



11212  
11  
2 ej.

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO Y NEVO  
SEBACEO ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO**

**TEMA DE TESIS RECEPCIONAL**

Que para obtener el título de:

**ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA**

**PRESENTA:**

**DRA. MA. ANGELES REY CASTIÑEIRA**

Jefe del Servicio: Dr. Amado Saúl Cano.

Aesor de Tesis: Dr. Jorge Peniche Rosado.

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

**MEXICO, D. F.**

**FALLA DE ORIGEN**

**1990**



## **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.

## I N D I C E

I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	
NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO	3
Definición e historia	3
Etiología	4
Características clínicas	4
Patología	6
Asociación a otras lesiones cutáneas	8
Diagnóstico y diagnóstico diferencial	9
Tratamiento y pronóstico	10
N.E.V.I.L.	11
Definición e historia	11
Características clínicas	12
Patología	13
Diagnóstico y diagnóstica diferencial	13
Tratamiento	16
NEVO SEBACEO	18
Definición e historia	18
Etiología e histogénesis	19
Características clínicas	20
Patología	27
Diagnóstico y diagnóstico diferencial	29
Tratamiento	30
SINDROME DEL NEVO EPIDERMICO	31
III. METODO, MATERIAL Y PROCEDIMIENTO	36
IV. RESULTADOS	38

V. GRAFICAS, CUADROS Y FIGURAS	47
VI. CONCLUSIONES	66
VII. ICONOGRAFIA	69
VIII. RESUMEN	75
IX. BIBLIOGRAFIA	76

## INTRODUCCION

El nevo epidérmico verrugoso es una lesión hamartomatosa, constituida por una hiperplasia de la epidermis. Aparece desde el nacimiento, con una incidencia de 1 caso por cada 1000 nacidos vivos y con igual frecuencia en ambos sexos. La lesión, de aspecto verrugoso, puede presentarse en forma de placas aisladas o de disposición lineal, de preferencia en el tronco y las extremidades.

El nevo sebáceo es una lesión hamartomatosa que afecta a las glándulas sebáceas y a otras estructuras de la piel. Generalmente está presente al nacimiento, con una incidencia de aproximadamente el 0.3% de todos los nacimientos y afecta por igual a ambos sexos. La lesión se localiza con mayor frecuencia en la cabeza y en el cuello. Cuando aparece en la piel cabelluda, normalmente es una placa alopécica de color amarillento, -- permaneciendo estacionaria hasta la pubertad, periodo en el cual se hace levantada y de aspecto verrugoso; en la edad adulta se pueden asociar tumores benignos o malignos.

Estas dos lesiones pueden asociarse, cuando son muy extensas, con otras anomalías congénitas, especialmente esqueléticas, neurológicas y oculares, constituyendo el síndrome del nevo epidérmico o síndrome de Solomon.

El objetivo de este trabajo es analizar las característi-

cas generales con que se presentan estas dos entidades en los pacientes que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital General de México, S.S.

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional, encontrándose 177 pacientes con nevo epidérmico verrugoso y 209 con nevo sebáceo, desde 1975 a 1990.

## NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO

### DEFINICION

El nevo epidérmico verrugoso es una lesión hamartomatosa, formada por una hiperplasia de la epidermis. La lesión, de aspecto verrugoso, puede presentarse en placas aisladas o de distribución lineal (1,2).

### HISTORIA Y SINONIMOS

El nevo epidérmico verrugoso fue descrito inicialmente, en 1863, por Von Baerensprung, y desde entonces ha sido reportado con diferentes nombres: Nevo epidérmico, nevo verrugoso, nevo lineal, nevus unius lateris, ictiosis histrix, ictiosis lineal neuropática, papiloma neuropático unilateral y nevo epidérmico disqueratósico acantolítico. Algunos de estos términos se refieren a variedades histológicas o clínicas que pueden -- presentar los nevos epidérmicos verrugosos. El nombre del síndrome del nevo epidérmico se reserva para aquellos nevos con -- anomalías o defectos extracutáneos asociados (1,3,4).

## ETIOLOGIA

Es poco lo que se menciona en la literatura con respecto a los factores etiológicos que intervienen en la producción de estas lesiones.

Algunos autores sugieren que la distribución lineal o de remolino que adoptan estos nevos es debida a una mutación somática que compromete la progenia o prole de un queratinocito mutante.

Se han reportado algunos casos de ocurrencia familiar apoyando la influencia genética (1).

## CARACTERISTICAS CLINICAS

El nevo epidérmico verrugoso aparece desde el nacimiento, con una incidencia de 1 caso por 1000 nacidos vivos, según algunos autores, o puede presentarse en las primeras etapas de la vida; más raramente puede hacerse aparente en el adulto (1).

Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y van a afectar con más frecuencia el tronco y las extremidades, aunque pueden observarse con menor frecuencia en la cabeza o en el cuello, prestándose a confusión con el nevo sebáceo (1,5). Una topografía rara es la de la mucosa oral, donde se presenta también como lesiones papilares, verrugosas, localizadas en el labio

bio, la lengua, el paladar y las encías; generalmente están asociadas a lesiones en la cara o a un nevo extenso, pero existen raros casos en que las lesiones están confinadas a la mucosa oral (6). El lecho ungueal es otra localización muy rara donde puede ocasionar paroniquia y alteraciones del lecho (1,5).

Clínicamente se manifiesta como neoformaciones verrugosas de bordes precisos y de superficie áspera, rugosa, irregular, del color de la piel o de un tono castaño amarillento. Al nacimiento, las lesiones son poco palpables y en ocasiones casi imperceptibles y durante la infancia o la pubertad van adquiriendo su aspecto verrugoso. Generalmente miden entre 2 y 5 cm, pero pueden llegar a ser más grandes, en forma de bandas unilaterales que afectan una extremidad, el tronco, dos o más segmentos, recibiendo el nombre de nevus unius lateris, o bien, afectar bilateralmente, en forma de bandas paralelas extensas, gran parte de la superficie cutánea. Es en estos casos extensos, donde existe la posibilidad de alteraciones extracutáneas (Síndrome del nevo epidérmico) (1,3,5,7)

Estos nevos, por lo general son asintomáticos y van a perturbar al paciente únicamente desde el punto de vista cosmético. En determinadas ocasiones, pueden inflamarse, presentando eritema y prurito. Este nevo epidérmico inflamado, con alteraciones inflamatorias transitorias, es diferente del nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL), que tiene carac

terísticas clínicas e histológicas ya bien definidas, que se comentarán por separado, como una variante especial del nevo epidérmico verrugoso (1,8).

En general, la mayoría de los nevos epidérmicos verrugosos son lesiones estables, aunque se han descrito casos con remisión espontánea (2).

El nevo epidérmico acantolítico disqueratósico, reportado por algunos autores y aceptado como una variante histológica del nevo epidérmico verrugoso, suele tener un inicio tardío (20 años) y ser, en algunos casos, provocado por la luz solar o climas cálidos y húmedos (4).

#### PATOLOGIA

En la mayoría de los casos, el nevo epidérmico verrugoso, se presenta como un papiloma benigno con hiperqueratosis, papilomatosis y acantosis con elongación de los procesos interpapilares. Otras lesiones pueden tener un patrón en picos de iglesia que semeja a la acroqueratosis verruciforme.

Puede haber alteraciones de los anexos, dependiendo de la edad de la lesión. En las lesiones tempranas, el folículo piloso, las glándulas sebáceas, apocrinas y ecrinas, en ocasiones se observan inmaduros. En las lesiones de mayor evolución puede haber hiperplasia de estos anexos (1,9). Algunos autores,

por este motivo, consideran al nevo epidérmico verrugoso como parte del nevo organoide que se origina de las células germinativas pluripotenciales, en la capa basal de la epidermis embrionaria. Las células no solo dan origen al queratinocito, si no también a los anexos. Por lo que consideran que debería clasificarse de acuerdo al componente que predomina: Nevo epidérmico verrugoso (queratinocito), nevo comedónico (foliculo piloso), nevo sebáceo (glándula sebácea) (10).

La hiperqueratosis epidermolítica, que a veces pueden -- presentar los nevos epidérmicos verrugosos, se caracteriza por vacuolización perinuclear de las células del estrato espinoso y granuloso; en la periferia de la vacuolización hay límites celulares irregulares, existe un número aumentado de granos de queratohialina grandes, irregulares e hiperqueratosis compacta del estrato córneo (9). Según algunos autores está presente en aproximadamente un 10% de los casos (1).

La disqueratosis acantolítica, que antes se consideraba específica de la enfermedad de Darier, se ha encontrado en otras entidades y también en el nevo epidérmico verrugoso, considerándolo algunos como una forma frustra de la enfermedad de Darier (1,4).

## NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO ASOCIADO A OTRA LESION CUTANEA

Se han descrito en la literatura médica asociaciones del nevo epidérmico verrugoso a otra lesión cutánea, aunque podrían considerarse fortuitas.

La psoriasis se ha reportado asociada al nevo epidérmico verrugoso; en algunos casos se observan lesiones típicas de -- psoriasis en otras áreas y se ha podido reproducir el fenómeno isomórfico (11,12,13,14).

Sánchez Pedriño y col reportan un caso de nevo epidérmico verrugoso coexistiendo con un nevo compuesto (15).

Lambert y cols reportan un caso asociado a un tricopepitelioma en un hombre de 52 años y hacen mención de la asociación de otras lesiones como dermatofibromas, condrodermatitis nodular del hélix y acné vulgar (16).

El queratoacantoma también ha sido reportado en una mujer de 26 años con un nevo epidérmico verrugoso lineal sobre el -- cual se desarrollaron 2 neoformaciones nodulares que al estudio histopatológico correspondiendo a queratoacantomas (17).

Con respecto a los tumores malignos hay reportes aislados con carcinoma verrugoso (papilomatosis carcinoide axilar) (18), carcinoma basocelular (19) y carcinoma epidermoide (20,21).

## DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico del nevo epidérmico verrugoso se lleva a cabo en base a las características clínicas de las lesiones , confirmándose con el estudio histológico.

El diagnóstico diferencial más frecuente es con el nevo sebáceo, que en ocasiones puede ser muy semejante desde el punto de vista clínico, especialmente en los casos que consultan después de la pubertad; la topografía puede orientar, ya que el nevo sebáceo predomina en la piel cabelluda y la cara y el nevo epidérmico verrugoso en el tronco y las extremidades, la histología define el diagnóstico.

La psoriasis lineal, en ocasiones, se presta a confusión tanto clínica como histológicamente en los casos de nevos inflamados, pudiendo auxiliar en el diagnóstico la edad de aparición y la presencia de lesiones típicas de psoriasis en otras áreas (12,14).

Un diagnóstico diferencial menos frecuente es con los nevos del tejido conjuntivo (22).

