

## MELANOCITOSIS ÓCULO-DÉRMICA DE OTA

Karen Isabel Vega Villanueva<sup>1</sup>, Katiuzka Zúñiga Corrales<sup>2</sup>.

1: Médico Residente 4to año Inmunología y Reumatología, Hospital Cayetano Heredia; Universidad Peruana Cayetano Heredia.

2: Médico Asistente del Servicio de Inmunología y Reumatología, Hospital Cayetano Heredia; Universidad Peruana Cayetano Heredia.



Mujer de 38 años, sin antecedentes de importancia que acude a consultorio refiriendo artralgias en ambas manos de 2 meses de evolución, sin asociarse rigidez matutina ni limitación a la movilización. Al examen físico llama la atención la presencia de coloración grisácea en piel de párpados inferiores y en borde nasal bilateral, además presenta escleras con máculas grisáceas/azulada. Niega dolor en lesiones dérmicas de rostro, las cuales según refiere aparecieron durante su niñez. No tuvo historia de Raynaud y no se demostró sinovitis al examen. Se descartó que cuadro por el que la paciente consultaba era reumatológico y se interconsultó a la especialidad de Dermatología, quienes concluyeron

que presencia de compromiso cutáneo era compatible con una *melanocitosis óculo-dérmica de Ota*.

La melanocitosis óculo- dérmica de Ota es una condición benigna caracterizada por la hiperpigmentación de la piel periocular, la esclerótica y otros tejidos oculares, debido a la proliferación de los melanocitos (melanosis) en el mesodermo. Fue descrita por primera vez por el médico japonés Masao Ota en el año 1939 con el nombre de “*nevus fuscocoeruleus maxillofacialis*”.

Clínicamente se evidencia una coloración gris azulada o marrón de la piel localizada siguiendo la distribución de la primera y segunda ramas del nervio trigémino. Mayormente suele ser unilateral, aunque también puede ser bilateral hasta en un 5% de los casos. La esclera de la hemicara comprometida presenta una coloración azulada irregular. Dentro de sus diagnósticos diferenciales podemos mencionar: Melanosis oculi y escleromalacia.