



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza"

Departamento de Dermatología

NEVO COMEDONICO PRESENTACION DE CASOS Y REVISION DE LA LITERATURA

TESIS DE POSTGRADO

Que presenta la:

Dra. Adela Vargas Cuellar

para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA



México, D. F.

**TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN**

Febrero 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	5
REPORTE DE CASOS	6
REVISION DE LA LITERATURA .	14
EL COMEDON	17
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCION

El Nevo comedónico se considera como una simple anomalía del desarrollo en la formación del aparato pilosebáceo por el germen epitelial primario, que solo sería capaz de formar que ratina. Dentro de los tumores benignos del folículo piloso - se lo clasifica como una lesión hiperplásica pura.

Fue descrito inicialmente por Kofmann (1) en 1895 quien usó - el término de comedo-naevus, y al año siguiente fue descrito en la literatura británica por Selhorts (3) como Nevo acnei-- forms unilateral y por Thibierge (4) en la Literatura france-- sa como Nevo acneiforme unilateral en bandas y en placas. Ca si dos décadas después fue descrito por C.J. White (5) en los Estados Unidos de Norteamérica y designado con el nombre de - Nevo Folicular Queratósico.

El Nevo comedónico desde el punto de vista clínico consiste - en numerosos orificios foliculares dilatados, que contienen - tapones córneos pigmentados, agrupados en islotes, bandas li- neales o con distribución zoniforme. Los comedones son de di ferentes tamaños desde 1 mm. los más pequeños, hasta el tama- ño de la cabeza de un alfiler los más grandes. Pueden ser lo calizados o diseminados, unilaterales o bilaterales, aunque -

rara vez cruzan la línea media.

No parece tener predominio por ningún sexo o raza. Algunas observaciones muestran cierto carácter familiar. La postulación de una herencia autosómica dominante fue señalada por -- Carneiro y Cols. (17) en 1972 al reportar 4 miembros de una familia afectados. Esto fue apoyado por Cantu y Gómez (18) -- en 1978 quien mostró evidencia de nevus comedónicos familiares vistos en algunas generaciones. Giam y Cols. (8) al realizar el reporte de Nevo comedónico en gemelos homocigotos en 1981, demuestra la herencia autosómica dominante, siendo además afectadas dos generaciones.

El 50% de los casos que se han publicado se encontraban presentes al momento del nacimiento, el resto aparecen en la niñez y adolescencia hasta los 15 años de edad. Nabai y Mehregan (19) citan un caso aparecido a los sesenta y siete años -- luego de una mastectomía radical.

Han sido descritas algunas asociaciones, aunque se consideran raras. Engber (20) en un trabajo recientemente publicado, resume en un cuadro todas las halladas hasta el presente:

- 1.- Anomalías esqueléticas (escoliosis congénita, anomalía del desarrollo de T4 y T5, hemivértebra, fusión --

de vértebras, espina bífida oculta).

- 2.- En el sistema nervioso central (crisis epilépticas, anomalías en el electroencefalograma, retardo mental).
- 3.- En la piel (quistes triquilémicos, nevo lineal de células basales, líquen plano, ictiosis).
- 4.- Oculares (catarata congénita homolateral y bilateral elastoma intrapapilar)

Esto ha dado lugar a que algunos autores conforman el Síndrome del Nevo Comedónico.

Clínicamente la piel interfolicular tiene aspecto normal, o puede estar hiperpigmentada o hipopigmentada, irregular, engrosada, salpicada de quistes miliares o foliculares, algunos supurados, pequeñas fístulas y cicatrices todo lo cual confiere a la placa el aspecto acneiforme.

Es decir, que de esto se concluye que podrían describirse dos grupos:

- 1.- En el que prepondera la formación de comedones sin supuración.

2.- En el cual los quistes con infecciones recurrentes, - las fístulas, abcesos y cicatrices son la caracterís- tica.

Además se distinguen dos formas clínicas: hipoplásica e hiperplásica. La forma hipoplásica o atrófica es la más común, se dispone en forma zoniforme, habitualmente paralela a los trayectos nerviosos no radiculares y está constituida por comedones de contenido predominantemente córneo, ubicado en el centro de depresiones variceliformes que semejan cicatrices de una supuración anterior.