Cuando las lesiones se presentan en la mucosa oral deben diferenciarse de la hiperplasia papilar y del papiloma escamoso (7).

## TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Los nevos epidérmicos verrugosos son lesiones estables, - benignas, por lo que la extirpación profiláctica no es necesaria y se tratan por motivos cosméticos. Las alternativas terapéuticas son varias, pero el problema es que tienden a recurrir si el tratamiento es muy superficial.

En las lesiones pequeñas, el tratamiento quirúrgico escisional es satisfactorio, ya que eliminamos completamente la lesión, con buen resultado cosmético. En los nevos de mayor tamaño, podemos utilizar otros tratamientos más conservadores como el rasurado con electrodesecación, la dermoabrasión o la criocirugía.

El resultado cosmético, así como la recurrencia dependerán del grado de destrucción en profundidad de la lesión y de la experiencia del médico tratante (1,5).

Los casos de nevos verrugosos de tipo acantolítico responden a los retinoides tópicos (1,16).

## NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO INFLAMATORIO LINEAL (N.E.V.I.L.)

### DEFINICION

El nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL), ILVEN para los anglosajones, es un nevo verrugoso con distribución lineal, unilateral y pruriginoso, que histológicamente semeja una psoriasis o una dermatitis crónica (1,23).

### HISTORIA Y SINONIMOS

El primero en referirse a estos nevos fue Unna en 1894, reportando que algunos nevos epidérmicos lineales tenían imagen sugestiva de psoriasis o eczema (24,25). No es hasta 1971, en que Kaidbey y Kurban reportan 5 casos, denominándolo "nevo epidérmico dermatítico" (24). En el mismo año, Altman y Mehregan comunicaron 25 pacientes y detallaron las características clínicas e histológicas de estas lesiones (8).

Anteriormente se había denominado de diferentes maneras: Psoriasis lineal, dermatosis liquenoide de origen névico, lesiones psoriasiformes, ictiosis lineal y otros (24).

## CARACTERISTICAS CLINICAS

La edad de presentación es precoz, 50% antes de los 6 meses de edad (8), y algunos casos congénitos, aunque puede retardarse su aparición hasta la tercera década de la vida (25, 26).

Predomina en el sexo femenino, según Altman y Mehregan - en una relación de 4:1 (8) y según Pierini y cols. de 2:1 (26).

En pocos casos existen antecedentes familiares. López y cols. reportan 2 hermanos afectados y mencionan el reporte de Moulin y cols. de una mujer y su sobrina (27).

Generalmente afecta los miembros inferiores, con predominio por el lado izquierdo a nivel de la pierna, seguido de la región inguinocrural, glúteo y muslo (8); también puede afectar los miembros superiores, tronco y mamas (1,23,24); una topografía rara es en la cara, existiendo el reporte de un caso - que afectaba el labio superior (28).

Las lesiones son unilaterales y es raro que sobrepasen - la línea media (26). Está constituido por placas de 2-3 cm, redondeadas, verrugosas de color rosado, amarillo, blanquecino o grisáceo. Algunas lesiones son escamosas, de aspecto psoriasiforme o excoriadas. Las placas son aisladas o continuas y se disponen en forma lineal o reticulada. Se pueden observar liquenificación y excoriaciones. El síntoma constante y caracte-

ristico es el prurito (1,8,24,26).

## PATOLOGIA

La imagen histológica descrita por Altman y Mehregan es - de aspecto psoriasiforme: Acantosis de los procesos interpapilares, adelgazamiento suprapapilar con áreas de paraqueratosis. - Múltiples áreas pequeñas de espongirosis, edema y exocitosis, -- que en ocasiones forman microabscesos de Munro.

Otro patrón característico es la alternancia de zonas de agranulosis con hiperqueratosis paraqueratósica y de hipergranulosis con hiperqueratosis ortoqueratósica, con límites siempre netos. Esta imagen sería casi patognomónica del NEVIL, pero no constante (8,26).

En la dermis superior hay infiltrado inflamatorio perivascular de linfocitos con ligero aumento de la vascularización, - cuyo grado depende del momento evolutivo de la lesión (9).

En otros casos la imagen histológica es inespecífica semejando una dermatitis crónica.

## DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico del NEVIL, generalmente, se lleva a cabo - en base a la correlación clínico-patológica. En ocasiones, el -

diagnóstico se dificulta, especialmente cuando el patrón histológico es muy psoriasiforme y clínicamente las lesiones no son muy características. En estos casos, desde hace poco más de una década, se han llevado a cabo estudios con análisis de proteínas epidérmicas. Adrian y Baden demostraron que el análisis electroforético de gel-sodio-lauryl-sulfato poliacrilamida de la proteína fibrosa de la epidermis del NEVIL difiere del patrón observado en la psoriasis (29,30).

Las dermatosis con las cuáles puede prestarse a confusión son:

- Psoriasis lineal, cuando no está acompañada de lesiones típicas de psoriasis en otras áreas. La forma lineal pura de psoriasis es discutida y no es aceptada por algunos autores, que piensan que los casos de psoriasis lineal fueron reportados antes de la descripción del NEVIL (31,32). La técnica de la electroforesis de proteínas epidérmicas puede ayudar a diferenciarlas, siendo su mayor inconveniente que no siempre está disponible en todos los centros asistenciales.

- Liquen estriado lineal, se presenta principalmente en niños, en una extremidad; sin embargo, presenta características clínicas e histológicas propias que permiten diferenciarlo (33).

- Disqueratosis folicular de Darier de disposición lineal, puede ser histológicamente diferenciada por los granos y los cuerpos redondos típicos (24).

- La neurodermatitis lineal o zoniforme aparece en edades más tardías; por la histología su diferenciación es difícil ya que comparte características microscópicas con el NEVIL, pero a diferencia de este último, la neurodermatitis sí responde al -- tratamiento (24,26).

- El nevo verrugoso lineal no es pruriginoso, aunque algu no puede eczematizarse, pero el prurito no es un hallazgo constante y característico.

- El liquen plano lineal es posible diferenciarlo por los hallazgos histológicos típicos del liquen (26).

EN CONCLUSION, las características que orientan hacia el diagnóstico clínico del NEVIL, son las siguientes:

- 1.- Inicio temprano, generalmente antes de los 6 meses de edad (50%).
- 2.- Predominio por el sexo femenino.
- 3.- Falta de antecedentes familiares.
- 4.- Topografía de predilección por los miembros inferiores con predominio por el lado izquierdo.
- 5.- Unilateralidad de las lesiones.
- 6.- Disposición lineal.
- 7.- Curso crónico.
- 8.- Prurito constante.
- 9.- El aspecto de las lesiones.

10.- Ausencia de psoriasis típica en cualquier otra parte del cuerpo.

11.- Persistencia de las lesiones, con poca respuesta a los tratamientos.

Los hallazgos histológicos pueden ser considerados característicos pero no patognomónicos (8,26).

## TRATAMIENTO

En los pacientes afectos de NEVIL, el tratamiento suele ser un verdadero problema, ya que son lesiones persistentes y refractarias a los tratamientos actualmente disponibles, y esto constituye una característica que permite diferenciarlo de otras entidades.

El prurito y la eczematización de estas lesiones hace imperativo instituir alguna terapéutica tópica, la cual incluye: esteroides tópicos o intralesionales, alquitrán de hulla, ácido salicílico, ácido retinoico, ácido tricloroacético. Generalmente con resultados no muy satisfactorios (1,24,26).

Cuando las lesiones son pequeñas, el tratamiento quirúrgico escisional es adecuado, ya que eliminamos completamente el nevo, pero no siempre esto es técnicamente posible y puede llevarse a cabo resecciones parciales de las áreas sintomáticas (1, 24).

El curetaje con electrodesecación no siempre ofrece buenos resultados, aunque es recomendado por algunos autores (27).

La criocirugía es otra alternativa, con resultados variables (1), dependiendo de la extensión de las lesiones, de su grosor y de la experiencia del médico tratante.

## NEVO SEBACEO O NEVO ORGANOIDE

### DEFINICION

El nevo sebáceo es una lesión hamartomatosa circunscrita de la piel, presente al nacimiento, que afecta a las glándulas sebáceas y a otras estructuras de la piel.

Pinkus denomina a esta lesión como nevo organoide, debido a que es una malformación de varias estructuras de la piel: Glándulas sebáceas, glándulas apocrinas, folículos pilosos y epidermis (1,34).

### HISTORIA

El término "organ-naevus" (nevo organoide) data de 1895, cuando Jadassohn lo utilizó para describir "una malformación localizada, constituida por un exceso de glándulas sebáceas y otras estructuras" (34).

En 1908, Gavazzeni describe la primera asociación de epiteloma basocelular al nevo sebáceo (35).

En 1932, Robinson introdujo el término de nevo sebáceo de Jadassohn a la literatura americana, basado en 4 casos; éstos tenían lesiones circunscritas en la cara y en la piel cabelluda, las cuales no sólo contenían exceso de glándulas sebá-

ceas, sino que también mostraron hiperplasia epidérmica papilomatosa; 2 de ellas con glándulas apocrinas y una de ellas desarrolló un epiteloma de células basales (34).

Schimmelpenning en 1957 y Feuerstein y Mins en 1962 estudiaron las alteraciones extracutáneas que se asocian con algunos nevos sebáceos de Jadassohn lineales, encontrando que -- las anomalías más frecuentes son a nivel neurológico, esquelético y ocular (36).

Mehregan y Pinkus, en 1965, precisaron las tres etapas clínicas: Infantil, puberal y tumoral.

#### ETIOLOGIA E HISTOGENESIS

El nevo sebáceo de Jadassohn es un hamartoma con diferenciación pluripotencial que abarca la epidermis y los anexos. De acuerdo con Lever (9), deriva de las células del germen epitelial primario.

Mehregan y Pinkus (34), Cuevas, Viguer y Contreras (37) han encontrado vestigios hamartomatosos en un número importante de casos de nevos epidérmicos y a la inversa, un componente epidérmico en los nevos sebáceos, existiendo una relación íntima entre estas dos entidades, considerándolo dentro del espectro del nevo epidérmico con expresión pluripotencial epidérmica y anexial. Visto desde este punto de vista, consideran al -

nevo sebáceo y al nevo epidérmico verrugoso como una misma entidad con expresión histológica y clínica diferente (1,10).

Con respecto a su etiología no se mencionan factores predisponentes o causales, existiendo un reporte de una madre y una hija con la misma lesión (1).

#### CARACTERISTICAS CLINICAS

El nevo sebáceo se presenta en cerca del 0.3% de todos los recién nacidos (1); Wilson Jones y Teo Heyl encontraron el 0.68% en 22.000 biopsias (36). Barraquán, en un estudio realizado en la Unidad de Dermatocología del Hospital General de México, encontró una frecuencia de 0.13% en 45.642 pacientes dermatológicos (38) y Lerma y cols una incidencia muy semejante (39).

