

Nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal con histología psoriasiforme en un adolescente

Linear Inflammatory Verrucous Epidermal Nevus with Psoriasiform Histology in an Adolescent

Luis Fernando Molineros Gallón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0628-2710>

Melissa Charria Caicedo² <https://orcid.org/0000-0002-9380-0431>

Yolima Alfaro³ <https://orcid.org/0000-0002-1228-7374>

Sara Catalina Aguirre Arcos⁴ <https://orcid.org/0000-0003-3470-5685>

Daniela Guevara Molineros⁴ <https://orcid.org/0000-0001-8946-6429>

David Farah Borrero⁵ <https://orcid.org/0000-0002-9236-9686>

¹Secretaría Municipal de Salud. Pasto, Nariño, Colombia.

²Fundación Universitaria San Martín. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

³Universidad del Cauca. Popayán, Cauca, Colombia.

⁴Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

⁵Universidad Surcolombiana, Grupo de Investigación Laboratorio de Medicina Genómica. Neiva, Huila, Colombia.

*Autor para la correspondencia: luis.molineros@correounivalle.edu.co

RESUMEN

Introducción: El nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal se caracteriza por la aparición de lesiones eritematosas con aspecto psoriasiforme, descamativas y pruriginosas.

Objetivo: Presentar una variante clínica infrecuente del nevus epidérmico.

Presentación del caso: Se diagnosticó morfológica e histopatológicamente a un paciente de 11 años, con un nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal gigante, localizado en una zona inusual, con patrón histológico psoriasiforme. Recibió tratamiento tópico, con una evolución refractaria de la lesión y una mejoría notable, lo cual es muy frecuente en recién nacidos, pero no en adolescentes y adultos.

Conclusiones: La correlación clínica e histopatológica es fundamental para el diagnóstico certero de la enfermedad, ya que puede confundirse con otras patologías similares.

Palabras clave: pediatría; nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal; adolescencia.

ABSTRACT

Introduction: Linear inflammatory verrucous epidermal nevus is characterized by the appearance of erythematous, scaly, and pruritic lesions with a psoriasiform appearance.

Objective: To present an uncommon clinical variant of epidermal nevus.

Case Report: An 11-year-old patient was diagnosed with a giant linear inflammatory verrucous epidermal nevus located in an unusual area, based on morphological and histopathological findings that revealed a psoriasiform histological pattern. The patient received topical treatment, resulting in a refractory course followed by notable improvement—an outcome frequently observed in newborns, but not in adolescents and adults.

Conclusions: Clinical and histopathological correlation is fundamental for the accurate diagnosis of this disease, as it may be confused with other similar pathologies.

Keywords: pediatrics; linear inflammatory verrucous epidermal nevus; adolescence.

Recibido: 28/07/2025

Aceptado: 28/02/2026

Introducción

El nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL) es una variante clínica infrecuente del nevus epidérmico, caracterizada por placas eritematosas, descamativas y marcadamente pruriginosas, con morfología psoriasiforme y distribución lineal siguiendo las líneas de Blaschko.^(1,2) Se reconoce como una dermatosis predominante de la primera infancia, con una incidencia cercana a 1/1000 nacidos vivos; hasta el 80 % de los casos se manifiesta durante el primer año de vida. En contraste, su aparición en la adolescencia y en la edad adulta resulta rara.⁽³⁾ Desde el punto de vista topográfico, los nevus epidérmicos suelen ser unilaterales y con mayor frecuencia comprometen el miembro inferior, con predominio en el hemicuerpo izquierdo,⁽⁴⁾ por lo que la afectación extensa del tronco constituye una presentación poco habitual.

En este contexto, el caso que se presenta resulta inusual por tres razones convergentes: primero, la presentación en un paciente de 11 años (inicio tardío para el espectro clásico);^(3,5) segundo, la extensión “gigante” con localización en hipocondrio izquierdo (área no típica);⁽⁴⁾ y, tercero, el correlato histopatológico psoriasiforme con alternancia de ortoqueratosis/paraqueratosis e

hipergranulosis/hipogranulosis, patrón descrito como característico dentro del NEVIL y crucial para su diferenciación de dermatosis lineales similares.⁽³⁾

El caso fue avalado en su temática, estructura y ética en la protección de los derechos del paciente por el Comité de Investigaciones Clínicas de la Fundación Hospital San Pedro. El paciente, mediante consentimiento informado escrito, declaró autorizar la divulgación del caso y las imágenes clínicas. El consentimiento informado reposa bajo poder de los autores.