En la forma hiperplásica los comedones son ricos en material sebáceo y se agrupan formando figuras redondeadas, ovales o arcos, que tienen límites precisos y hacen un leve relieve. - También se acepta que existen casos mixtos.

Aparentemente no hay sitio del cuerpo inmune a desarrollar Nevo comedónico; las localizaciones más frecuentes son: cara, cuello, hombros, pecho y abdómen; por lo regular de un solo lado del cuerpo, aunque se han reportado casos bilaterales y diseminados cubriendo hasta la mitad del cuerpo. El involucro en palmas y plantas es raro y hasta 1985 se habían reportado cinco casos.

OBJETIVOS

Los objetivos de la presentación de éste trabajo son:

- 1.- Reportar tres casos de Nevo comedónico atendidos en -
el servicio de Dermatología Pediátrica del Hospital -
General del Centro Médico " La Raza " (2 casos) y -
en el servicio de Dermatología del Hospital de Espe--
cialidades del Centro Médico " La Raza " (1 caso),
y que hasta ahora, de acuerdo a nuestros conocimien--
tos, no ha sido reportado ningún caso en México.
- 2.- Hacer una revisión de la Literatura Mundial para cong
cer el número exacto de casos reportado.
- 3.- Establecer las características tanto clínicas como -
histológicas de ésta patología.

REPORTE DE CASOS

En los servicios de Dermatología pediátrica del Hospital General del Centro Médico " La Raza " (2 casos) y en el servicio de Dermatología del Hospital de Especialidades del Centro Médico " La Raza " (1 caso), se estudiaron tres casos de -- Nevo comedónico entre marzo de 1984 a noviembre de 1986.

Un paciente pertenecía al sexo masculino y dos al sexo femenino, cuya época de inicio, localización, tipo de lesión y disposición se consignan en la tabla.

Caso No. 1:

A.D.A., masculino de 9 años de edad, natural y residente en México, D.F., quien consultó en abril de 1984 al Hospital General Centro Médico " La Raza ", servicio de Dermatología Pediátrica. Refería desde el nacimiento una lesión en piel de antebrazo izquierdo, hipocrómica y con marcada resequedad, -- posteriormente presencia de comedones y diseminación paulatina a región anterior y posterior de tórax, axila, glúteo y -- muslo del lado izquierdo, al igual que presencia de abscesos. Sus antecedentes familiares solo indicaron abuelo paterno fallecido por Diabetes Mellitus tipo I y abuela materna falleci

da por cardiopatía congénita. Su historia médica personal reveló Otitis media crónica derecha que ameritó tratamiento hospitalario.

A la exploración dermatológica se encontró una dermatosis diseminada a axila, tórax anterior y posterior, glúteo y muslo del lado izquierdo constituida por varias neoformaciones en placa conteniendo numerosos comedones abiertos y cerrados, nódulos de diferentes tamaños y abscesos siendo el mayor de 2 cm. aproximadamente de tamaño, eritematoso y doloroso, al igual que lesiones queloides residuales y cicatrices varioliformes.

El exámen físico general fue satisfactorio a excepción de hipospadía en genitales. Los exámenes de laboratorio, entre los cuales se incluyeron hemograma completo con cuenta diferencial, parámetros de coagulación, urianálisis, urocultivo y coproparasitoscópicos fueron normales.

Se le practicó una biopsia de piel con Sacabocado del No. 3 (mm) de lesión comedónica en pezón izquierdo, habiéndose teñido la muestra con hematoxilina-eosina. La microscopía de luz reveló una hiperqueratosis ortoqueratósica. Existe una zona de invaginación de la epidermis de aspecto crateriforme que en su interior muestra abundante material córneo laminado

en la epidermis de éste sitio se muestra adelgazamiento de la misma. Inmediatamente por debajo de la invaginación y en contacto con la epidermis se identifica una glándula sebácea de características histológicas normales. En la dermis y el resto de sus anexos no se muestran alteraciones.

La impresión clínica fue de Nevo comedónico la cual se corroboró con el estudio histopatológico.