El nevo sebáceo afecta por igual a ambos sexos y está presente al nacimiento en aproximadamente el 75% de los casos, aunque pueden aparecer en los primeros años de la vida y muy rara vez después (1). Mehregan y Pinkus encontraron que, de 150 casos estudiados, el 73% presentaron el nevo al nacimiento mientras que, Wilson Jones, en su serie de 140 casos, encontró el 57% presente al nacimiento, el 26% durante la niñez y muy pocos pacientes en la adolescencia. Barraquán en 61 casos de nevo sebáceo encontró el 73% y Mascaró en 40 casos el 92.5% presentes al nacimiento (38,40).

En las distintas series reportadas no existen diferencias significativas con respecto al sexo (34,35,38,40).

La mayoría de los pacientes consultan entre la segunda y la tercera décadas de la vida, probablemente debido a que, en esta edad, el nevo se hace más prominente, quizás por los estímulos hormonales propios de la pubertad y de la adolescencia -- (34,36).

Generalmente, se presenta como una lesión única, circunscrita, localizada a la piel cabelluda. 107 casos (71%) presentaban esa localización de los 150 casos de Mehregan (34), 76 casos (54%) de los 140 de Wilson Jones (35) y 26 casos (46%) de los 61 casos estudiados por Barragán (38). Le sigue en orden de frecuencia la frente, las mejillas (34) y las regiones preauriculares (35). Una topografía rara es la de la mucosa oral, Mouny y cols reportan un caso que se presentó como lesión única que afectaba la cavidad oral en las papilas del paladar (41) y otro caso observado en el Hospital General de México, Unidad de Dermatología, de un nevo extenso que afectaba la cabeza y el cuello, presentaba lesiones en la mucosa oral (comunicación oral, Dr. Peniche).

El tamaño de la lesión es variable, de 0.5 X 1 cm hasta grandes áreas (34). En el estudio de Barragán, el 90% medían entre 0.5 y 5 cm (38).

Clínicamente e histológicamente se han diferenciado 3 eta

pas evolutivas: La infantil, la puberal y la asociada a tumores.

ETAPA I - Infantil: Se caracteriza por una placa de alopecia (cuando se localiza en la piel cabelluda) o bien como una - placa amarillenta ligeramente verrugosa. La lesión puede ser redonda u oval y menos frecuente, de forma lineal, bien delimitada.

Generalmente es una sola lesión, aunque pueden ser múltiples, extensas y zosteriformes; en estos casos puede haber asociación con anomalías congénitas en estructuras extracutáneas (1,34,35).

ETAPA II - Puberal: Al llegar a la pubertad, la lesión se hace verrugosa, prominente, de superficie irregular, con múltiples neoformaciones nodulares, firmes, duras, agrupadas, de color amarillo-naranja, persistiendo la alopecia (1,34,35,39,40).

Los cambios que se presentan en esta etapa se cree que -- sean debidos a los estímulos hormonales. Con respecto a esto, - Person llevó a cabo un estudio en 3 pacientes con nevo sebáceo, en los cuales investigó receptores de andrógenos; encontró que estaban aumentados en forma importante, encontrando valores de 39.1 fm/mg en un paciente de 10 años, de 5.6 fm/mg en un paciente de 14 años y de 265.1 fm/mg en un paciente de 26 años, siendo el valor normal en la piel de 2.08 fm/mg. No se encontraron receptores de estrógenos (42).

ETAPA III - Tumoral: Se caracteriza por la aparición de lg

siones nodulares o ulceraciones (1). La edad de presentación es variable, pero generalmente es después de los 18 años, aunque existen reportes como el de Mehregan y Pinkus en un niño menor de 16 meses, el cual desarrolló uniringocistoadenoma papilífero (34).

El tumor benigno más frecuente, en asociación con el nevo sebáceo es eliringocistoadenoma papilífero. En la serie de Mehregan y Pinkus se observó en el 5.3% de los casos estudiados (34); en la de Wilson Jones en el 19.8% de los pacientes (35) y en la de Barragán en el 13% de los casos (38).

Eliringocistoadenoma papilífero fue descrito originalmente por Werther en 1913. Es un tumor apocrino que, aproximadamente en la tercera parte de los casos, se desarrolla asociado al nevo sebáceo, siendo su topografía más habitual la piel cabelluda, seguido por la cara, el cuello y las axilas (43,44).

Otros tumores de anexos que se presentan en asociación con el nevo sebáceo, con menor frecuencia, son el epitelioma sebáceo, el cistoadenoma apocrino, el hidradenoma nodular y eliringoma (34,35). También han sido descritas las asociaciones con tumores pilares como el infundibuloma, el triquilemoma y el pilomatrixoma (45). Existen también reportes de nevos sebáceos asociados con queratoacantomas (4 de los 150 casos de Mehregan y Pinkus) (34).

Dentro del grupo de los tumores malignos que se pueden -

desarrollar en estos nevos, destaca el carcinoma basocelular y la frecuencia de esta asociación varía de acuerdo a las diferentes series publicadas. Castelain y Espitalier, en 1962, sugieren una incidencia hasta de un 50% (35); Mehregan y Pinkus de 16% (34), Wilson Jones de 6.5% (35) y Barragán la misma asociación de 6.5% de carcinoma basocelular con el nevo sebáceo - (38).

La edad de presentación para esta neoplasia maligna es variable y en general se reportan después de la cuarta década de la vida (34), aunque pueden presentarse más tempranamente, Goldstein y cols reportan el caso de una niña de 8 años de edad, en la cual se desarrolló un carcinoma basocelular sobre un nevo sebáceo presente desde el nacimiento en la mejilla izquierda (46). Normalmente, sobre estos nevos, se desarrolla una sola lesión maligna; sin embargo, pueden presentarse múltiples carcinomas basocelulares como sucedió en los dos casos publicados por Amaro y Carballo, con nevos sebáceos localizados en la cara, atribuyendo los autores un factor coadyuvante, las radiaciones actínicas (47).

Otros tumores malignos o localmente agresivos asociados con menor frecuencia son el quiste pilar proliferante (48), el queratoacantoma (34), el carcinoma epidermoide (36,37,49) y el carcinoma apocrino (50).

El comportamiento biológico de estos tumores malignos --

tiende a no ser muy agresivos. Sin embargo, Domingo y Helwig - reportan 9 casos de nevo sebáceo con desarrollo de neoplasias malignas: 4 carcinomas apocrinos, 2 de los cuales desarrollaron metástasis; 3 carcinomas anexiales y 2 carcinomas epidermoides, 1 de los cuales dio metástasis a ganglios regionales y 2 de ellos incluso , metástasis generalizada, causando la muerte del paciente (50).

## PATOLOGIA

La histología del nevo sebáceo depende de la etapa en la que se encuentre al momento del estudio.

Etapa I.- En la infancia encontramos glándulas sebáceas indiferenciadas, reducidas en tamaño y en número; estructuras pilosas incompletas, encontrándose cordones de células indiferenciadas que semejan estados embrionarios de los folículos pilosos.

Etapa II.- En la adolescencia y en la edad adulta es donde se observan los cambios histológicos característicos descritos en este hamartoma:

1. Hiperqueratosis y papilomatosis.
2. Glándulas sebáceas maduras, grandes y numerosas.
3. Folículos pilosos pequeños o ausentes.
4. Presencia de glándulas apocrinas en la dermis profunda.

Etapa III.- La tercera etapa asociada a tumores, presen-

ta los cambios secundarios que dependen de la histología del tumor que se encuentra asociado (9).

Los cambios histológicos que se pueden observar en el nevo sebáceo pueden afectar a todas las estructuras de la piel, de ahí el nombre de nevo organoide, que se ha propuesto para esta lesión.

La epidermis presenta características casi constantes a todos los nevos sebáceos. En la primera etapa los cambios son mínimos, en la segunda y tercera etapa presenta hiperplasia, que es más prominente en las lesiones viejas, con papilomatosis, hipergranulosis e hiperqueratosis.

El folículo piloso no se encuentra completamente formado, algunos semejan folículo piloso primordial. Algunos casos presentan folículo piloso ausente o disminuido en número y usualmente hay ausencia completa de pelo terminal.

La glándula sebácea presenta diversos grados de desarrollo y maduración en relación con los diferentes grupos de edad. En las lesiones tempranas se encuentran pequeñas, no bien desarrolladas, en conexión con el folículo piloso incompletamente formado. En el segundo estadio están bien desarrolladas, maduras, aumentadas en número. Algunas se encuentran hipoplásicas y otras hiperplásicas, probablemente en respuesta al estímulo hormonal. Menos frecuentemente, las glándulas sebáceas pueden estar disminuidas o ausentes.

Glándulas apocrinas, se observan en alrededor de la mitad de los casos con signos de secreción activa.

La dermis, generalmente, se encuentra engrosada con aumento de la vascularización y proliferación del tejido conectivo - fibroso. Las fibras elásticas se encuentran disminuidas o ausentes. En algunos casos hay infiltrado inflamatorio, principalmente de linfocitos y células plásmáticas. Ocasionalmente hay eosinófilos, macrófagos que contienen pigmento de melanina y reacción a cuerpo extraño (1,9,34,40).

#### DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Generalmente es suficiente el cuadro clínico (topografía y morfología) de las lesiones para hacer el diagnóstico, apoyado por el estudio histológico para confirmarlo.

El diagnóstico diferencial más frecuente es con el nevo epidérmico verrugoso, ya que el aspecto clínico puede ser muy similar en los casos de nevo sebáceo con gran hiperplasia de la epidermis. El estudio histológico es indispensable para diferenciar ambas lesiones. La ausencia de hiperplasia de glándulas sebáceas y desarrollo normal del pelo en un paciente adulto debe orientar el diagnóstico hacia un nevo epidérmico verrugoso (53).

En la primera etapa, la lesión debe diferenciarse de la aplasia cutis, xantogranuloma juvenil, mastocitoma y siringocistoadenoma papilífero (1,44,51).

## TRATAMIENTO

El tratamiento más adecuado es el quirúrgico escisional hasta tejido graso, debido al riesgo de desarrollo de una neoplasia maligna.

Los tratamientos superficiales o incompletos con electrodesecación, crioterapia o caústicos favorecen el desarrollo de otras neoplasias, principalmente siringocistoadenoma papilífero y carcinoma basocelular.

En general, el nevo sebáceo es considerado como una lesión premaligna que debe ser extirpada en su totalidad (1,34, 45,46).

