

阴阜局限型线状表皮痣1例

张颖¹, 王芳芳², 任聪³, 李炳旻^{1*}

¹解放军总医院第四医学中心皮肤科, 北京 100048; ²北京卫戍区驻京局海淀第五十五离职干部休养所, 北京市 101199;
³重庆医科大学第二临床医学院, 重庆市 400016

摘要: 23岁男性患者, 阴阜褐色增生性斑块20余年, 自小既有, 缓慢增大, 无自觉症状。皮肤科查体: 阴阜部可见线状分布、大小约5cm×1cm的集簇性疣状角化性褐色丘疹, 边界清晰。醋白试验阴性, HPV检测阴性。组织病理示: 表皮角化过度, 棘层肥厚呈乳头瘤样增生, 基底层色素增加。诊断: 表皮痣。手术切除, 随访3月无复发。本文对表皮痣的病因、临床特征及组织病理学表现进行了讨论, 并重点与Bowen样丘疹病、尖锐湿疣及扁平苔藓等发生于生殖器部位的线状皮损进行鉴别诊断。最后, 总结了包括手术切除、激光、冷冻及光动力疗法在内的多种治疗策略及其各自的适应症与局限性。

关键词: 表皮痣, 疣状痣, 线状分布

A case of epidermal nevus

Ying Zhang¹, Fangfang Wang², Cong Ren³, Bing-min Li^{1*}

¹Department of Dermatology, the fourth medical center of PLA General Hospital, Beijing 100048, China; ²The 55th retirement of Haidian district affiliated to Beijing Garrison, Beijing 101199, China; ³The Second Clinical School of Medicine, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China

Abstract: A 23-year-old male patient with brown hyperplastic plaques on his veneris mon for more than 20 years, which had been present since childhood and gradually increased without conscious symptoms. Dermatological condition: The plaque was 5cm×1cm in size, made of a cluster of verrucous keratinized brown papules which presents linear distribution and clear boundary. Negative for vinegar, negative for HPV. Histopathological findings showed hyperkeratosis of the epidermis, papillomatous hyperplasia of the spinous layer and increased basal pigment. Diagnosis: epidermal nevus. There was no recurrence after 3 months of follow-up. In this article, we discussed the etiology, clinical features, and histopathological manifestations of epidermal nevus, with a particular focus on its differential diagnosis from linear lesions occurring in the genital area, such as bowenoid papulosis, condyloma acuminatum, and lichen planus. Finally, we summarized various treatment strategies—including surgical excision, laser therapy, cryotherapy, and photodynamic therapy—along with their respective indications and limitations.

Keywords: epithelial nevus, verrucous nevus, linear distribution

1. 病例资料

患者, 男, 23岁, 因“阴阜褐色增生性斑块20余年”于2024年8月于我科就诊。患者称自幼阴阜处即有一枚肤色扁平丘疹, 后逐渐增多, 颜色变为深褐色。无疼痛、瘙痒等不适。未予诊治。既往体健, 否认类似疾病家族

史。体格检查: 系统查体未见异常。皮肤科查体: 阴阜部可见线状分布的, 集簇性疣状角化性褐色丘疹, 表面呈颗粒状, 无明显鳞屑附着。皮损大小约5cm×1cm, 边界清晰(图1A)。辅助检查: 皮肤镜检查可见褐色分叶状疣状增生, 表面可见粟粒样囊肿(图1B)。醋白试验阴性; HPV检测阴性。皮肤病理检查: 表皮角化过度, 棘层肥厚呈乳头瘤样增生, 基底层色素增加(图2)。诊断: 局限型线状表皮痣。治疗: 手术切除, 术后随访3月无复发。

收稿日期: 2025-10-18; 修回日期: 2026-3-21

基金项目: 北京市自然科学基金 - 昌平创新联合基金 (L254071)