Reportar variantes atípicas aporta evidencia clínica para reconocer fenotipos fuera de la edad y distribución esperadas, optimiza el diagnóstico clínico-patológico y orienta decisiones terapéuticas en escenarios de refractariedad.^(5,6) La correlación clínico-histopatológica resulta fundamental para un diagnóstico certero y un abordaje terapéutico racional.

El objetivo de este estudio fue presentar una variante clínica infrecuente de NEVIL gigante en un adolescente, con patrón histológico psoriasiforme.

Presentación del caso

Un paciente masculino, de 11 años, procedente del área urbana y ocupación estudiante, asistió en 2020 a la Consulta Externa de Dermatología manifestando aparición de lesiones en la región torácica inferior izquierda y en el abdomen superior izquierdo, de tipo cicatriz, de color marrón, hiperqueratósicas, que aumentaron de tamaño desde hacía un año.

El paciente negó antecedentes alérgicos, genéticos, patológicos, quirúrgicos, traumas y familiares de importancia. A la exploración física se evidenciaron lesiones extensas de distribución lineal que seguían las líneas de Blaschko, en región abdominal a nivel del hipocondrio izquierdo, maculares hipocrómicas con hiperpigmentación posinflamatoria y prurito (fig. 1).



Fig. 1 - Lesiones extensas melanocíticas con hiperplasia epidérmica psoriasiforme, con alternancia de ortoqueratosis y paraqueratosis, en región abdominal a nivel del hipocondrio izquierdo, de distribución lineal que siguen las líneas de Blaschko.

El resto del examen físico resultó sin alteraciones.

El paciente trajo reporte de patología que revelaba una lesión melanocítica con hiperplasia epidérmica psoriasiforme, con alternancia de ortoqueratosis y paraqueratosis. La capa granular estaba en áreas aumentadas y en áreas adelgazadas o casi ausentes. Se observaba que las áreas ortoqueratósicas se superponían a la epidermis deprimida, con marcada hipergranulosis, y que las zonas de paraqueratosis se superponían a la hipogranulosis.

Sobre el estrato basal se observó una amplia población de melanocitos maduros sin atipia. Había pérdida de continuidad de las células basales, vacuolización y exocitosis. A nivel de la dermis papilar se apreciaba edema y ligero aumento de las fibras de colágeno con extenso infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular e intersticial (fig. 2).

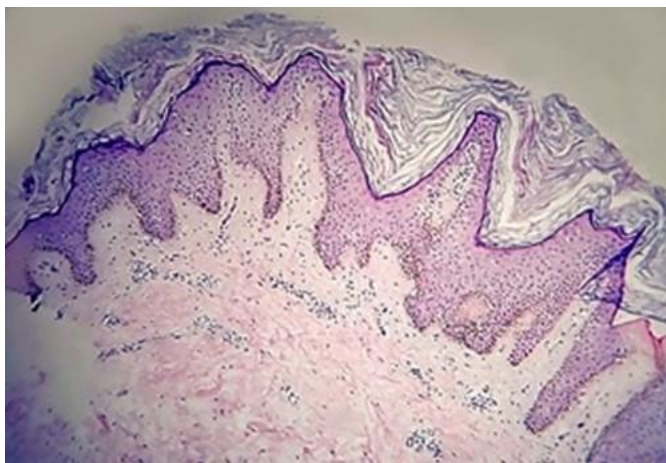


Fig. 2 - Lesión melanocítica con hiperplasia epidérmica psoriasiforme, con alternancia de ortoqueratosis y paraqueratosis, que determina un patrón histológico característico del NEVIL.

El médico dermatólogo realizó presunción diagnóstica de NEVIL y dermatitis hiperqueratósica. Se inició tratamiento con múltiples fármacos como clobetazol propionato tópico (0,05 %), corticoide tópico (0,5 %) y tretinoína tópica (0,5 %). No se consideró el tratamiento quirúrgico por la extensión de la lesión. Durante un período de 12 meses mantuvo una evolución refractaria de la lesión, pero con una mejoría notable (fig. 3).



Fig. 3 - Evolución refractaria positiva de la lesión como efecto de tratamiento multifármaco.