## SINDROME DEL NEVO EPIDERMICO O SINDROME DE SOLOMON

En 1941, Pack y Sunderland publican la asociación entre el nevo epidérmico verrugoso y anomalías congénitas variadas, principalmente esqueléticas y del sistema nervioso central. Sin embargo, en 1926, Hufschmiff ya había hecho referencia a estas asociaciones reportando un caso de nevus unius lateris con anomalías dentales y agenesia del lóbulo de la oreja.

Schimmelpenning en 1957 y Fuerstein y Mins en 1962 señalan la asociación de nevos sebáceos con lesiones extracutáneas.

No es hasta 1968, en que Solomon y cols hacen una revisión de la literatura y reportan doce casos nuevos, en que queda establecido como una entidad aparte (3).

Podemos actualmente, definir al síndrome del nevo epidérmico como un síndrome congénito que compromete a la piel, al sistema esquelético, al sistema nervioso central y a la vasculatura periférica (54).

El síndrome está caracterizado por la existencia de un nevo generalmente extenso, del tipo de nevo epidérmico verrugoso y del nevo sebáceo o, menos frecuentemente, se han descrito casos asociados al NEVIL o al nevo comedónico.

Asociadas con alguno de estos hamartomas pueden observarse también otras lesiones cutáneas y alteraciones extracutáneas, principalmente de tipo neurológico y esqueléticas.

## CUTANEAS

1. Manchas café con leche.
2. Manchas congénitas hipopigmentadas.
3. Nevos congénitos.
4. Nevo de Spilus.
5. Otras.

(3,10,54,55,56,57,58).

## ESQUELETICAS

1. Cifoescoliosis.
2. Lordosis.
3. Quistes óseos.
4. Hipertrofia ósea.
5. Genu valgum.
6. Polidactilia, camptodactilia o sindactilia.
7. Pie equinovaro.
8. Hipertrofia ósea.
9. Acortamiento de un miembro.
10. Espina bífida.
11. Osteomalacia.
12. Displasias costales y malformaciones claviculares.
13. Dentición anormal.
14. Cierre prematuro de la sutura esfenoidal.

(3,10,54,55,56,57,58,59,60,61).

## NEUROLOGICAS

1. Retraso mental moderado o severo.
2. Convulsiones.
3. Cambios en el EEG.
4. Encefalocele.
5. Sordera neural.
6. Hemiparesias.
7. Ataque de diversos pares craneales.
8. Hipotonía generalizada.
9. Parálisis pseudohipertrofica.
10. Hidrocefalia.
11. Otras.  
(3,10,54,56,57,59,62,63,64,65,66,67).

## VASCULARES

1. Hemanquiomias cavernosos y angiomias planos.
2. Angioma cerebral.
3. Linfangioma.
4. Coartación de la aorta.
5. Telangiectasias.
6. Fístulas arteriovenosas.
7. Malformaciones intracraneales arteriovenosas.  
(3,54,57,68).

## OCULARES

1. Colobomas del iris y de la coroides.
2. Tumores dermoides y lipodermoides en el ojo.

3. Estrabismo.
4. Cataratas congénitas.
5. Opacidades corneales.
6. Hemangiomas oculares.
7. Degeneración retiniana.
8. Hipopigmentación retiniana.
9. Glándulas lacrimales ectópicas.
10. Coristomas de la conjuntiva.
11. Esotropía.
12. Exoftalmía unilateral.  
(55,56,57,59,64,65,66,69).

OTRAS que podrían considerarse fortuitas:

1. Agenesia de los lóbulos de la oreja.
2. Hidrocele.
3. Duplicidad de las vías urinarias.
4. Hernia inguinal o hernia umbilical.
5. Testículos no descendidos.
6. Hamartoma renal.
7. Síndrome de Conradi.
8. Cutis verticis gyrata.
9. Pubertad precoz.
10. Situs inversus.
11. Hamartomas del tejido conectivo.
12. Xantomas verruciformes.

13. Defectos prepucciales.

14. Rbdomiosarcomas.

(3,10,54,67,70,71,72,73,74).

Los pacientes con síndrome del nevo epidérmico presentan en todos los casos alguno de los nevos señalados, asociado a - cualquiera de las anomalías descritas. Las esqueléticas son las más frecuentes. En la casuística de Solomon son del 71% y las - del sistema nervioso central del 46% (3,10,54).

Originalmente, el síndrome del nevo epidérmico, solamente incluía al nevo epidérmico verrugoso. Schimmelpenning en -- 1957 y Fuerstein y Mins en 1962 hacen un estudio de las altera ciones asociadas a los nevos sebáceos, por lo que también es - conocido como síndrome de Schimmelpenning - Fuerstein y Mins -- (55,57,59).

Posteriormente se reportaron algunos casos de nevos comu dónicos y de NEVIL como parte de este síndrome.

## METODO, MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

La metodología, empleada en este estudio, fue un diseño de investigación descriptivo y observacional, mediante el estudio de conjunto en forma longitudinal y retrospectiva.

Se realizó una revisión de todos los expedientes con el diagnóstico clínico e histológico de nevo sebáceo y de nevo epidérmico verrugoso en la Unidad de Dermatoncología y en el Servicio de Dermatopatología del Hospital General de México - S.S., en un período comprendido entre el 1º de Febrero de 1975 al 31 de Enero de 1990.

Los objetivos fueron los siguientes:

1. Establecer la frecuencia relativa del nevo sebáceo y del nevo epidérmico verrugoso en el Servicio de Dermatología - del Hospital General de México, S.S.
2. Analizar las características clínicas e histológicas del nevo sebáceo y del nevo epidérmico verrugoso.
3. Determinar el porcentaje de malignización en el caso del nevo sebáceo y la frecuencia de asociación con alteraciones extracutáneas en ambas lesiones.

Una vez obtenida la muestra, se procedió a hacer una revisión completa de los casos, extrayéndose la información necesaria de acuerdo a una ficha ya elaborada que contenía las

variables en estudio; Sexo, edad, topografía de la lesión, características clínicas, fecha de inicio y de consulta, diagnóstico clínico e histológico, alteraciones extracutáneas asociadas así como otros tumores asociados.

Los datos obtenidos fueron agrupados en tablas, gráficas, sistemas de barras y se obtuvieron porcentajes y la media.

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

De un total de 80.733 consultas de Dermatología General de primera vez, 10.893 (13.4%) correspondieron a tumores de la piel.

De las 80.733 consultas de Dermatología General de primera vez, 176 (0.22%) correspondieron a nevo epidérmico verrugoso y 209 (0.26%) a nevo sebáceo.

De las 10.893 consultas que correspondieron a Dermatología, 176 (1.6%) correspondieron a nevo epidérmico verrugoso y 209 (1.9%) a nevo sebáceo. (Gráfica 1)

### NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO

SEXO.- Hubo predominio por el sexo masculino, observándose en el 63.8% (113 casos) y en el sexo femenino en el 35.8% (63 casos). (Gráfica 2).

EDAD DE INICIO.- De los 176 pacientes con nevo epidérmico verrugoso, 53 casos (30%) lo presentaron al nacimiento. Durante los primeros 5 años se presentaron 55 casos (31.3%), de los cuales 10 casos (5.7%) lo presentaron al nacimiento. De los 6 a los 10 años 14 casos (8%), de los 11 a los 15 años 18 casos (10.2%) y de los 16 a los 20 años 8 casos (4.5%); a partir de esta edad se presentaron 6 casos (3.4%). 22 pacientes

no refirieron la edad de inicio de la lesión. (Gráfica 3)

EDAD DE CONSULTA.- A partir de la 2ª década de la vida aumenta la frecuencia de la consulta por nevo epidérmico verrugoso, observándose el pico máximo en la segunda década de la vida con 87 casos (49.4%); en los primeros 10 años 38 casos - (21.6%).

DISTRIBUCION ANATOMICA.- En general, el nevo epidérmico verrugoso afectó la cabeza en el 28.5% (piel cabelluda 8.2% y cara 20.3%), el cuello en el 15.6%, el tronco en el 23% y las extremidades en el 32.9%. (Figura 1)

Los nevos epidérmicos verrugosos se dividieron en localizados, 131 casos (74.35), diseminados a dos o más segmentos, 30 casos (17.2%) y en sistematizados, 12 casos (6.8%). Hubo 3 casos en que no se consignó la topografía. (Tabla I)

Los nevos epidérmicos verrugosos localizados se distribuyeron de la siguiente forma: 53 casos (40.4%) se localizaron en la cabeza, de los cuales 18 casos (13.7%) afectaron la piel cabelluda y 35 casos (26.7%) la cara, de ésta, afectó con más frecuencia la frente, las mejillas y los párpados. El cuello fue afectado en 16 casos (12.2%), el tronco en 31 casos (23.7%), de los cuales, afectaban los genitales externos 4 casos y 1 la región perianal. Las extremidades fueron afectadas en 31 casos (23.7%), 16 casos afectaron las extremidades superiores (12.2%) y 15 casos las extremidades inferiores (11.5%).(Tabla II) Y (Figura 2)

Los nevos epidérmicos verrugosos diseminados a dos o más segmentos afectaron en forma de unius lateris 13 casos, que se distribuyeron de la siguiente manera: 3 casos afectaron todo el hemicuerpo; 2 casos la cabeza y el cuello; 2 casos el cuello, el tronco y la extremidad superior; 1 caso afectó el cuello y el tronco; 2 casos el tronco y la extremidad superior y la inferior y 3 casos el tronco y la extremidad inferior.

17 casos afectaron en forma aislada 2 ó más segmentos.

Los nevos epidérmicos verrugosos sistematizados afectaron de forma bilateral todos o casi todos los segmentos del cuerpo. 5 casos afectaron todo el cuerpo, 5 casos respetaron la cabeza, 1 caso respetó las extremidades superiores, 1 caso las extremidades inferiores y otro caso respetó ambas extremidades.

ASPECTO CLINICO.- La mayoría de las lesiones consistieron en neoformaciones verrugosas (151 casos, 85.3%) de coloración amarillenta o marrón; de disposición lineal 134 casos (75.7%) y en forma de placa 43 casos (24.9%). 9 casos se presentaron en forma de lesiones hipercrómicas y 4 hipocrómicas escasamente elevadas; 12 casos en forma de neoformaciones de base sésil.

El tamaño de la lesión varió mucho, desde 4mm la menor hasta 31 X 9 cm la mayor; el promedio fue de 5.14 X 3.10 cm, en los casos localizados. Los diseminados y los sistematizados abarcaron grandes dimensiones. (Fotos 1 y 2)

HISTOLOGIA.- El patrón histológico en la mayoría de los casos fue la imagen característica del nevo epidérmico verrugoso, con hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis.

5 casos (2.8%) presentaron la imagen histológica de hiperqueratosis epidermolítica. 2 casos (1.1%) presentaron inflamación.