Se inició tratamiento a base de antibióticos del tipo de las tetraciclinas y sulfas, igual que desinflamatorios tópicos -- ante la presencia de proceso inflamatorio el cual se presentó en repetidas ocasiones, instaurándose finalmente tratamiento a base de ácido retinoico. Al momento de efectuar éste reporte el paciente no había acudido a consulta de control

Caso No. 2:

M.H.I., femenina de 4 años de edad, natural y residente en México, D.F., quien consultó al servicio de Dermatología Pediátrica del Hospital General Centro Médico " La Raza " en junio de 1985. Refería la presencia de una " Línea negra " desde los dos meses de edad en axila derecha, la cual fue creciendo paulatinamente hasta adquirir el tamaño que actualmente presenta. De 4 meses a la fecha de su primera consulta la

lesión comenzó a extenderse a región pectoral, brazo y espalda del mismo lado, motivo de su consulta.

Sus antecedentes familiares y personales sin importancia.

A la exploración dermatológica se encontró una dermatosis diseminada a axila, región pectoral, brazo y espalda del lado derecho de su cuerpo, constituida por varias placas de contorno irregular, conteniendo un conglomerado de comedones abiertos y cerrados de uno a 3 mm. de tamaño aproximadamente. En axila además se observó la presencia de abscesos.

El examen físico general fue irrelevante. Los exámenes de laboratorio realizados: hemograma completo con diferencial, -- urianálisis, coprológicos y parámetros de coagulación entre límites normales.

Se remitió al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva donde se le practicó resección parcial de lesión axilar derecha con buena evolución postoperatoria. Se envió la pieza -- quirúrgica para estudio histopatológico y a la microscopia de luz con las técnicas habituales de hematoxilina-eosina se encontró biopsia de piel con dilataciones quísticas amplias del canal folicular, con abundante material córneo ortoqueratolítico en su interior, que dan el aspecto de invaginación de la epidermis; la epidermis en esos sitios se encontró adelgazada

En el resto de la epidermis se observó hiperqueratosis orto-- queratósica y acantosis irregular.

En la dermis se observan quistes córneos y existe una zona -- con infiltrado caracterizado por la presencia de células epi- telioides, linfocitos, células plasmáticas y abundantes célu- las gigantes multinucleadas con su núcleo dispuesto en el cen- tro, los cuales se encuentran rodeando material córneo lamina- do. No se observan glándulas sebáceas.

Al año de la intervención quirúrgica la paciente presenta re- cidiva de la lesión de axila derecha, instaurándose entonces tratamiento a base de desinflamatorios y loción azufrada. La paciente en la actualidad tiene 6 meses de no asistir a con- sulta.

Caso No. 3:

E.R.G. Se trata de paciente femenina de 8 años de edad natu- ral y residente en Toluca, Estado de México, quien consultó - al Hospital de Especialidades del Centro Médico " La Raza " - en septiembre de 1984.

Refería que su lesión fue notada hacia dos años en mejilla iz- quierda, la cual fue creciendo paulatinamente, además de pre- sentar infecciones recurrentes de corto tiempo controladas --

con antibioticoterapia. Sus antecedentes familiares y personales sin datos de importancia.

A la exploración dermatológica se encontró dermatosis localizada a cara, de la que afecta mejilla izquierda, constituida por placa lineal de 5 cm. aproximadamente de longitud, con límites difusos; en su superficie se aprecian comedones abiertos y cerrados así como cicatrices atróficas puntiformes, con halo hipocrómico.

El exámen físico general fue irrelevante. Los exámenes de laboratorio practicados entre los que se incluyeron: hemograma con recuento diferencial, urianálisis y coprológico entre límites normales.

Se realizó biopsia de lesión de mejilla izquierda con sacabocado del No. 2 (mm.), habiéndose teñido la muestra con hematoxilina-eosina, la microscopía de luz reveló una hiperqueratosis ortoqueratósica con escasos tapones córneos, una zona de invaginación de la epidermis que se encuentra con abundante material córneo laminado en su interior, balonización de queratinocitos con licuefacción focal de la basal e incontinencia pigmentaria. En dermis papilar se encuentra un infiltrado linfohistiocitario perivascular y perianexial moderado. Se observa también un quiste con material córneo en su inte--

rior en dermis reticular. Se realizó tinción para fibras --
elásticas no encontrándose alteraciones.