Este paciente continúa en seguimiento por médico tratante especialista en dermatología.

Discusión

Los nevus epidérmicos son hamartomas que generan una condición clínica y patológica rara, originados en el ectodermo embrionario a partir de células pluripotenciales de la capa basal de la epidermis. Se caracterizan por prurito y lesiones escaldadas eritematosas que se distribuyen siguiendo el curso de las líneas de Blaschko.^(7,8,9) De localización más frecuente en el miembro inferior y unilateral, afectan principalmente el hemicuerpo izquierdo.⁽⁴⁾ Esto se evidenció en el caso.

El NEVIL se considera una variante infrecuente del nevus epidérmico, que representa alrededor del 5 % de todos los casos.⁽⁵⁾ La enfermedad ha sido descrita mayoritariamente en recién nacidos, con una incidencia de uno por cada 100 000 casos. Afecta por igual a hombres y mujeres, y, por lo general, está presente en el momento del nacimiento (60 %) o en los primeros años de vida (80 %). En raras ocasiones aparece en la pubertad, como en este caso,⁽⁵⁾ y resulta muy infrecuente en la edad adulta.^(10,11,12)

En cuanto a la fisiopatología, aún falta claridad; sin embargo, se ha considerado que esta afección es influenciada por la participación de interleuquinas 1-6, del factor de necrosis tumoral (TNF- α) y de la molécula de adhesión celular-1, inflamación y estimulación clonal. Asimismo, se ha informado sobre mutaciones de la subunidad catalítica P 110 alfa, fosfatidilinositol 3 cinasa (PIK3CA) y del receptor tipo 3 del factor de crecimiento fibroblástico. También se ha asociado con la mutación somática en el gen GJA1 (conexina 34), muy relacionada con algunas formas de NEVIL que se presentan en mosaico de erythrokeratodermia variabilis et progressiva.^(13,14,15)

Además, se mencionan mutaciones en el brazo largo del cromosoma 15 y mutaciones pluripotenciales durante la embriogénesis epidérmica, que también se expresan como mosaicismo cutáneo.⁽¹⁵⁾

Otros estudios han informado que los nevus epidérmico verrugoso derivan de células ectodérmicas embrionarias que han sufrido mutaciones poscigóticas en las células pluripotenciales, resultado del mosaicismo genético;⁽⁹⁾ que están caracterizados por hiperplasia benigna de la epidermis superficial y los anexos, y que constituyen variantes inflamatorias,^(4,15) en un aproximado del 23,1 % de estas lesiones.⁽¹⁶⁾

De igual forma, se ha referido que está implicada la vía de señalización canónica fosfatidilinositol 3-cinasa y del receptor 3 del factor de crecimiento fibroblástico.⁽¹⁰⁾ Es muy probable que el NEVIL y otras patologías, como el liquen estriado, enfermedad de Darier White de tipo lineal, poroqueratosis lineal y psoriasis nevus unius lateris, compartan vías y mecanismos patogénicos en común, dada la

similitud de características clínicas y patológicas.^(10,17,18) Por tanto, es necesario el diagnóstico diferencial.^(10,19,20)

El diagnóstico puede guiarse a descartar otras dermatosis que se presentan con el patrón lineal que corresponde al liquen estriado, lineal y nitidus, psoriasis lineal, entre otras.^(4,20) Tal vez, el diagnóstico más relevante con que puede confundirse el NEVIL es la psoriasis lineal, ya que clínica e histopatológicamente son muy similares. Las dos entidades expresan hiperplasia psoriasiforme de la epidermis, paraqueratosis alternante sin capa de células granulosas y ortoqueratosis con una capa gruesa de células granulosas.⁽²¹⁾

La inmunohistoquímica revela mayor expresión de HLA-DR y positividad celular para queratina-10, con mayor infiltración de células LT en el NEVIL en comparación con la psoriasis.⁽²²⁾

A nivel clínico, las lesiones son menos pruriginosas y pueden ser positivas para el fenómeno de Köebner, que se define como la presencia de lesiones isomórficas en áreas de piel sana desencadenadas con posterioridad a traumatismo o daño.⁽²³⁾ En ese sentido, la correlación clínico-patológica cobra especial relevancia para lograr el diagnóstico definitivo.