N.E.V.I.L .- De los 176 casos de nevo epidérmico verrugoso, 15 correspondieron a NEVIL.

No hubo predominio por el sexo, observándose 8 casos en mujeres y 7 casos en hombres.

La edad de inicio más frecuente fue en los primeros 5 años de edad con 7 casos (46.6%), 2 de los cuales fueron congénitos; de los 6 a los 10 años se iniciaron 2 casos, de los 16 a los 20 años 2 casos y 4 casos se iniciaron en pacientes de más de 20 años, siendo la mayor de 41 años de edad (TABLA III).

Con respecto a su topografía, predominó en el miembro pélvico con 11 casos, 9 de ellos en la extremidad izquierda. 2 casos en el tronco, 1 caso en el miembro torácico y 1 caso afectó el tórax, la axila y el brazo en su cara posterior derecha. En general, hubo predominio por el lado izquierdo con 12 casos y en el lado derecho se presentaron 3 casos (FIGURA 3). Todas las lesiones no sobrepasaron la línea media.

La morfología del NEVIL fue similar en todos los casos y consistió en placas eritematoescamosas de aspecto verrugoso y

presencia de costras hemáticas y excoriaciones. El prurito fue constante en todos los casos (FOTO 3).

La histología correspondió a un cuadro psoriasiforme en 10 casos y en 5 casos a una dermatitis crónica.

ALTERACIONES EXTRACUTANEAS.- 4 casos presentaron alteraciones extracutáneas asociadas.

- 1º Femenino de 2 años de edad, la cual presentaba un nevo verrugoso sistematizado que inició a los 2 meses de edad, asociado a disminerilización ósea generalizada.
- 2º Masculino de 17 años de edad, la cual presentaba un nevo epidérmico verrugoso sistematizado presente desde la infancia, con acortamiento del miembro pélvico derecho y costillas bifidas.
- 3º Femenino de 13 años de edad, la cual presentaba un nevo epidérmico tipo unius lateris presente desde el nacimiento, - con aumento del espacio intervertebral de C4-C5 y vértebra dorsolumbar de transición con apófisis costiforme.
- 4º Masculino de 13 años de edad, el cual presentaba un nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL) a nivel del pie derecho presente desde el año de edad, con hipotrofia del mismo pie (TABLA IV).

#### NEVO SEBACEO

SEXO.- Hubo leve predominio por el sexo femenino, obser-

vándose el 54.5% (114 casos), en el sexo masculino en el 45.5% (95 casos) (GRAFICA 5).

EDAD DE INICIO.- De los 209 casos, 134 (64%) se presentaron al nacimiento; durante los primeros 5 años se presentaron 26 casos (12.4%), de los cuales, 3 casos (1.4%) durante los primeros meses de la vida. De los 6 a los 10 años 12 casos -- (5.7%), de los 11 a los 15 años 14 casos (6.7%) y de los 16 a los 20 años 7 casos (3%); sólo 1 caso se inició en la edad adulta. 15 pacientes no refirieron la edad de inicio de la lesión (GRAFICA 6).

EDAD DE CONSULTA.- La mayoría de los pacientes consultaron durante la 2ª década de la vida, 130 casos (62.2%). Esto podría estar en relación con el mayor desarrollo del nevo en la pubertad (GRAFICA 7).

DISTRIBUCION ANATOMICA.- 205 casos de nevo sebáceo se localizaron solo en un segmento del cuerpo (98.1%); sólo 2 casos fueron diseminados (a cara y cuello) y en dos casos no se consignó la topografía (TABLA V).

Los 205 casos de nevo sebáceo se distribuyeron de la siguiente manera; 163 casos se localizaron en la cabeza, de los cuales, 101 (48.3%) afectaron la piel cabelluda y 62 casos -- (29.6%) la cara, y de ésta, la localización más frecuente fue la frente, las regiones preauriculares y las mejillas. En el cuello se encontraron 29 casos (13.8%). A nivel del tronco se

localizaron 13 casos (6.1%), y de éstos, 3 afectaron los genitales externos y 1 la región perianal. No se observó ningún caso en las extremidades (TABLA V FIGURA 4).

ASPECTO CLINICO.- El nevo sebáceo se presentó, generalmente, en forma de una placa de superficie verrugosa o abollonada de coloración amarilla o marrón. Las lesiones de la piel cabelluda se observaron siempre con alopecia.

En la etapa I se encontraron 4 casos (piel cabelluda), en forma de placa alopecica lisa de color ligeramente amarillento.

En la etapa II se encontraron 183 lesiones con una morfología de una placa de superficie verrugosa de color eritemato-amarillento o marrón (FOTO 4 y 5).

En la etapa III o tumoral se encontraron 22 casos y su morfología fue igual a la etapa II pero con neoformaciones en su superficie (FOTO 6).

Las lesiones fueron únicas en todos los casos localizados. La forma fue variable; adoptando una forma lineal en 26 casos; de forma redondeada, triangular u ovalada en el resto de los casos.

El tamaño de la lesión varió mucho, siendo la menor de 0.4 x 0.2 cm y la mayor de 13.5 x 8 cm; el promedio fue de 3.3 x 1.7 cm (5.6 cm<sup>2</sup>).

TUMORES ASOCIADOS.- Se encontraron 27 tumores asociados al nevo sebáceo (12.9%), de los cuales 16 (7.6%) fueron benignos

nos y 11 malignos (5.2%) (TABLA VI).

Entre los tumores benignos se encontraron 8 siringocisto-adenomas papilíferos (3.8%), 2 epitelomas sebáceos, 1 tricopitelioma, 1 pilomatrixoma, 1 nevo ecrino, 1 hidrocistoma y 2 nevos intradérmicos.

De los tumores malignos se encontraron 10 carcinomas basocelulares (4.8%) y 1 carcinoma epidermoide.

3 de los pacientes en la fase tumoral presentaban 2 ó 3 tumores asociados en la misma lesión. Un paciente presentó un siringocistoadenoma papilífero y un carcinoma basocelular; otro paciente presentó un siringocistoadenoma papilífero, un hidrocistoma apocrino y un carcinoma basocelular; el otro paciente presentó un siringocistoadenoma papilífero, un carcinoma basocelular y un nevo intradérmico.

La edad de presentación de los tumores benignos fue a los 21.6 años y de los tumores malignos a los 36.9%. La edad de aparición más precoz de los tumores benignos (siringocistoadenoma papilífero) fue a los 11 años y de los malignos a los 20 años (carcinoma basocelular).

ALTERACIONES EXTRACUTÁNEAS.- Se encontraron 3 pacientes con alteraciones extracutáneas asociadas al nevo sebáceo.

1º Femenino de 31 años de edad, la cual presentaba una lesión en la piel cabelluda, presente desde el nacimiento, asociado a crisis convulsivas.

2º Femenino de 21 años de edad, la cual presentaba una lesión

en la región pectoral derecha de forma lineal que inició a los 10 años de edad, observándose también retraso mental.

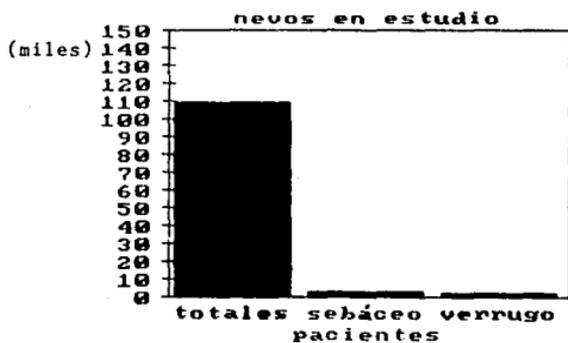
3º Masculino de 20 años con una placa lineal en la cara presente desde el nacimiento con retraso mental y crisis convulsivas (TABLA VI).

HISTOLOGÍA.- El patrón histológico en la mayoría de los casos fue el siguiente: Hiperplasia de glándulas sebáceas maduras y aumentadas en número; folículos pilosos malformados o ausentes. En la dermis infiltrado linfohistiocitario leve o moderado con disposición perivascular o perianexial.

En 97 casos (46.4 %) hubo glándulas apocrinas, en 17 casos (8.1%) glándulas ecrinas, en 30 casos (14.3%) folículos pilosos terminales y en 39 casos (18.6%) hubo hiperpigmentación de la capa basal. Las fibras elásticas se encontraron alteradas en 50 casos (23.9). Otros hallazgos ocasionales fueron la reacción a cuerpo extraño y focos de calcificación.

Los casos asociados a tumores presentaban, además del patrón histológico del nevo sebáceo, los cambios histológicos característicos del tumor asociado. El tipo de carcinoma basocelular que se presentó con más frecuencia fue el sólido, pigmentado y superficial.

FRECUENCIA DEL NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO Y DEL NEVO SEBACEO EN  
LA CONSULTA DE DERMATONCOLOGIA



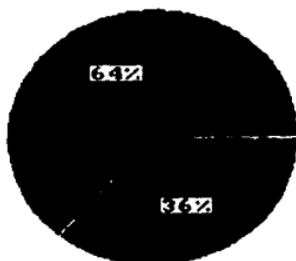
GRAFICA 1

FRECUENCIA EN RELACION CON EL SEXO

(176 CASOS)

nevo epidérmico verrugoso

sexo	#
masculino	113
femenino	64



GRAFICA 2

## EDAD DE INICIO

### nevo epidérmico verrugoso

edad	#
congenitos	53
0-5	55
6-10	14
11-15	18
16-20	8
21-25	3
26-30	2
mas de 30	1
no sabe	22



GRAFICA 3

# EDAD EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA

## nevo epidérmico verrugoso

edad	N
0-10	38
11-20	87
21-30	28
31-40	10
41-50	8
mas de 50	5



GRAFICA 4

NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO  
DISTRIBUCION DE 176 LESIONES

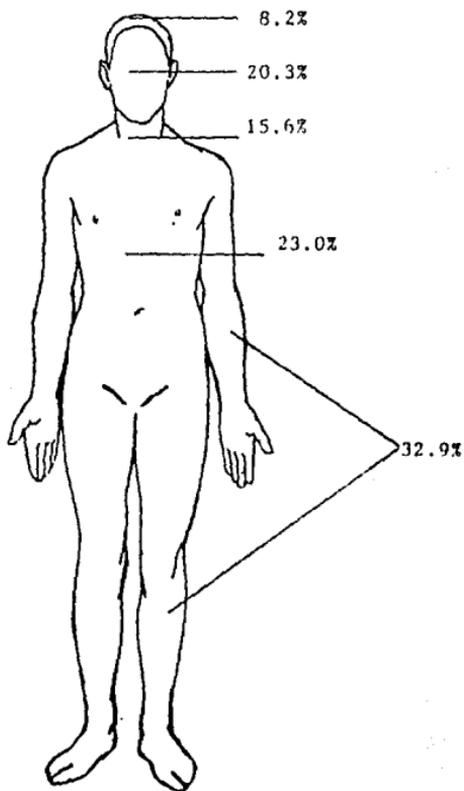


FIGURA 1.

NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO  
DISTRIBUCION DE 176 LESIONES

NEVO VERRUGOSO	N	%
LOCALIZADO	131	74.3
DISEMINADO A 2 ó MAS SEGMENTOS	30	17.2
SISTEMATIZADO	12	6.8
TOPPOGRAFIA NO CONSIGNADA	3	1.7

T A B L A I

NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO LOCALIZADO  
DISTRIBUCION DE 131 LESIONES

TOPOGRAFIA	N	%
PIEL CABELLUDA	18	13.7
CARA	35	26.7
.Frente	12	9.2
.Mejilla	8	6.1
.Párpado superior	6	4.6
.Párpado inferior	4	3.0
.Canto externo del ojo	2	1.5
.Labio superior	2	1.5
.Mentón	1	0.7
CUELLO	16	12.2
TRONCO	31	23.7
.C. anterior	21	16.0
.C. posterior	5	3.8
.Genitales externos	4	3.0
.R. perianal	1	0.7
EXTREMIDADES	31	23.7
.Superiores	16	12.2
.Inferiores	15	11.5

T A B L A II

NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO LOCALIZADO

DISTRIBUCION DE LAS LESIONES

(131 casos)

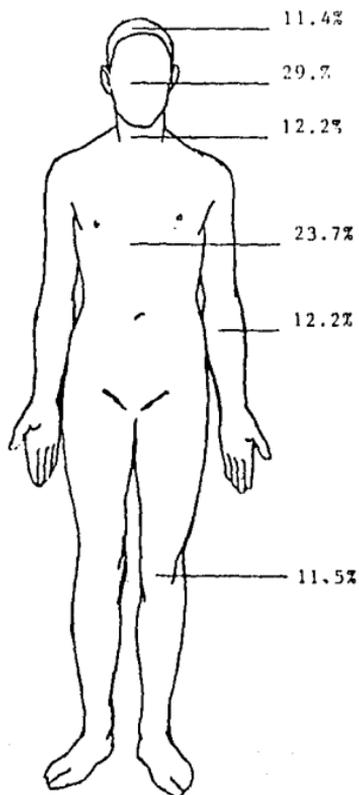


FIGURA 2

N. E. V. I. L.  
 EDAD DE INICIO  
 (15 casos)

EDAD(años)	N	%
		46.6
0-5	7	13.3
6-10	2	-
11-15	-	13.3
16-20	2	6.6
21-25	1	13.3
26-30	2	-
35-40	-	6.6
41-45	1	

T A B L A III

N. E. V. I. L.

DISTRIBUCION DE 15 CASOS

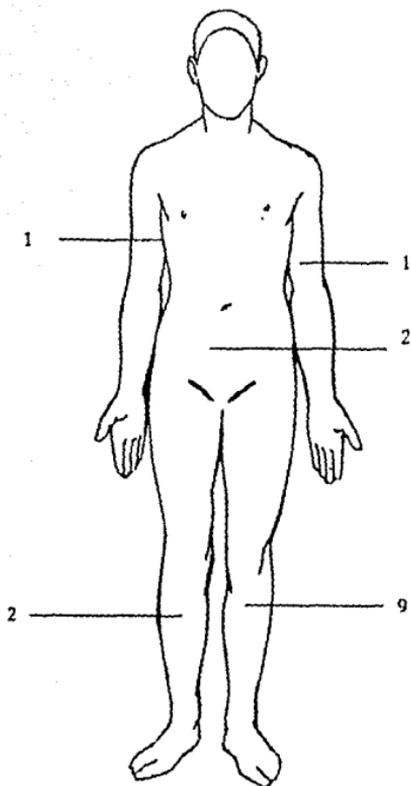


FIGURA 3

PACIENTES CON ALTERACIONES EXTRACUTANEAS

ASOCIADAS CON NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO

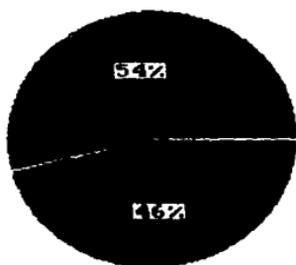
SEXO	EDAD	INICIO	LESION	ANOMALIA EXTRACUTANEA
F	2a.	2 meses.	Sistemizado.	Osteopenia Generalizada
M	17a.	Infancia	Sistemizado.	Acortamiento MFD. Costillas bífidas.
F	13a.	Nacimiento	N.Unius Lateris	Aumento espacio intervertebral C4-C5.Vértebra Dorsolumbar de transición con apófisis costiforme
M	13a.	1 año	Pie derecho ( NEVIL )	Hipotrofia de Pie.

TABLA IV

## FRECUENCIA EN RELACION CON EL SEXO

nevo sebáceo

sexo	#
femenino	114
masculino	95

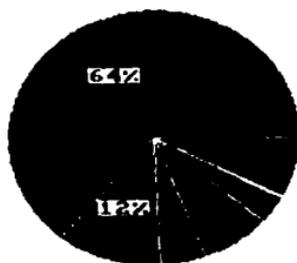


GRAFICA 5

## EDAD DE INICIO

### nevo sebaceo

edad	#
congenitos	134
0-5	26
6-10	12
11-15	14
16-20	7
31-35	1
no sabe	15

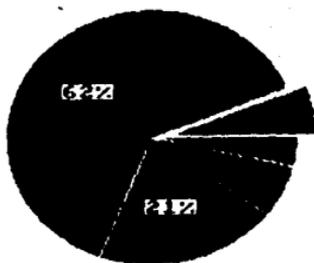


GRAFICA 6

## EDAD DE CONSULTA

### nevo sebáceo

edad	#
0 -10	14
11-20	130
21-30	43
31-40	14
41-50	8



GRAFICA 7

NEVO SEBACEO  
DISTRIBUCION DE 209 LESIONES

TOPOGRAFIA	N	%
PIEL CABELLUDA	101	48.3
CARA	62	29.6
.Frente	18	8.6
.R.Preauricular	14	6.7
.Pabellón auricular	4	1.9
.Párpado superior	2	0.9
.Nariz	4	1.9
.Mejilla	12	5.7
.Mentón	8	3.8
CUELLO	29	13.8
TRONCO	13	6.1
.C.Anterior	6	2.9
.C.Posterior	3	1.4
.Genitales externos	3	1.4
.R.Perianal	1	0.4
DISEMINADOS (Cabeza y cuello)	2	0.9
Topografía no consignada	2	0.9

T A B L A V

NEVO SEBACEO  
DISTRIBUCION DE LAS LESIONES

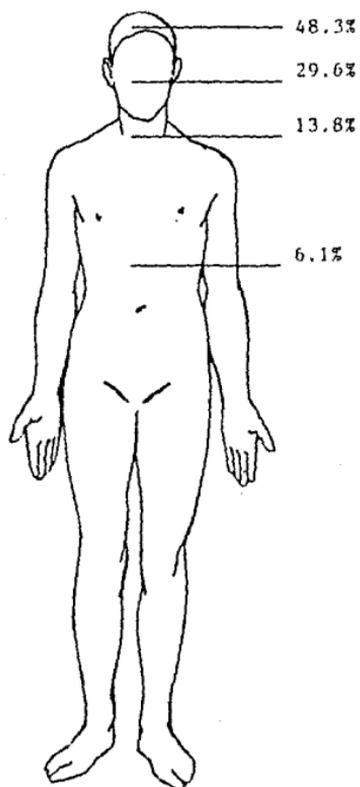


FIGURA 3

TUMORES ASOCIADOS AL NEVO SEBACEO

TUMORES BENIGNOS	N	%
S. PAPILIFERO	8	3.8
EPITELIOMA SEBACEO	2	0.9
TRICOEPITELIOMA	1	0.5
PILOMATRIXOMA	1	0.5
NEVO ECRINO	1	0.5
HIDROCISTOMA APOCRINO	1	0.5
NEVO INTRADERMICO	2	0.9
TUMORES MALIGNOS		
Ca. BASOCELULAR	10	4.8
Ca. EPIDERMIOIDE	1	0.5
-----		
TOTAL	27	12.9

T A B L A VI

PACIENTES CON ALTERACIONES EXTRACUTANEAS  
ASOCIADAS A NEVO SEBACEO

SEXO	EDAD	INICIO	TIPO DE LESION	ANOMALIA EXTRACUTANEA
F	31a.	Nac.	Placa de 1.2x1cm. Piel cabelluda.	Crisis Convulsivas.
F	21a.	10a.	Placa lineal 13cm Region Fectoral.	Retraso Mental.
M	20a.	Infancia.	Placa Lineal Cara.	

TABLA VII

NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO Y NEVO SEBACEO  
DISTRIBUCION ANATOMICA COMPARATIVA

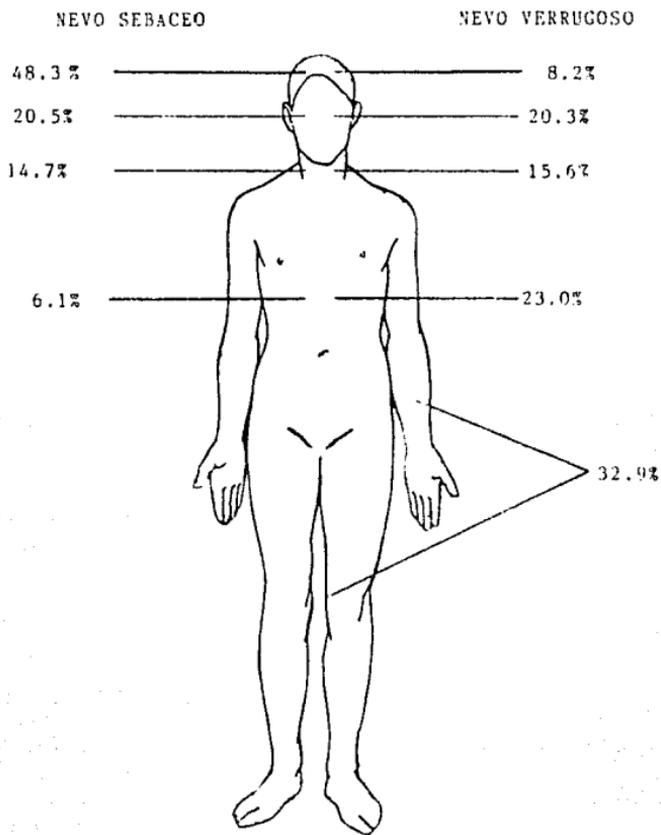


FIGURA 5

## CONCLUSIONES

=====

1. El nevo epidérmico verrugoso y el nevo sebáceo no son lesiones raras en la consulta de Dermatología, correspondiendo al 1.6% y al 1.9% respectivamente, de la consulta oncológica.
2. Hubo diferencia significativa con respecto al sexo en el nevo epidérmico verrugoso, con predominio por el sexo masculino (63.8%).
3. La mayoría de los nevos epidérmicos verrugosos fueron congénitos (30%) o se iniciaron en los primeros 5 años de la vida (31.3%). Únicamente el 3.4% fue de inicio postpuberal.
4. El nevo epidérmico verrugoso afecta cualquier parte de la superficie cutánea, observándose con mayor frecuencia en las extremidades (32.9%). La localización en la piel cabelluda es poco frecuente (8.2%). La afectación de la cara se presentó en el 20.3% y del cuello en el 15.6%.
5. La mayoría de las lesiones de nevo epidérmico verrugoso son lesiones localizadas (74.3%), las formas diseminadas se observaron en un 17.3% y las formas sistematizadas en un 6.8%.
6. La mayoría de las lesiones se observan con disposición lineal (75.7%), abarcando 1 ó más segmentos de la superficie cutánea.