Se corroboró así la impresión clínica de Nevo comedónico, ---
instaurándose tratamiento a base de antibioticoterapia local
y sistémica con varios períodos de una semana a meses, con re
solución parcial de las lesiones.

T A B L A I

No.	SEXO	EDAD DE APARICION	LOCALIZACION	TIPO DE LESION	DISPOSICION
1	M	De nacimiento	Axila, tórax anterior y - posterior, - glúteo, y -- muslo izquierdo	Comedones Nódulos Abscesos	Placas
2	F	Dos meses	Axila, pectoral, brazo y espalda derecho.	Comedones Abscesos	Placas
3	F	6 años de edad	Cara	Comedones Cicatrices	Lineal

REVISION DE LA LITERATURA

Se hizo una revisión de la Literatura Mundial, para realizar un análisis clínico-patológico de todos los casos reportados, entre los que adicionamos los nuestros.

Se practicó una revisión del Index Medicus y del Sistema Computarizado de información Médica y se recopilaron así todos los artículos en relación a reporte de casos, Cartas al autor y revisiones previas de la literatura editados en los últimos 20 años.

Se encontró un total de 170 casos desde que Kofmann (1) en -- 1895 reportara el primer caso. Adicionando los nuestros harían un total de 173 casos reportados que reunían las mismas características clínicas e histológicas.

En el 50% de los casos las lesiones estaban presentes al momento del nacimiento, con una localización unilateral y localizada, para un porcentaje de estos crecer de acuerdo al crecimiento corporal y por lo tanto llegar a extenderse y algunos a diseminarse con los años.

La localización mas importante fue en axila, como lo vemos en los casos por nosotros descritos y la localización menos frecuente fue palmas y plantas solo reportados en cinco casos. -

Del Nevo comedónico bilateral se han realizado 6 reportes, y existe un reporte en gemelos homocigotos que muestra un patrón autosómico dominante de herencia (8).

El Nevo comedónico es una rara anomalía de la piel descrita en 1895 por Kofmann (1), quien usó el término de " comedonaevus " ó nevo queratofolicular, pudiendo según Degos (2) englobar casos de queratosis pilosa localizada o de ictiosis folicular circunscrita. En 1896 Selhorts (3) reportó el primer caso en la literatura británica como Nevo acneiforme unilateral, y por Thibierge (4) en la Literatura francesa como Nevo acneiforme unilateral en bandas y en placas. Treinta casos adicionales fueron recopilados en Europa en un lapso de 18 años antes de que C.J. White (5) en 1914 reportara el primer caso en los Estados Unidos de Norteamérica como Nevo folicular queratósico.

En éste tiempo con la gradual acumulación de nuevos casos reportados, ha existido una gran variación en los nombres con que se ha designado ésta patología; más o menos 16 diferentes nombres se han propuesto, encontrándose un promedio de un nuevo nombre por cada 8 casos reportados.

En 1968 Wood y Thew (6) realizaron una revisión de la literatura encontrando mas de 100 casos reportados, misma que en --

1985 Harper (7) realizó encontrando la misma cifra.

Las revisiones que mas casos han presentado hasta la fecha -- son las realizadas por Giam y cols. (8) en Singapore en 1981 al describir Nevo comedónico en gemelos homocigotos para completar un total de 140 casos; y, la de Barsky y cols. (9) en el mismo año en Chicago con un reporte de 4 casos para sumar 150.

Posterior a éstos reportes se ha continuado adicionando casos a la Literatura como los descritos por Wirth (10) con un caso Lookingbill (11) con 2 casos, Leibowitz (12) con un caso y -- Hernández Aguado (13) con un caso, todos estos en 1984; y, -- por Suárez y Prado (14) con 11 casos, Harper (7) con un caso, Mehregan (15) con tres casos en 1985.

Gómez Neto y Miranda (16) en los Anales Brasileños de Dermatología sostienen que " el nevo comedónico es tan raro que siempre vale la pena relatar un caso más ".