*通讯作者/Corresponding author: 李炳旻/Bing-min Li, E-mail: libingmin09@163.com

2. 讨论

表皮痣亦称疣状痣, 是一种良性的皮肤错构瘤, 发病率约为1~3%, 无性别、种族差异⁽¹⁾。文献报道的相关基

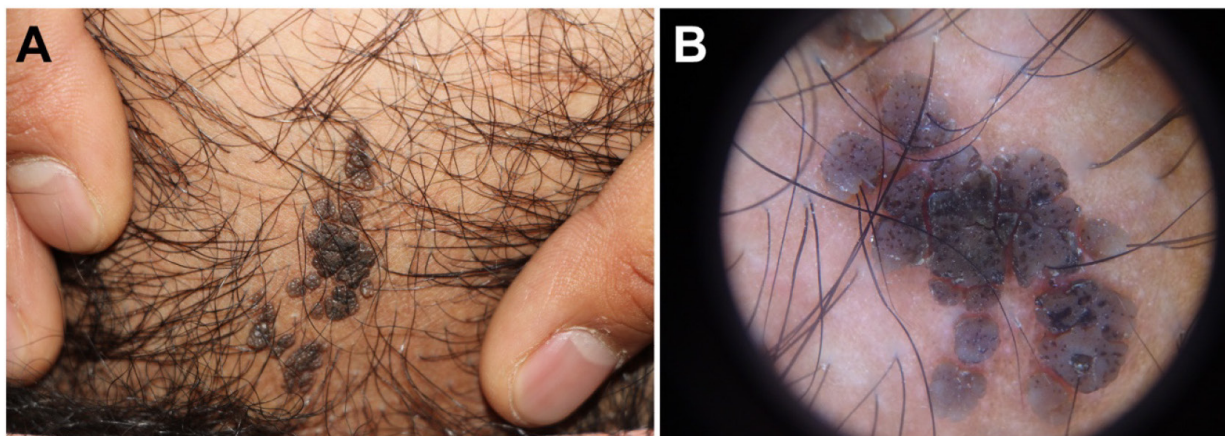


图1. 临床表现及皮肤镜检查结果。(A) 阴阜部线状分布的、集簇性疣状角化性褐色丘疹，大小约5cm×1cm，边界清晰。(B) 褐色分叶状疣状增生，表面可见粟粒样囊肿。

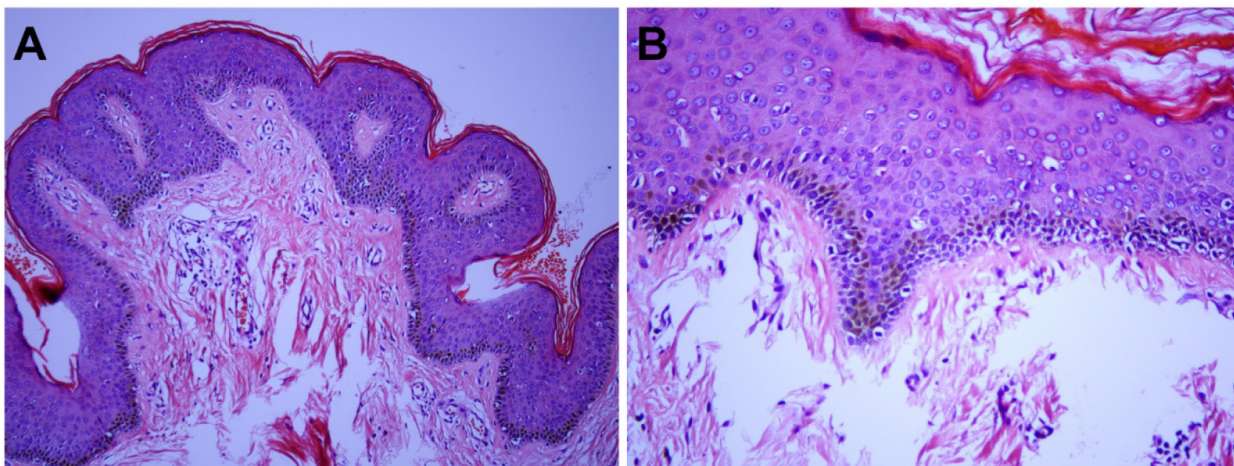


图2. 皮肤病理结果。(A) 表皮角化过度，棘层肥厚呈乳头瘤样增生 (×100)，(B) 基底层色素增加 (×200)。

因突变包括FGFR3、PIK3CA、HRAS、KRAS和NRAS等⁽¹⁾。表皮痣通常在患者出生时或幼儿时期即出现，青春期增长迅速，逐渐增长形成沿Blaschko线分布的肤色至深褐色融合性丘疹或斑块。虽然大多数表皮痣为孤立存在的良性皮肤肿物，亦有部分可伴发系统损害，统称“表皮痣综合征”。典型的表皮痣的组织学改变为累及角质层的表皮增生，可表现为角化过度、棘层肥厚和乳头瘤样增生。治疗方面，若皮损较小，可考虑手术切除。对于切除困难的病例，也可尝试激光治疗、冷冻治疗、光动力治疗等。Alkhalifah⁽²⁾等对文献报道的表皮痣激光治疗的案例进行回顾分析，结果发现对于23例采用二氧化碳激光或者铒光激光治疗的表皮痣患者，18例（78%）在治疗后症状得到明显改善。在改善的病例中，有7例（39%）在随访过程中报告复发，有6例（33%）在治疗后留下瘢痕。Peng⁽³⁾等报道，采用表皮磨削结合光动力疗法对于表皮痣具有良好疗效。