7. El tamaño promedio en las formas localizadas fue de 5.14 x 3.12 cm.
8. El patrón histológico más frecuente fue con hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis. El 2.8% de los casos presentaron la imagen de hiperqueratosis epidermolítica.
9. De los 176 casos de nevo epidérmico verrugoso, el 8.5% correspondió a NEVIL.
10. El 46.6% de los casos de NEVIL se iniciaron en los primeros 5 años de edad, de los cuales el 13.3% fueron congénitos. No se observó predominancia por sexos.
11. 11 de 15 pacientes con NEVIL presentaron la lesión en la extremidad inferior, 9 de las cuales estuvieron localizadas en el lado izquierdo.
12. La histología correspondió a un cuadro psoriasiforme en el 66.6% y a una dermatitis crónica en el 33.3%.
13. En el nevo sebáceo no hubo predominancia por sexos, observándose ligero predominio por el sexo masculino.
14. El 64% de los nevos sebáceos fueron congénitos. Únicamente el 3.5% tuvo un inicio postpuberal.
15. El nevo sebáceo predominó en la piel cabelluda (40.2%). La

localización en la cara fue de 29.6%; en el tronco fue muy poco frecuente y no se presentó en las extremidades. El 98% de los casos estuvo localizado a un solo segmento.

16. El tamaño promedio del nevo sebáceo fue de 3.3 x 1.7 cm.
17. En la mayoría de los casos, la imagen histológica mostró hiperplasia de la epidermis, hiperplasia de las glándulas sebáceas y folículos pilosos malformados. Presencia de glándulas apocrinas en el 46.4% de los casos.
17. La asociación de tumores benignos y malignos al nevo sebáceo fue del 12%. El tumor benigno más frecuente fue el siringocistoadenoma papilífero (3.8%) y el tumor maligno fue el carcinoma basocelular (4.8%). La edad promedio de presentación de los tumores benignos fue a los 21.6 años y de los tumores malignos a los 36.9 años.
19. Comparando el nevo epidérmico verrugoso y el nevo sebáceo, existen diferencias significativas en la topografía, encontrando mayor afectación de la piel cabelluda y la cara en el nevo sebáceo, y en el tronco y las extremidades el nevo epidérmico verrugoso. Sin embargo los porcentajes de afectación de la cara y el cuello en ambos tipos de nevos no hubo diferencia. (Figura 5)

## ICONOGRAFIA



1000 21 - NETO FEMININO ABRIGADO



FOTO 3. - N.E.V.I.L.



FOTO 4. -SIAO SERAÇO (ETAPA III)

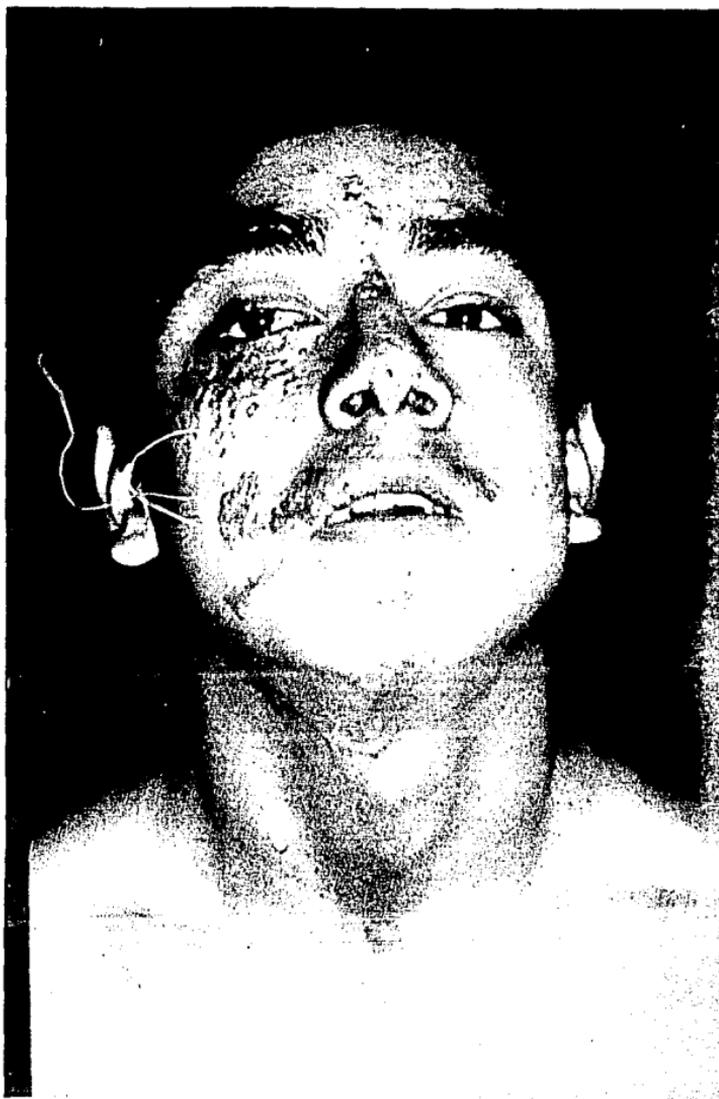
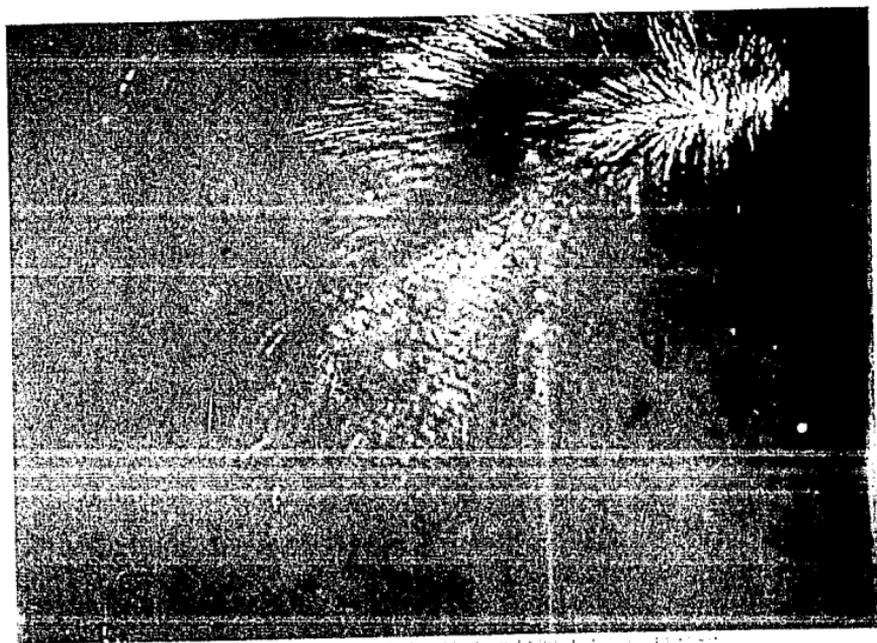


FOTO 5.- NEVO SEBACEO EXTENSO



## RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional de 176 pacientes con nevo epidérmico verrugoso y 209 con nevo sebáceo; encontrándose que estos nevos no son lesiones raras en la consulta de Dermatoncología.

El nevo epidérmico verrugoso es una lesión que se presenta con más frecuencia en los primeros cinco años de la vida o presentarse al nacimiento y con mayor predominio por el sexo masculino. Las lesiones se presentan con más frecuencia en las extremidades y el tronco en forma de lesiones verrugosas de coloración amarillenta o marrón de disposición lineal, y presentarse de manera localizada, diseminada o sistematizada.

El nevo sebáceo se presenta generalmente al nacimiento y sin predominio por sexos. Las lesiones se presentan con mayor frecuencia en la piel cabelluda y la cara en forma de una placa de superficie verrugosa de coloración amarilla o marrón, -- generalmente única y raramente múltiple y diseminada, de forma y tamaño variable. En esta lesión pueden presentarse asociados tumores (13%) benignos o malignos; el tumor benigno más frecuente fue el siringocistoadenoma papilífero y el tumor maligno el carcinoma basocelular (3.8% y 4.9% respectivamente).

## B I B L I O G R A F I A

1. Rook A, Atherton DJ. Nevus y otras anomalías del desarrollo. En Rook y col. Tratado de Dermatología. Barcelona: Doyma. - 1988: 187-199.
2. Pascual AM, García-Pérez A. Nevus epidérmico: Revisión clínica e histológica de 8 casos. Med Cut ILA. 1974; 4: 307-315.
3. Solomon LM, Fretzin DF, Dewald RL. The epidermal nevus syndrome. Arch Dermatol. 1968; 97: 273-285.
4. Starink TH, Woerdeman MJ. Unilateral systematized keratosis follicularis. A variant of Darier's disease or an epidermal naevus (Acantholytic dyskeratotic epidermal naevus)? Brit J Dermatol. 1981; 105: 207-214.
5. Fitzpatrick y cols. Dermatología en Medicina General. Buenos Aires: Panamericana. 1988.
6. Hickman EE, John WF, Cawson RA. Nevus unius lateris and intraoral verrucous nevi. Oral Surg. 1988; 66: 226-229.
7. Méndez SP. Nevo verrugoso lineal. Rev Mex Dermatol. 1981; 25: 186-189.
8. Altman J, Mehregan A. Inflammatory linear verrucose epidermal nevus. Arch Dermatol. 1971; 104: 385-389.
9. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histopatología de la piel. - Buenos Aires: Inter-Médica. 1979: 440-442.
10. Rogers M, McCrossin J, Commens Ch. Epidermal nevi and the epidermal nevus syndrome. 1989; 20: 476-488.
11. Sugai T, Shimotoke M, Saito T. Psoriasis and systematized epidermal nevus. Arch Dermatol. 1970; 102: 656-660.
12. Leslie G. Linear psoriasis. Brit J Dermatol. 1951; 63: 262-263.
13. Bennet RG, Burns L, Gray Wood M. Systematized epidermal nevus. A determinant for the localization of psoriasis. Arch Dermatol. 1973; 108: 705-707.