EL COMEDON

Como hemos visto, el Nevo comedónico se desarrolla en los folículos pilosebáceos y su lesión principal es el comedón. Este es una lesión no inflamatoria que puede ser de dos tipos: abiertos (puntos negros) y cerrados (puntos blancos). El comedón abierto aparece como una lesión plana o ligeramente elevada, con impactación folicular central de queratina y lípidos. El color marrón o negro no es resultado de la acumulación de suciedad ni de la compactación del material queratínoso en el orificio folicular. Hay evidencia de que existen melanocitos en el orificio folicular y el pigmento del punto negro se ha identificado como melanina.

Los comedones cerrados en contraste con los abiertos, pueden ser difíciles de visualizar; aparecen como pápulas pálidas, - ligeramente elevadas, sin orificio clínicamente visible.

El desarrollo del comedón comienza en la parte media del folículo como una masa en expansión de material queratinoso impregnado de lípidos que produce adelgazamiento y balonamiento de la pared folicular. Gradualmente se acumula más material queratinoso y al hacerlo la pared folicular se adelgaza y dilata más aún. Al mismo tiempo las glándulas sebáceas comien-

zan a atrofiarse y son reemplazadas por células epiteliales - indiferenciadas. Este reemplazo de las glándulas sebáceas es similar a la respuesta de las glándulas a lesiones experimentales.

El comedón plenamente formado tiene un orificio amplio y el material queratinoso está dispuesto en forma concéntrica. lamelar. Con colorantes lipóideos puede verse que la queratina - está impregnada de lípido.

En cortes transversales, la disposición ordenada del material queratinoso consiste en remolinos más pequeños de material la melar concentrados alrededor de estructuras apendiciformes como los pelos.

El comedón cerrado difiere del abierto en que su material queratinoso no es tan compacto y que su orificio folicular es angosto y no está tan distendido.

El factor iniciador en la formación de comedones no se conoce.

El evento histológico inicial de la formación del comedón es la excesiva queratinización dentro del conducto folicular, y no en el conducto sebáceo. La queratinización en éste último es un hallazgo normal en los folículos sebáceos.

El comedón abierto plenamente desarrollado no es generalmente asiento de cambios inflamatorios a menos que sea traumatizado

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Sin embargo el microcomedón en desarrollo o el comedón, cuando si son los asientos principales del desarrollo de lesiones inflamatorias.

El evento inicial parece ser la pérdida de lípido a través de la pared de un comedón edematoso con el desarrollo de una reacción celular en la dermis adyacente. Una vez producida la --ruptura total, todo el contenido del comedón hace su expulsión en la dermis. Ahora la reacción es mucho más grande y las células gigantes son comunes, reflejando la pérdida del material queratinoso. La inyección del material fibroso desgrasado de los comedones produce un infiltrado linfocítico, con abundante infiltrado de células gigantes tipo cuerpo extraño. Dentro del infiltrado inflamatorio pueden observarse además bacterias difteroides gram positivas, libres y dentro de leucocitos polimorfonucleares (24,25).

DISCUSION

Beerman y Homan (21) al efectuar una amplia revisión el 1959, no lograron precisar si el Nevo comedónico era o no de carácter hereditario, y mucho de menos que herencia se le debía -- atribuir.

Sin embargo posteriormente Cantú en 1978 (18) indicó que era de tipo autosómico dominante, y Carneiro (17) indicó el mismo tipo de herencia, si bien el cuadro que presentó el paciente era diseminado por lo que consideró se trataría de una variante del Nevo comedónico a la cual llamó Comedones familiares - disqueratósicos.

Giam y cols. (8) al reportar el primer caso de Nevo comedónico en gemelos homocigotos confirman éste tipo de herencia. - El análisis familiar en éste caso mostró un definitivo patrón autosómico dominante, ya que el desorden fue visto en dos generaciones, padre y gemelos y cada miembro de la familia afectada era heterocigoto, poseyendo un alelo anormal y un alelo normal.

Una complicación posible, aunque no muy frecuente, es la inflamación crónica de los comedones, con eventual infección bacteriana secundaria, supuración y formación de fístulas que --

luego dejan cicatrices hipertróficas y/o queloides.