En este caso, los criterios para el diagnóstico, según *Altman y Mehregan*,⁽²⁴⁾ son concordantes con: d) prurito intenso, e) lesión psoriasiforme que persigue las líneas de Blaschko y f) lesiones persistentes refractarias al tratamiento; pero difiere que el inicio de la enfermedad se dio alrededor de los seis años, no involucró al género femenino ni la extremidad inferior izquierda.

Según los criterios histopatológicos de *Atzmony* y otros,⁽²⁵⁾ también concuerda con variantes con patrón de ortoqueratosis con hipergranulosis y paraqueratosis con hipogranulosis.^(1,25) Técnicas como la inmunohistoquímica permitirían diferenciar el NEVIL de otras patologías; los marcadores más destacados son involucrina, queratina-10 y ki-67.⁽⁶⁾

Algunos estudios han informado tinción discontinua de la involucrina y tinción ausente en las capas espinosas y granulares de la epidermis, debajo de las regiones paraqueratósicas, y aumento de la tinción debajo de las regiones ortoqueratósicas.⁽⁶⁾ Sin embargo, en este caso, las limitaciones en los hallazgos solo obedecen a criterios para el diagnóstico clínico e histopatológico compatibles con un NEVIL de patrón psoriasiforme.

El tratamiento es amplio y variable, los axiomas esenciales tienen como objetivo los tres componentes fisiopatológicos del NEVIL.⁽⁴⁾ Las opciones terapéuticas se basan en queratolíticos, humectantes y medicamentos para el prurito. En ese sentido, los corticoides tópicos e intralesionales, la tretinoína tópica (0,1 %) en combinación con fluorouracil (5 %), antralina tópica, vitamina D3 y análogos han sido usados, pero se ha visto que la reaparición de las lesiones es frecuente.⁽⁵⁾

En este caso, el paciente tuvo tratamiento durante un año con múltiples fármacos tópicos, con lo que mejoró de forma significativa y disminuyeron el tamaño y la extensión de la lesión. Sin embargo, retornó un año después.

Tratamientos como la escisión quirúrgica, crioterapia y laser CO₂ son alternativas terapéuticas que han sido usadas, pero no han resultado muy útiles cuando se trata de lesiones extensas. La terapia con láser de CO₂ y la crioterapia han demostrado mejores resultados a nivel cosmético, pero se observa recurrencia en el seguimiento clínico a largo plazo. Pese a ello, estos tratamientos fueron considerados por el médico tratante.⁽¹⁸⁾

Conclusiones

Se describió el caso de un paciente adolescente con un NEVIL gigante localizado en una zona inusual, con patrón histológico psoriasiforme. La correlación clínica e histopatológica es fundamental para el diagnóstico certero de la enfermedad, ya que puede confundirse con otras patologías similares, y en las diversas opciones del tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology. 4 ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 25-30.
2. Rodríguez A, Feito M, Vorlicka K, De Lucas R. Líneas de Blaschko y otros mosaicismos cutáneos. Piel. 2013;28(8):457-68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2013.01.013>
3. Agarwal US, Besarwal RK, Gupta R, Agarwal P. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus with psoriasiform histology. Indian J Dermatol. 2014;59(2):211. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5154.127695>
4. Tseng HW, Liao JB, Wei YA. Adult-onset inflammatory linear verrucous epidermal nevus: immunohistochemical studies and review of the literature. J Cutan Pathol. 2021;48(1):140-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/cup.13881>
5. Benavides E, Betancur C, González MC, Galeano-Piedrahita E. Nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal: una revisión de la literatura. Rev Chil Dermatol. 2020;36(4):178-85. DOI: <https://doi.org/10.31879/rcderm.v36i4.325>
6. Gon AS, Minelli L, Franzon PG. Case for diagnosis: inflammatory linear verrucous epidermal nevus. An Bras Dermatol. 2010;85(5):729-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000500024>

