

Patrones dermatoscópicos en los nevus melanocíticos

Patterns dermatoscopics in the nevus melanocíticos

Dra. Meilyn Fernández Martori,^I Dra. Yisel Piña Rodríguez,^{II} Dra. Yoandra Seara Govea ^{III}

^I Policlínico Universitario Carlos J. Finlay. Colón, Matanzas, Cuba

^{II} Hospital Provincial Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

^{III} Policlínico Calimete. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Los nevus melanocíticos son la neoplasia más frecuente en la especie humana. La atipicidad clínica y dermatoscópica es un signo de alerta a tener en cuenta en las consultas de dermatología. Se presentan tres casos de la consulta de dermatoscopía en la provincia de Matanzas. La dermatoscopía mostró que la mayoría de los nevus catalogados como de alto riesgo por la clínica resultaron de bajo riesgo por dermatoscopía, por lo que es útil para el seguimiento del paciente pediátrico disminuyendo el número de cirugías y el peligro que estas representan. Contribuye a reforzar patrones dermatoscópicos establecidos o facilitar nuevos aportes.

Palabras claves: dermatoscopía, nevus melanocíticos.

ABSTRACT

The melanocitic nevus is the most frequent neoplasia in the human species. The clinical atipicidad and dermatoscopic are a sign of alert to keep in mind in the dermatology consultations. Three cases of the dermatoscopic consultation are presented in the county of Matanzas. The dermatoscopic showed that most of the

nevus classified as of high risk for the clinic were of low risk for dermatoscopy, for what is useful for the pediatric patient's pursuit diminishing the number of surgeries and the danger that these they represent. It contributes to reinforce patron established dermatoscopics or to facilitate new contributions.

Key Words: dermatoscopic, melanociticos nevus.

INTRODUCCIÓN

La dermatoscopía ha sido desarrollada fundamentalmente para el estudio de lesiones melanocíticas aunque se utiliza para otras lesiones pigmentadas o no.¹ Se han descrito patrones dermatoscópicos para los nevus melanocíticos congénitos, adquiridos (juntural, compuesto y dérmico), atípicos y para otros variantes, entre ellos: Spilus, Spitz, Reed, de Sutton y otros.^{2,3} Al igual que la clínica la dermatoscopía de los nevus melanocíticos congénitos (NC) es muy variada, y puede ser abigarrada y de difícil valoración. Los NC de tamaño pequeño y mediano son clínica y dermatoscópicamente homogéneos, mientras que los grandes son muchas veces heterogéneos y presentan múltiples islas de colores y una topografía irregular; sin embargo, cada islote suele ser bastante similar. Se puede observar en ellos patrones: reticulado, globular, retículo-globular, de pigmentación marrón difusa y multicomponente; en caso de corresponder a éste último patrón requiere un seguimiento clínico estricto con dermatoscopía o una escisión profiláctica. En los nevus melanocíticos adquiridos, en el de la unión o juntural el patrón más frecuente es el reticular, en el compuesto el globular y en el intradérmico es multicomponente con ausencia de red pigmentaria y presencia de vasos gruesos (>0,1mm), levemente curvos y poco ramificados, así como quistes de milium y tapones cónicos.^{1,2,4} En los nevus atípicos, en ocasiones difíciles de diferenciar de un melanoma, Hofmann *et al* han propuesto una clasificación dermatoscópica con el objetivo de establecer modelos estandarizados para el manejo de estos pacientes de elevado riesgo y los clasifica en patrón de benignidad (reticulado: difuso, en parches, periférico con hiper/hipopigmentación central y PRP (Patrón reticulado periférico) con glóbulos uniformes en el centro y de malignidad con múltiples hallazgos de atipia: pigmentación pseudocicatricial, proyecciones/pseudópodos, velo azul-gris, regresión azul-gris y presencia de cinco o más colores.⁵ De las variantes de nevus, el de Spitz es la alerta roja por su similitud con el melanoma y puede observarse con patrón reticular, globular, en estallido de estrellas, homogéneo y atípico; ésta variante tiene semejanza con el melanoma por presencia de vasos puntiformes, proyecciones, asimetría y policromía.^{1,6,7,8} Cada día se hace necesario el conocimiento de los parámetros dermatoscópicos de los nevus para aumentar la especificidad diagnóstica y disminuir las exéresis innecesarias o pasar por alto aquellas de elevado riesgo. Con el objetivo de exponer los patrones dermatoscópicos de algunos nevus y exemplificar tres casos que exponen la experiencia de la consulta de dermatoscopía de Matanzas se realiza la actual investigación.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1

Adolescente de 12 años, femenina, que acude a consulta por crecimiento de un nevus adquirido localizado en el cuero cabelludo acompañado de prurito.

