol Argent** 2011; 17: 209-213.
2. Sakae, A.: Über den pigmentfleck unberkannter ursacha. Pigmentatio idiopathica maculosa acquisita. **Abi Hanut Geschl Kr** 1941; 67: 636.
3. Degos, R.; Civatte, J.; Belaich, S.: La pigmentation maculeuse eruptive idiopathique. **Ann Dermatol Venereol** 1978; 105: 177-182.
4. Mendoza Guil, F.; Serrano Falcón, C.; Sánchez Sánchez, G.; Dulanto Campos, C.; Linares Solano, J.; Naranjo Sintés, R.: Pigmentación macular eruptiva idiopática. **Med Cutan Iber Lat Am** 2004; 32:124-127.
5. Alca, E.; Bravo, F.; Salomón, M.; Puell, L.; Ramos, C.; Melgarejo, C.; Del Solar, M.: Pigmentación macular eruptiva idiopática. **Folia Dermatol Perú** 2007; 18:136-139.
6. Verma, S.; Thakur, B.K.: Idiopathic eruptive macular pigmentation with papillomatosis. **Indian Dermatol Online J** 2011; 2:101-103.
7. Bottegal, F.; Bocian, M.; Cervini, A.B.; Laterza, A.; García, Díaz, R.; Pierini, A.M.: Pigmentación macular eruptiva idiopática. **Dermatol Argent** 2004; 10: 51-55.
8. López Cepeda, L.D.; Ramos Garibay, J.A.; Morán Martínez, K.: Pigmentación macular eruptiva idiopática. **Rev Cent Dermatol Pascua** 2013; 22: 31-34.
9. Grover, S.; Basu, A.: Idiopathic eruptive macular pigmentation: report on two cases. **Indian J Dermatol** 2010; 55: 277-278.
10. Sanz de Galdeano, C.; Léuté-Labrèze, C.; Bioulac-Sage, P.; Nikolic, M.; Taïeb, A.: Idiopathic macular pigmentation: report of five patients. **Pediatr Dermatol** 1996; 13: 274-277.