



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reportes de caso

Nevus azul celular parotídeo, una tumoración inusual

Parotid cellular blue nevi, an unusual mass

Esteban Reig Montaner*, Iván Doménech Máñez*, Natalia Gordillo Gayo*, Mayra Botero Vargas*,
Marta Faubel Serra*

Esteban Reig Montaner ORCID: 0000-0002-4883-9628

Iván Doménech Máñez ORCID: 0000-0002-9796-1312

Natalia Gordillo Gayo ORCID: 0000-0002-9123-6048

Mayra Botero Vargas ORCID: 0000-0002-3719-684X

Marta Faubel Serra ORCID: 0000-0002-9598-1096

* Servicio de ORL-CCC del Hospital General Universitario de Castellón. Castelló de la Plana, Castelló, España.

Forma de citar: Reig-Montaner E, Doménech-Máñez I, Gordillo-Gayo N, Botero-Vargas M, Faubel-Serra M. Nevus azul celular parotídeo, una tumoración inusual. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2022; 50(3): 207-210. DOI.10.37076/acorl.v50i3.603

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 02 de Marzo de 2021

Evaluado: 26 de Agosto de 2022

Aceptado: 06 de Septiembre de 2022

Palabras clave (DeCS):

Nevus azul celular, nevus azul parotídeo

RESUMEN

Introducción: el nevus azul celular es una tumoración melanocítica dérmica benigna. En ocasiones, puede ser falsamente diagnosticada como lesiones malignas, entre ellas, el melanoma. **Caso clínico:** se trata de una mujer de 37 años que presentó una masa parotídea izquierda de cuatro meses de evolución correspondiente con un nevus azul celular. **Discusión:** la región de la cabeza y cuello es la tercera en frecuencia, tras la sacrococcígea y las extremidades. Ante una tumoración melanocítica, es importante la confirmación diagnóstica, debido a las similitudes, tanto clínicas como anatomopatológicas, del nevus azul celular con el melanoma maligno. **Conclusiones:** es muy importante el diagnóstico diferencial correcto, para lo cual es de ayuda el uso de las tinciones inmunohistoquímicas. El tratamiento de esta tumoración es la exéresis quirúrgica con márgenes, esto presenta un comportamiento benigno y baja tasa de recidiva.

Correspondencia:

Esteban Reig Montaner

Email: esteban.reig17@gmail.com

Dirección: C/ Pasaje Lombard, 7 piso 4 puerta B. Gandia (46702). Valencia, España.

Teléfono: +0034628010441

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Cellular blue nevi, parotid blue nevi.

Introduction: Cellular blue nevi is a benign dermal melanocytic tumor. Occasionally, it can be falsely diagnosed as malignant lesions, including melanoma. **Clinical case:** This is a 37-year-old woman who presented with a left parotid mass of four months of evolution, corresponding with a cellular blue nevi. **Discussion:** The region of the head and neck is the third in frequency, after the sacrococcygeal and the extremities. During the study of a melanocytic tumor, diagnostic confirmation with a biopsy is important, due to the similarities, both clinical and pathological, of cellular blue nevi with malignant melanoma. **Conclusions:** the correct differential diagnosis is very important, for which immunohistochemical study is helpful. The treatment of this tumor is the surgical excision with margins, presenting benign behaviour and low recurrence rate.

Introducción

El nevus azul celular es una variante poco frecuente del nevus azul, que puede confundirse con el nevus azul maligno o el melanoma maligno. Generalmente, aparece en gente joven menor de 40 años (1).

Debido a la escasa casuística y que los artículos publicados son casos clínicos o series de pocos casos, no es posible establecer una prevalencia y una incidencia certera de la enfermedad.

Presentamos el caso de una paciente con un nevus azul celular parotídeo con lesiones satélites, con una variante y localización muy poco frecuentes. Planteamos las dificultades del diagnóstico diferencial y revisamos la literatura.

Caso clínico

Mujer de 37 años sin antecedentes médicos de interés. Consulta por tumoración parotídea izquierda de cuatro meses de evolución y crecimiento progresivo. No asocia otra sintomatología.

En la exploración física se observó una tumoración a nivel parotídeo izquierdo, de contornos bien definidos y consistencia elástica de 2 cm de diámetro. El resto de la exploración otorrinolaringológica fue normal. Se solicitó una biopsia con aguja gruesa (BAG) de la tumoración y tomografía computarizada (TC).