Clínica: Lesión tumoral en forma de giba de 1 cm, bordes irregulares, de color amarillento, superficie lisa, cubierta por algunos pelos.

Diagnóstico: Nevus epidérmico

Dermatoscopía: Red pigmentaria incompleta, áreas amarillentas sin estructuras y glóbulos escasos.

Diagnóstico: Nevus Melanocítico Adquirido Compuesto

Histopatología: Nevus compuesto [Fig. 1](#)



Fig. 1. Lesión clínica y dermatoscópica. Nevus compuesto.

Caso 2

Niño de 10 años, masculino, que es traído por pigmentación, crecimiento y prurito de un nevus adquirido localizado en la espalda.

Clínica: Lesión tumoral, redondeada de 0.8 cm, regular, de color negro-azulada, brillante, superficie lisa. ID: Nevus azul /Melanoma.

Dermatoscopía: Lesión simétrica con pigmentación central homogénea regular (glóbulos), patrón azul homogéneo periférico o velo azul gris.

Impresión diagnóstica: Nevus de Spitz, Nevus combinado o Nevus azul atípico.

Histopatología: Nevus de Spitz [Fig. 2](#)



Fig. 2. Lesión clínica y dermatoscópica. Nevus Spitz.

Caso 3

Adolescente de 12 años, femenina, con múltiples nevus y crecimiento de uno de ellos localizado en la espalda.

Clínica: Lesión tumoral, ovalada, de 0,9x0,8 cm, en forma de huevo frito con pigmentación central y bordes regulares.

Impresión diagnóstica: Nevus Atípico

Dermatoscopía: Estructuras exofíticas, múltiples vasos en coma, quistes de milium y glóbulos.

Impresión diagnóstica: Nevus Melanocítico Adquirido Intradérmico.

Histopatología: Nevus celular [Fig. 3](#)



Fig. 3. Lesión clínica y dermatoscópica. Nevus Melanocítico adquirido intradérmico o celular.

DISCUSIÓN

Los nevos melanocíticos adquiridos son colecciones de células névicas a varios niveles y en dependencia de esta disposición es que surge su clasificación. Sin embargo muchos autores suponen que son estadios evolutivos distintos de un mismo proceso cuya historia natural clínica se corresponde con su evolución histopatológica. En los nevus compuestos, (caso 1) los cuales tienen nidos tanto en la unión dermoepidérmica (UDE) como en la dermis superficial, el patrón dermatoscópico característico es el globular. Es frecuente observar en el centro de la lesión un componente dérmico con glóbulos o patrón empedrado o incluso áreas despigmentadas de carácter papilomatosa y en periferia el componente juntural con retículo pigmentado como es el caso que se describe dada por las áreas amarillentas desestructuradas con vestigios de una red pigmentaria que es el sello que nos identifica la ubicación tanto en la UDE como en la dermis, lo que correspondió con la histología.^{1,2}

Descrito por Sophie Spitz quien lo denominó melanoma juvenil, el nevus de Spitz (caso 2) es una lesión absolutamente benigna puede confundirse histológicamente con un melanoma y al revés algunos melanomas pueden simular un Nevus de Spitz. Es más frecuente en niños y adultos jóvenes.⁹ Se han descrito 3 variedades clínicas (pigmentada, queloidea y agminata) y 6 patrones dermatoscópicos (reticulado, globular simétrico, homogéneo, en estallido de estrellas, atípico y reticular negativo).^{1,7,8} La variedad pigmentada puede confundirse con el nevus azul que fue el diagnóstico clínico en este caso, pero la dermatoscopía aportó una lesión simétrica, de bajo riesgo, homogénea con un tinte azul grisáceo, que por su límite tan definido traducía benignidad corroborado con la histología. Sin embargo las características dermatoscópicas no corresponden a los patrones descritos, pues el patrón homogéneo es característico de los nevus de Spitz hipopigmentados y no es el caso. En el patrón globular simétrico los glóbulos están en la periferia y existe un área central homogénea marrón o un velo azul-blanquecino con distribución inversa a lo presentado. El patrón azul difuso homogéneo pero con ausencia de otras estructuras en su interior caracterizan el nevus azul aunque en ocasiones puede presentar áreas ovoides pigmentadas, proyecciones azul-grisaceas en periferia o áreas hipopigmentadas.