14. Thivolet J, Goujon C. Linear psoriasis and systematized epidermolytic nevus. Arch Dermatol. 1982; 118:285-286.
15. Sánchez-Pedreño, Menacho E, Sotillo I, Camacho F. Coexistencia de "nevus" verrucoso lineal y pigmentocelular. Med Cut ILA. 1984; 14: 323-325.
16. Lambert WC, Bilinski DL, Khan Y, Brodtkin RH. Trichoepithelioma in a systematized epidermal nevus with acantholytic dyskeratosis. Its occurrence in a black man. Arch Dermatol. 1984; 120: 227-230.
17. Braunstein BL, Mackel SE, Cooper PH. Keratoacanthoma arising in a linear epidermal nevus. Arch Dermatol. 1982; 118: 362-363.
18. Kaplan H, Piñero A, Lacentre E. Papilomatosis carcinoma axilar sobre nevus verrucoso lineal. Med Cut ILA. 1987; 15: 9-16.
19. Hornt M, Sansker WF, Pierson DL. Basal cell epithelioma arising in a linear epidermal nevus. Arch Dermatol. 1981; 117: 247.
20. Cramer SF and Cols. Squamous cell carcinoma arising in a linear epidermal nevus. Arch Dermatol. 1981; 117: 222-224.
21. Dogliotti M, Frenkel A. Malignant change in a verrucous nevus. Int J Dermatol. 1978; 17: 225-227.
22. Herbs VP, Kauh YC, Luscombe HA. Connective tissue nevus masquerading as a localized linear epidermal nevus. J Am Acad Dermatol. 1987; 16: 264-266.
23. Merchán S, Munné A, Bonilla J. Nevil. Act Dermosifil. 1981; 72: 55-58.
24. Rodríguez O. Nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal. Comunicación de 2 casos. Rev Méx Dermatol. 1980; 24: 173-179.
25. Kuri R, Ruiz Maldonado E, Tamayo L. Nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (N.E.V.I.L.). Aspectos clínicos e histopatológicos en siete casos. Med Cut ILA. 1978; 5: 305-310.

26. Pierini DO, Pierini AM, Abulafia J. Nevo epidérmico verrugoso inflamatorio (NEVIL). *Med Cut ILA*. 1976; 6: 427-430.
27. López pérez RM y cols. Nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal familiar. *Act Dermosifil*. 1988; 79: 428-430.
28. Dupré A, Christol B. Naevus  pidermique verruqueux inflammatoire linéaire (N.E.V.I.L) bilat ral avec localisation labiale et l sions histologiques a minima. *Ann Derm V n r el*. 1977; 104: 163-164.
29. Bernhad JD and cols. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus. Epidermal protein analysis in four patients. - *Arch Dermatol*. 1984; 120: 214.
30. Adrian RM, Baden HP. Analysis of epidermal fibrous proteins in inflammatory linear verrucous epidermal nevus. 1980; - 116: 1179-1180.
31. May SB. Epithelial nevus with marked pruritus. *Arch Dermatol*. 1961; 83: 340-341.
32. Gethner PJ. Case for diagnosis. Linear Psoriasis?. *Arch - Dermatol*. 1961; 83: 341-342.
33. Hodge SJ, Barr JM, Owen LG. Inflammatory linear verrucose epidermal nevus. *Arch Dermatol*. 1978; 114: 436-438.
34. Mehregan AH, Pinkus H. Life history of organoid nevi. *Arch Dermatol*. 1965; 91: 574-588.
35. Wilson Jones E, Heyl T. Naevus sebaceus. A report of 140 cases with special regard to the development of secondary malignant tumours. *Brit J Dermatol*. 1970; 82: 99-117.
36. Kaplan H, Bores A, Bores I, Lacente E. Nevo sebáceo de Jadassohn y cutis verticis Gyratea. *Med Cut ILA*. 1987; 15: 306-312.
37. Cuevas J, Viquer JM, Contreras F. Diferenciación prospectiva del nevus organoide. *Act Dermosifil*. 1980: 455-460.
38. Barragán MA. Tumores de anexos de la piel. Tesis. México. 1982.
39. Lerma Puertas E y cols. Estudio clinicomorfol gico de los nevus sebáceos de Jadassohn. Revisión de 43 casos. *Act Dermosifil*. 1988; 79: 321-324.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

40. Piñol AJ, Mascaró J, Umbert MP. Estudio anatomoclínico de los nevos organoides (Hamartomas pilosos pluripotentes). *Med Cut.* 1968; 3: 261-274.
41. Morency R, Labelle H. Nevus sebaceus of Jadassohn: A rare oral presentation. *Oral Surg.* 1987; 64: 460-462.
42. Person JR, Bentkover S, Longcope CH. Androgen receptors are increased in nevus sebaceus. *J Am Acad Dermatol.* 1986; 15: 120-122.
43. Jancar J. Naevus Syringocystadenomatosus papilliferus. With skull and brain lesions, hemiparesis, epilepsy and mental retardation. *Brit J Dermatol.* 1970; 82: 402-405.
44. Greer KE, Bishop GF, Ober WC. Nevus sebaceus and Syringocystadenoma papilliferum. *Arch Dermatol.* 1976; 112: 206-208.
45. Naranjo R, Ocaña MJ, Gutiérrez MT, Godoy A. Nevus sebáceo Etapa III. *Act Dermosifil.* 1988; 79: 325-330.
46. Goldstein G, Whitaker D, Argenyi Z, Boddach J. Basal cell carcinoma arising in a sebaceous nevus during childhood. *J Am Acad Dermatol.* 1988; 18: 429-430.
47. Amaro J, Carvalho MC. Multiple basal-cell carcinoma in nevus sebaceus. Two case reports. *Skin Cancer.* 1986; 1: 57-60.
48. Rahbari H, Mehregan A. Development of proliferating trichilemmal cyst in organoid nevus. Presentation of two cases. *J Am Acad Dermatol.* 1986; 14: 123-126.
49. Parkin T. Naevus sebaceus (Jadassohn) with squamous cell epithelioma. *Brit J Dermatol.* 1950; 62: 167-170.
50. Domingo J, Helwig E. Malignant neoplasms associated with nevus sebaceus of Jadassohn. *J Am Acad Dermatol.* 1979; 1: 545-556.
51. Hood A y cols. Disorders of the pilosebaceous unit. In *Primer of Dermatology*. Boston: Little Brown Comp. 1984: 307-308.
52. Salas JS, Suárez D, Rodríguez MA. Carcinoma basocelular sobre nevus sebáceo de Jadassohn. *Act Dermosifil.* 1988; 79: 125-126.

53. Hashimoto K, Mehregan A, Kumakiri M. Tumor of Skin appendages. Boston: Butterworth. 1987: 131-132.
54. Solomon L. Epidermal nevus syndrome. Mod Probl Pediatr. 1975; 17: 27-30.
55. Lantis S, Leyden J, Thew M, Heaton CH. Nevus sebaceus of Jadassohn. Part of a new neurocutaneous syndrome?. Arch Dermatol. 1968; 98: 117-123.
56. Engber PB. The nevus comedonicus syndrome: A case report with emphasis on associated internal manifestations. Int J Dermatol. 1978; 78: 745-749.
57. Pujol RM y cols. Síndrome del nevus sebáceo lineal. Med Cut ILA. 1987; 15: 280-284.
58. Golitz L, Weston W. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus. Association with epidermal nevus syndrome. Arch Dermatol. 1979; 115: 1208-1209.
59. Cabrera H, Cosentino N, Saboia J, Costa J. Síndrome del nevo epidérmico-sebáceo lineal. Rev Arg Dermatol. 1983; 64: 214-220.
60. Carey D and cols. Hypophosphatemic rickets/osteomalacia in linear sebaceous nevus syndrome: A variant of tumor-induced osteomalacia. J Pediatr. 1986; 109: 994-1000.
61. Cardama JE, Gatti JC, Cabrera HN. Síndrome del nevo epidérmico. Rev Mex Dermatol. 1971; 15: 180-184.
62. Attia MK, Abdel-Aziz AM. Epidermal naevus syndrome. A case Report. J Am Acad Dermatol. 1980; 2: 31-32.
63. Bittencourt A, Marback R, Peralta MJ, Nascimento M. Síndrome neuro-óculo-cutânea, com nevos sebáceas múltiplos. Apresentação de um caso. Med Cut ILA. 1983; 11: 375-382.
64. Marks J, Tomasovic J. Linear nevus sebaceus syndrome. A case report. J Am Acad Dermatol. 1980; 2: 31-32.
65. Moskowitz R, Honig P. Nevus sebaceus in association with an intracranial mass. J Am Acad Dermatol. 1982; 6: 1080-1082.
66. Moynahan E, Wolff O. A new neuro-cutaneous syndrome (Skin, eye and brain) consisting of linear naevus, bilateral lipodermoid of the conjunctivae, cranial thickening, cerebral

cortical atrophy and mental retardation. *Brit J Dermatol.* 1967; 79: 651-652.

67. Kaplan H, Bores A, Bores I, Lacentre E. Nevo sebáceo de Jassohn y cutis verticis gyrata. *Med Cut ILA.* 1987; 15: 306-312.
68. Kang WH, Koh YJ, Chun SI. Nevus sebaceus syndrome associated with intracranial arteriovenous malformation. *Int J Dermatol.* 1987; 26: 382-384.
69. Diven D, Solomon A, McNeely M, Font R. Nevus sebaceus associated with major ophthalmologic abnormalities. *Arch Dermatol.* 1987; 123: 383-386.
70. Román P, Albero F, De Teresa L. Síndrome de Conradi y nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal. *Act Dermosifil.* -- 1980: 209-214.
71. Dimond R, Amon R. Epidermal nevus and Rhabdomyosarcoma. *Arch Dermatol.* 1976; 112: 1424-1426.
72. Palestine R, Winkelmann R. Verruciform xantoma in an epithelial nevus. *Arch Dermatol.* 1982; 118: 656-691.
73. Thivolet J, Euvrard S, Souteyrand P. Naevus verruqueux épidermique avec puberté précoce. *Am Derm Vénéreol.* 1977; 104: 427-429.
74. Hornstein L, Bove K, Towbin R. Linear nevi, hemihypertrophy, connective tissue hamartomas, and unusual neoplasms in children. *J Pediat.* 1987; 110: 404-408.