El estudio anatomopatológico fue compatible con un melanoma fusocelular, siendo los marcadores melánicos HMB-45++, MELAN A++, S-100-, MITF-.

La TC cervical informó de una lesión sólida y con captación de contraste en el lóbulo profundo parotídeo izquierdo, de bordes mal definidos, que midió 1,8 x 2 x 2,3 cm en ejes anteroposterior, transverso y craneocaudal, respectivamente. En el nivel II cervical izquierdo se observó una adenopatía intraparotídea de 1,1 cm, acompañada de otras adenopatías de menor tamaño.

Ante los hallazgos de las pruebas complementarias, se decidió realizar una parotidectomía total y un vaciamiento ganglionar funcional del área II cervical. Durante la cirugía, además de la tumoración principal, se observaron numerosos



Figura 1. TC coronal donde se visualiza la lesión sólida de bordes irregulares en el lóbulo profundo de la parótida izquierda. Imagen tomada del TC preoperatorio de la paciente. El asterisco (*) señala la tumoración. Tumoración sólida parotídea izquierda.

implantes (satelitos) localizados medial al lóbulo profundo parotídeo en la inserción del vientre posterior del digástrico, inserción mastoidea del esternocleidomastoideo y en el masetero.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informó de una lesión muy pigmentada, con nódulos negruzcos en el tejido graso periglandular. Se identificaron células névicas, sin atipias y sin afectación epidérmica junto a los melanófagos. Dicha proliferación melanocítica se constituye de fascículos de células con citoplasma claro y diferenciación schwanniana y se acompaña de células fusiformes dendríticas y de numerosos melanófagos. Se introducen por los tractos conectivos y el tejido graso y rodean las estructuras neurovasculares. No se observó necrosis ni pleomorfismo. Las mitosis eran escasas, sin formas atípicas y con un índice Ki67 muy bajo.

El estudio inmunohistoquímico informó de HMB45, Melan A, S100, P16 y MITF positivos; por el contrario, CD34, B catenina negativos.

Se planteó el diagnóstico diferencial entre el melanoma maligno, el nevus azul celular y el hamartoma neurocrístico, siendo el diagnóstico final de nevus azul celular BRAF y NRAS negativos.

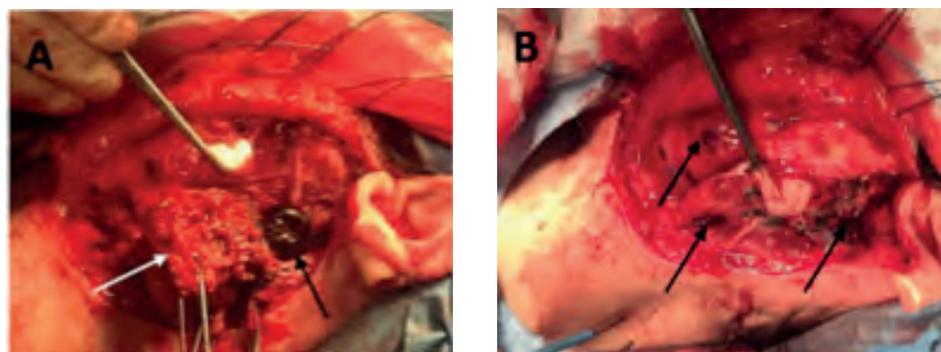


Figura 2. Imagen intraoperatoria. A. Se realizó el colgajo dermoplastismal y se visualiza el lóbulo superficial parotídeo elevado con tumoración en profundidad, que se encuentra sobre el lóbulo profundo parotídeo izquierdo. Una flecha negra señala la tumoración principal; una flecha blanca señala el lóbulo superficial parotídeo. B. Restos de implantes en el lecho quirúrgico que se visualizan como material negrozco. Varias flechas negras señalan las satelitosis. Las imágenes se obtuvieron durante el tratamiento quirúrgico. Imágenes intraoperatorias del tratamiento quirúrgico.

Discusión

El nevus azul es una proliferación melanocítica dendrítica dérmica benigna, congénita o adquirida, que puede simular lesiones melanocíticas o no, incluida el melanoma. El término lo utilizó Jadassohn para describir las lesiones azules de la piel y fue descrito por primera vez en la bibliografía por Max Tièreche en 1906 (2).