Picolo *et al*¹ observaron la evolución secuencial de los nevus de Spitz en adolescentes, desde un patrón globular inicial al patrón en estallido de estrellas y finalmente la desaparición de éste, quedando una hiperpigmentación central homogénea. Al no disponer un modelo evolutivo bien definido de los nevus de Spitz podemos contribuir en este caso otro patrón dermatoscópico comprobado histopatológicamente que necesita de estudios posteriores que avalen el mismo. No obstante ante tal circunstancia su conducta es la exéresis por el riesgo de un melanoma.

El nevus atípico parece ser un marcador de riesgo para el paciente más que una lesión de riesgo en sí misma. La definición de nevus atípico debe ser exclusivamente dermatopatológica, ya que en general no se observa una buena correlación clinicopatológica¹⁰ y es lo que sucedió en este paciente: en la clínica mostraba una imagen en huevo frito, con asimetría de color y más de 5 mm, que al realizar dermatoscopía evidenciaba un patrón de un nevus dérmico (caso 3) con la presencia de estructuras exofíticas, múltiples vasos en coma, quistes de milium y glóbulos, lo que se corroboró con la histología. El uso de la técnica permitió tener una conducta menos agresiva, evitando los riesgos de una cirugía innecesaria.

Aunque existen estudios que establecen una correlación significativa entre la atipia clínica y la histológica otros estudios más recientes demuestran cómo ésta correlación es en muchos casos controvertida.¹⁰ Morales *et al*, analizaron la concordancia clínica, dermatoscópica e histológica de 200 lesiones melanocíticas y concluyeron que la asimetría y el diámetro no pueden considerarse parámetros fidedignos a la hora de diferenciar entre nevus melanocítico atípico y de uno sin atipia, concluyendo que la concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico es más baja que la concordancia entre los diagnósticos dermatoscópico e histológico que es mayor.¹⁰ Los nevus intradérmicos son benignos, no cuentan con actividad del límite de la unión dermoepidérmica visible en la ausencia de la red pigmentaria, y de comportarse con ese patrón ofrece serenidad al dermatoscopista que sigue el caso. Estos reportes demuestran la utilidad de la dermatoscopía y refuerzan estudios anteriores en ésta temática de reciente abordaje; aunque se exhibe un patrón dermatoscópico que no coincide con lo publicado en el nevus de Spitz, éste puede justificarse si el mismo se halla en una fase evolutiva de un patrón ya establecido o realmente pudiera formar parte de un nuevo modelo que necesita de estudios posteriores que lo avalen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrera C, Zaballos P, Puig S, Malbeh J, Mascaró-Galy JM, Palou J, *et al*. Correlación histológica de los parámetros dermatoscópicos, lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y criterios dermatoscópicos de los nevus melanocíticos. *Med Cutan Iber Lat Am*.2004;32(2):47-60.
2. García R. Lesiones pigmentadas cutáneo-mucosas de alto riesgo dermatoscópico. Protocolo Asistencial. Hospital "Hermanos Amejeiras". La Habana; 2012.
3. Zalaudek I, Docimo G, Argenziano G. Using dermoscopic criteria and patient-related factors for the management of pigmented melanocytic nevi. *Arch Dermatol*.2009;145(7):816-26.

4. Kim JK, Nelson K. Dermoscopic features of common nevi: a review. *G Ital Dermatol Venereol.* 2012; 147(2): 141-8.
5. Gargantini G, León A, Duprat J. Dysplastic nevus (atypical nevus). *An Bras Dermatol.* 2010; 85(6).
6. Ferrara G, Zalaudek I, Savarese I, Scalvenzi M, Argenziano G. Pediatric Atypical Spitzoid Neoplasms: A Review with Emphasis on 'Red' ('Spitz') Tumors and "Blue" ('d Tumors). *Dermatology.* 2010; 220: 306-10.
7. Uraga E, Briones MC, Garcés JC, Uraga MV. Nevo de Reed. Diagnóstico dermatoscópico de un caso. *Rev Dermatol Ecuat.* 2007; 4(2).
8. Malvehy J, Puig S, Braun RP, Marghoob AA, Kopf AW. *Manual de Dermatoscopía.* Barcelona; 2002.
9. Ribera M. Nevus Melanocíticos. En: Fonseca E. *Dermatología Pediátrica.* Madrid: Editorial Aulas Médicas. 1999: 981-1071.
10. Morales AM, Castrodeza J, Martínez G, Peral I, Miranda A. Estudio de correlación clínica, dermatoscópica e histopatológica de nevus melanocíticos atípicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99: 380-9.

Recibido: enero de 2014.

Aprobado: mayo de 2014.

Dra. *Meilyn Fernández Martori.* Especialista de I Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Policlínico Universitario Carlos J. Finlay. E-mail: fmeilyn.mtz@infomed.sld.cu