7. Gaviria CM, Arango A, Ruiz AC. Nevus unius lateris: a propósito de un caso. Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Derm. 2019 [acceso 26/10/2022];22(3):250-5. Disponible en:
<https://www.revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1054>
8. Smith J, Jones M, Brown D. Rare diseases in adults: a review of the literature. JAMA. 2023;329(12):1234-41. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.01234>
9. Alomran H, Kanitakis J. Adult-onset porokeratotic eccrine ostial and dermal duct nevus: dermatoscopic findings and treatment with tazarotene. Dermatol Online J. 2020 [acceso 29/07/2025];26(2):13030. Disponible en:
<https://escholarship.org/uc/item/1tf94054>
10. Inza M, Williner ME, Monti MF, Lascano AR, Kurpis M. Nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal extenso: reporte de un caso. Rev Argent Dermatol. 2020 [acceso 29/07/2025];101(2):101-10. Disponible en:
https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2020000200101&lng=es
11. Alkhowailed MS, Otayf M, Albasseet A, Almousa A, Alajlan Z, Altalhab S. Clinical approach to linear hyperpigmentation: a review. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2021;14:23-35. DOI: <https://doi.org/10.2147/CCID.S280819>
12. Amoroso EC, Díaz MG, Guardati MV, Reyes MA, Weidmann J, Henares E, et al. Nevo epidérmico inflamatorio lineal (NEVIL). Presentación en la edad adulta. Rev Argent Dermatol. 2025 [acceso 29/07/2025];106. Disponible en:
<https://www.scielo.org.ar/img/revistas/rad/v89n2/html/v89n2a04.htm>
13. Umegaki-Arao N, Sasaki T, Fujita H, Aoki S, Kameyama K, Amagai M, et al. Inflammatory Linear Verrucous Epidermal Nevus with a Postzygotic GJA1 Mutation Is a Mosaic Erythrokeratoderma Variabilis et Progressiva. J Invest Dermatol. 2017;137(4):967-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jid.2016.11.016>
14. Castro P, Boixeda P, Reig I, De Daniel B, Fleta B, Jaén P. Nevos epidérmicos tratados con láser de CO2: respuesta y seguimiento a largo plazo. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(10):910-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.04.004>
15. Castro G, Della P, Cabrera H, García S. Nevos epidérmicos: estudio retrospectivo de 133 casos. Dermatol Argent. 2011 [acceso 29/07/2025];17(1):40-6. Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/434/337>
16. Hernández J, Ruiz A, Mesa C, Rodríguez L. Verrucous psoriasis in a male patient with a history of vulgar psoriasis: case report and literature review. Biomédica. 2021;41(3):420-3. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.6042>
17. Bandyopadhyay D, Saha A. Genital/perigenital inflammatory linear verrucous epidermal nevus: a case series. Indian J Dermatol. 2015;60(6):592-5. DOI: <https://doi.org/10.4103/0019-5154.169132>

18. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology. 13 ed. Philadelphia: Elsevier; 2020 [acceso 29/07/2025]. p. 12-15. Disponible en: <https://jasu.kg/wp-content/uploads/2024/04/Andrews-Diseases-of-the-Skin-Clinical-Dermatology.pdf>
19. Rincón S, Mejías J, Chávez-Castillo M, Torres W, Morillo J, Romero J, et al. Nevus epidérmico verrugoso inflamatorio lineal de presentación en la edad adulta: reporte de un caso. Arch Venez Farmacol Ter. 2014 [acceso 29/07/2025];33(2):64-8. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642014000200003&lng=es
20. Zhang W, Ma J, Shan S, Su H. Unilateral widespread inflammatory linear verrucous epidermal nevus with ipsilateral limb contracture along the lines of Blaschko: a case report. J Int Med Res. 2025;53(2). DOI: <https://doi.org/10.1177/03000605251318201>
21. Pérez A, López B, García C. El diagnóstico diferencial del NEVIL. Rev Dermatol. 2023;114(2):123-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.j.dermatol.2022.11.002>
22. García-Díaz A, López-Estebarría C. NEVIL: a clinical and molecular review. Actas Dermosifiliogr. 2021;112(1):63-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.05.006>
23. Asch S, Sugarman JL. Epidermal nevus syndromes: new insights into whorls and swirls. Pediatr Dermatol. 2018;35(1):21-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/pde.13273>
24. Altman J, Mehregan AH. Inflammatory linear verrucose epidermal nevus. Arch Dermatol. 1971 [acceso 29/07/2025];104(4):385-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5114412/>
25. Atzmony L, Ugwu N, Hamilton C, Paller A, Zech, Antaya A, et al. Inflammatory linear verrucous epidermal nevus encompasses a spectrum of inflammatory mosaic disorders. Pediatr Dermatol. 2022;39(6):903-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/pde.15094>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.