El nevus azul celular es más frecuente en mujeres y aparece mayoritariamente en la región glútea y sacrocoxígea; seguido de las extremidades y la región de la cabeza y el cuello (3). Dentro de esta región, el cuero cabelludo es la región más afectada, seguida de la mucosa oral, no siendo descrito hasta la fecha en la glándula parotídea (4).

El nevus azul celular es una variante poco frecuente del grupo nevus azul, que puede ser confundida con el nevus azul maligno (5). Estas lesiones son de pronóstico incierto, si bien la mayoría han seguido un curso clínico benigno tras la escisión. Ante la sospecha o la franca falta de correlación entre estos datos, la escisión quirúrgica es obligatoria (6, 7).

Son frecuentes los implantes peritumorales o las lesiones satélites y pueden deberse a la capacidad de dicha tumoración de progresar a través de los tractos conectivos, perivasculares y el tejido graso (8, 9).

En el diagnóstico diferencial es importante descartar como primera entidad el melanoma maligno (6), seguido del hamartoma neurocrístico, para lo que es útil el CD34, el cual es positivo en el hamartoma y negativo en el nevus azul (10).

Conclusiones

El nevus azul celular es una tumoración muy infrecuente, el mayor desafío lo presenta el diagnóstico diferencial con el melanoma maligno (5). En el estudio de esta masa se debe realizar una biopsia y un TC cervical. Si cabe, es de gran importancia el estudio inmunohistoquímico, que dará el diagnóstico de certeza (10).

Pese a que no hay ensayos clínicos asignados al azar que aconsejen el tratamiento óptimo, el manejo se basa en la exé-

resis con márgenes y seguimiento clínico, por la posibilidad de recidiva y la baja posibilidad de conversión en nevus azul maligno (7).

Se precisan de ensayos clínicos asignados multicéntricos que otorguen unas pautas con mayor evidencia científica sobre el manejo de esta patología muy poco incidente.

Declaración de conflicto de intereses

Ninguno.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, comercial o entidades sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS

1. Murali R, McCarthy SW, Scolyer RA. Blue nevi and related lesions: a review highlighting atypical and newly described variants, distinguishing features and diagnostic pitfalls. *Adv Anat Pathol*. 2009;16(6):365-82. doi: 10.1097/PAP.0b013e3181bb6b53.
2. Zembowicz A, Phadke PA. Blue nevi and variants: an update. *Arch Pathol Lab Med*. 2011;135(3):327-36. doi: 10.1043/2009-0733-RA.1.
3. Yaman B, Kandiloglu G, Kumbaraci BS, Akalin T. Atypia and differential diagnosis in cellular blue nevi: clinicopathological study of 21 cases. *Turkish J Pathol*. 2015;31(2):89-94. doi: 10.5146/tjpath.2014.01296.
4. Shumway BS, Rawal YB, Allen CM, Kalmar JR, Magro CM. Oral atypical cellular blue nevus: an infiltrative melanocytic proliferation. *Head Neck Pathol*. 2013;7(2):171-7. doi: 10.1007/s12105-012-0386-z.
5. Hung T, Argenyi Z, Erickson L, Guitart J, Horenstein MG, Lowe L, et al. Cellular Blue nevi/melanocytic lesions: analysis of clinical, histological, and outcome data in 37 cases. *Am J Dermatopathol*. 2016;38(7):499-503.
6. del Río E, Vázquez Veiga HA, Suárez Peñaranda JM. Blue nevus with satellitosis mimicking malignant melanoma. *Cutis*. 2000;65(5):301-2.

7. Austad SS, Athalye L. Blue nevus. Treasure Island (FL): StatPearls [Internet]. 2021.
8. Sardoy A, Bidabehere MB, Gubiani ML, Pinardi BA. Nevo azul con satelitosis que simula melanoma maligno. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(4):377-8. doi: 10.1016/j.ad.2017.04.029.
9. Yonei N, Kimura A, Furukawa F. Common blue nevus with satellite lesions needs a differential diagnosis from malignant melanoma. *Case Rep Dermatol.* 2013;5(3):244-7. doi: 10.1159/000355179.
10. Kim SK, Kim YC. Neurocristic cutaneous hamartoma of the scalp. *Ann Dermatol.* 2009;21(4):396-8. doi: 10.5021/ad.2009.21.4.396.