El diagnóstico de ésta rara anomalía suele realizarse sin dificultades, salvo en las ocasiones que por su localización y tiempo de inicio hay que hacer diagnóstico diferencial con Acné neonatorum, Enfermedad de Darier, Nevo sebáceo, Acné comedónico, etc.

El examen histológico del Nevo comedónico demuestra amplias dilataciones quísticas del canal folicular que contienen material córneo ortoqueratótico. La pared folicular puede estar muy atrofiada o por el contrario ser asiento de una proliferación irregular con proyecciones papilomatosas en el centro -- del corium circundante, lo cual lo asemeja al "poro dilatado". En las lesiones recientes es posible comprobar la presencia de un folículo piloso abortivo o de glándulas sebáceas en conexión con la pared quística. En las lesiones antiguas ambas estructuras están ausentes. Es decir, que el folículo piloso ha perdido su parte profunda, quedando solo el infundíbulo dilatado (22). Mediante cortes seriados no se pudo obtener evidencia de desarrollo anormal de glándulas sudoríparas eccrinas o de glándulas apócrinas ectópicas dentro de las áreas de malformación nevoide, en el estudio realizado por -- Nabai y Mehregan (19).

En la dermis no se aprecian mayores alteraciones, aunque se ha descrito esclerosis y rarefacción de las fibras elásticas, así como también quistes córneos.

El Nevo comedónico significa un problema terapéutico, pues la extirpación quirúrgica, por la ocasional extensión del proceso tiene sus limitaciones. La mayoría de las modalidades terapéuticas que son usadas en el acné han sido probadas con pocos éxitos.

El tratamiento de los comedones consiste en el uso de ácido retinoico y vitamina A ácida. La acción farmacológica del ácido retinoico es comedolítico. Reduce los comedones en un 50% combinándolos con antibioticoterapia tópica o sistémica. Su modo de acción es disminuir la cohesión de las células de la pared infundibular aumentando el recambio celular de las células epiteliales del folículo. La acción farmacológica de la vitamina A ácida no está clara, aunque trabajos antiguos indican que incrementa los gránulos de la membrana basal, entonces probablemente de forma indirecta estimula la descamación no cohesiva por la acción lisosomal de los gránulos en los desmosomas (23).

CONCLUSIONES

- 1.- El Nevo comedónico es una rara anomalía de la piel. Un total de 170 casos han sido reportados en la Literatura en un siglo (desde 1895 hasta la fecha).
- 2.- Se ha postulado que el Nevo comedónico es una condición en que hay un defecto o falla en el desarrollo del componente mesodérmico del complejo pilosebáceo con una diferenciación imperfecta del componente epitelial.
- 3.- El involucro de la cara es el menos común, no así el afectar la región axilar, que es su localización más común como lo corroboramos en dos de nuestros casos.
- 4.- El Nevo comedónico sería un hamartoma en que las células de la unidad pilosebácea fracasan en la diferenciación normal, resultando folículos incapaces de producir pelo, repletos entonces de tapones de queratina.
- 5.- Debe pensarse en Nevo comedónico ante cualquier agrupación de comedones no relacionada con acné vulgar, aunque el primero también se localice en cara.