本病根据典型临床表现及组织病理学结果不难诊断，但需与以下疾病鉴别：①Bowen样丘疹病：发生于生殖器部位的褐色扁平丘疹，与HPV16感染有关。可散在分布，或群集排列呈线状、环状。典型病理表现为表皮层

细胞排列紊乱，可见异型细胞及核分裂象⁽⁴⁾。需要注意的是，部分Bowen样丘疹病皮损也可呈线状排列，与线状表皮痣相似，但前者通常病程较为静止，且组织学上存在明显异型性，可与表皮痣进行区分。②尖锐湿疣：由HPV感染引发的性传播疾病，好发于性活跃人群。疣体形态可分为丘疹型、乳头型、菜花型、鸡冠型、蕈样型；醋白试验阳性。典型病理表现可见角化过度、角化不全，表皮上方可见挖空细胞，真皮乳头瘤样增生⁽⁵⁾。但尖锐湿疣通常不具备沿Blaschko线分布的特点，且HPV检测可协助鉴别。③扁平苔藓：好发于皮肤、粘膜部位的瘙痒性、炎症性疾病，初起为扁平多角形小丘疹，呈暗紫色，典型皮损表面有Wickham纹，可见Koebner现象。典型病理表现为真皮表皮交界处界面皮炎及真皮层带状炎细胞浸润⁽⁶⁾。需注意少数线状扁平苔藓皮损可呈线状排列，但其病理上无乳头瘤样增生，而有明显的淋巴细胞浸润带，可与表皮痣区别。此外，对于非典型病例，特别是发生在特殊部位（如颜面、关节屈侧）或合并系统症状时，还应考虑与其他错构瘤类疾病或遗传性综合征相鉴别，必要时进行基因检测以明确诊断。

在治疗方案的选择上，需综合考虑皮损大小、部位、

形态及患者意愿等因素。手术切除适用于局限性、面积较小的皮损，可实现完整切除并送病理检查，但位于面部或关节等特殊部位时需注意美容和功能影响，且大面积切除可能需植皮，存在瘢痕形成的风险。二氧化碳激光和铒激光等剥脱性激光适用于范围较广或手术切除困难者，治疗深度可控，但对操作者技术要求高，术后可能出现色素沉着、色素脱失及复发风险⁽²⁾。非剥脱性点阵激光对表皮损伤小、恢复快，但可能需要多次治疗，且对较厚皮损效果有限。冷冻治疗操作简便、成本低，适用于浅表、小范围皮损，但易导致水疱、色素改变，且复发率较高。光动力疗法尤其适用于疣状增生明显或角化显著的皮损，可联合表皮磨削术提高疗效⁽³⁾，但治疗次数多、费用较高，患者可能出现局部红肿、疼痛等反应。因此，个体化治疗方案制定时应充分评估各种治疗的适应症与局限性，并与患者进行充分沟通。

利益冲突：所有作者均声明不存在利益冲突。

致谢：无。

作者贡献声明：无。

参考文献

1. Waldman AR, Garzon MC, Morel KD. Epidermal nevi: What is new. *Dermatol Clin*. 2022;40:61-71.
2. Alkhalifah A, Fransen F, Le Duff F, *et al*. Laser treatment of epidermal nevi: A multicenter retrospective study with longterm follow-up. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83:1606-1615.
3. Peng L, Li Y, Jiang Z, *et al*. Superficial shaving combined with photodynamic therapy for treating verrucous epidermal nevi: A case report. *Photodiagnosis Photodyn Ther*. 2023;42:103333
4. Camayo TV, Zaouak A. Bowenoid Papulosis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
5. Leslie SW, Sajjad H, Kumar S. Genital Warts. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
6. Arnold DL, Krishnamurthy K. Lichen Planus. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.

引用本文 / Article Citation:

张颖, 王芳芳, 任聪, 李炳旻. 阴阜局限型线状表皮痣1例. *医学新视角*. 2026;3(1):51-53. doi:10.15262/npjm.2025.02055

Ying Zhang, Fangfang Wang, Cong Ren, Bing-min Li. A case of epidermal nevus. *The New Perspectives Journal of Medicine*. 2026;3(1):51-53. doi:10.15262/npjm.2025.02055