6.- Los Nevos comedónicos de los que hay pocos casos publi-
cados, deben ser frecuentes y pueden pasar desaperci-
bidos o confundirse fácilmente con forunculosis.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- KOFMANN, S.: Ein fall von seltener lokalization und verbreitung von komedone.
Arch. Dermatol. Syph., 32:177, 1895 (artículo histó
rico citado en 13)
- 2.- DEGOS, R.: Dermatologie.
Flammarion Médecine Sciences (Puesta al día)
París, 1976.
- 3.- SELHORST, S.B.: Nevus acneiformis unilateralis.
Br. J. Dermatol. 8:419, 1896 (artículo histórico ci
tado en 13)
- 4.- THIBIERGE, G.: Naevus acneique unilateral en bandes
et en plaques.
Ann. Derm. Syph. 7:1298, 1896 (artículo histórico -
citado en 13)
- 5.- WHITE, C.J.: Naevus follicularis keratosus.
J. Cutan. Dis. 32:187, 1914 (artículo histórico ci
tado en 13)
- 6.- WOOD, M.G., THEW, M.A.: Nevus comedonicus.
Arch. Dermatol. 98:111, 1968.
- 7.- HARPER, K.; SPRIELVOGEL, R.: Nevus comedonicus of +
the palm and wrist.
J. Am. Acad. Dermatol. 12(1):185, 1985.
- 8.- GIAM, Y.C., ONG, B.H., RAJAN, V.S.: Naevus comedoni
cus in homozygous twins.
Dermatológica 162:249, 1981.
- 9.- BARSKY, S.; DOYLE, J.A.; WINKELMANN, R.K.: Nevus co
medonicus with epidermolytic hyperkeratosis.
Arch. Dermatol. 117:86, 1981.
- 10.- WIRTH, H.; TILGEN, W.: Unilateral linear basal cell
nevus.
Hautarzt 34(12):620, 1983.

- 11.- LOOKINGBILL, D.P.; IADDA, R.L.; COHEN, C.: Generalized epidermolytic hyperkeratosis in the child of a parent with nevus comedonicus.
Arch. Dermatol., 120(2):223, 1984.
- 12.- LEIBOWITZ, M.R.; JENKINS, T.: A newly recognized -- feature of ectrodactyly, ectodermal dysplasia, clefting (EEC) syndrome: comedone naevus.
Dermatológica 169(2):80, 1984.
- 13.- HERNANDEZ AGUADO, L.; PEREZ BERNAL, A.M.; ORTEGA RESINA, M.; CAMACHO MARTINEZ, F.: Nevus comedoniano.
Med. Cutan. I.L.A. 12(5):439, 1984.
- 14.- SUAREZ, T.I.; PRADO, A.; CORDERO, A.A.: El nevo comedónico.
Med. Cutan. I.L.A. 13(5):371, 1985.
- 15.- MEHREGAN, A.H.; BAKER, S.: Basaloid follicular hamartoma: three cases with localized and systematized unilateral lesions.
J. Cutan. Pathol. 12(1):55, 1985.
- 16.- GOMEZ NETO, A.J.; Y MIRANDA, D.: Nevus comedonicus. Un caso de localización axilar restringida asociado a retardo mental.
Ann. Brasil. Derm., 49:211, 1974.
- 17.- CARNEIRO, S.; DICKSON, J. y KNOX, J.: Familial dyskeratotic comedones.
Arch. Dermatol 105:249, 1972.
- 18.- CANTU, J.M.; GOMEZ-BUSTAMANTE, M.O.; GONZALEZ, A.M. y CORONA, J.S.: Familial comedones.
Arch. Dermatol. 114:1807, 1978.
- 19.- NABAI, H. y MEHREGAN, A.H.: Nevus comedonicus.
Acta Dermat-Venersol.; 53:71, 1973.

- 20.- ENGBER, P.B.: The nevus comedonicus syndrome: A case report with emphasis on associated internal manifestations.
Int. J. Dermatol. 17:745, 1978.
- 21.- BEERMAN, H.B. y HOMAN, J.B.: Nevus comedonicus.
Arch. Klin. Exp. Derm.; 208:325, 1959.
- 22.- LEVER, W.F. y SCHAUMBURG-LEVER, G.: Histopathology of the skin.
6th. edition, J.B. Lippincott Co., Toronto, Philadelphia, 1985.
- 23.- WOO-SAM, P.C.: The effect of vitamin A acid on experimentally induced comedones: an electron microscope study.
Br. J. Derm., 100:267, 1979.
- 24.- FITZPATRICK, T.B.; EISEN, A.Z.; WOLFF, K.; FREEDBERG, I.M. y AUSTEN, K.F.: Dermatología en Medicina General.
Segunda edición, Panamericana. Buenos Aires.
- 25.- ROOK, A.: Naevi and other developmental defects.
En: Textbook of dermatology. Editado por Rook, -- Wilkinson, Ebling, Blackwell.
Scientific Publications. Oxford and Edinburgh, 1968