

Nevo con halo cefálico. Presentación de un caso asociado a melanoma de extensión superficial dorsal

Halo Nevus (Sutton's Nevus Stage II) on the Scalp. A Case Report Associated to Superficial Spreading Melanoma

Jaime Tschen,¹ Erik I. Rivera G.² y Roberto Arenas³

¹ Dermatopatólogo, St. Joseph Dermopath, Houston, Texas.

² Residente de segundo año de medicina interna, Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Ver., México.

³ Jefe de la Sección de Micología, Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González. Ciudad de México.

RESUMEN

Comunicamos el caso de un paciente masculino, caucásico, de 23 años de edad que acudió a la consulta de dermatología con una lesión hipopigmentada en la piel cabelluda, morfológicamente compatible con un halo nevus o nevo de Sutton, en etapa II, que apareció dos años después de que se le efectuó resección de un melanoma de extensión superficial. Asimismo realizamos una revisión exhaustiva de la literatura, haciendo énfasis en las diferentes formas de presentación, así como en las teorías acerca del comportamiento de este fenómeno y su relación con el melanoma maligno.

PALABRAS CLAVE: melanoma maligno, nevo con halo.

ABSTRACT

We describe a 23 year-old caucasian male who presented with a depigmented lesion in the scalp compatible with halo nevus or Sutton's nevus stage II, two years after resection of a superficial spreading melanoma. An extensive review of the literature was performed focusing on the different presentations and theories concerning the behavior of this phenomenon and its relation with malignant melanoma.

KEYWORDS: malignant melanoma, halos nevus.

Introducción

El melanoma maligno tiene la particularidad de que puede imitar prácticamente cualquier lesión, tanto pigmentada como hipopigmentada, lo que explica el hecho de que en ocasiones puede semejar un halo nevus o nevo de Sutton. Éste se caracteriza porque tiene una lesión central pigmentada (nevo) rodeada de un área más clara que el color de la piel (halo).

Aquí presentamos el caso de un hombre de 23 años de edad, de raza caucásica, con un halo nevus en la piel cabelluda dos años después de la resección de un melanoma de extensión superficial.

Caso

Paciente masculino de 23 años, se presentó a la consulta de dermatología después de identificar una lesión de morfología rápidamente cambiante en la parte superior de la espalda (figura 1). Inicialmente lo apreció como una mancha café oscura, asimétrica, con bordes no bien diferencia-



Figura 1. Melanoma en la región dorsal.

dos que el paciente refiere haber tenido desde hace varios años. No contaba con antecedentes heredo-familiares de melanoma. Durante la exploración física se apreció una placa pigmentada que bajo observación con dermatoscopio era una lesión compuesta plana de 0.5 x 0.5 cm, de

CORRESPONDENCIA

Dr. Roberto Arenas ■ rarenas@hotmail.com

Calz. de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, CP 14080, Del. Tlalpan, Ciudad de México

forma irregular, con dos tonalidades oscuras, con variaciones en su coloración entre café claro a rosa en sus bordes inferiores y un área central café oscura, localizada en la parte superior de la región dorsal (figuras 2 y 3). No se identificaron adenopatías cervicales ni axilares, el resto de la exploración física resultó normal

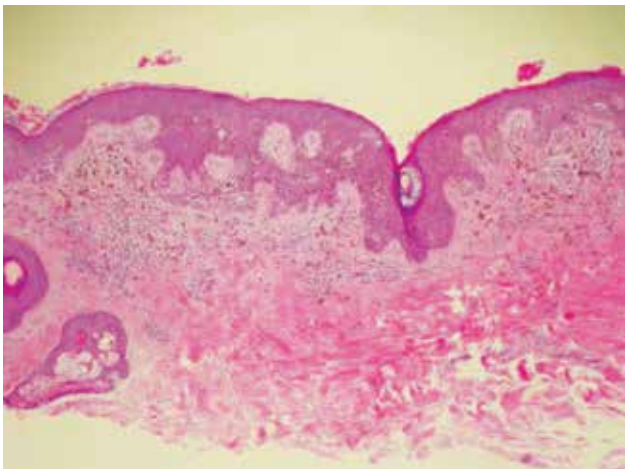
Se realizó escisión completa de la lesión y el estudio histopatológico mostró un melanoma maligno *in situ* con extensión superficial nivel I de acuerdo con la clasificación de Clark, con márgenes libres de tumor (figuras 4-7).



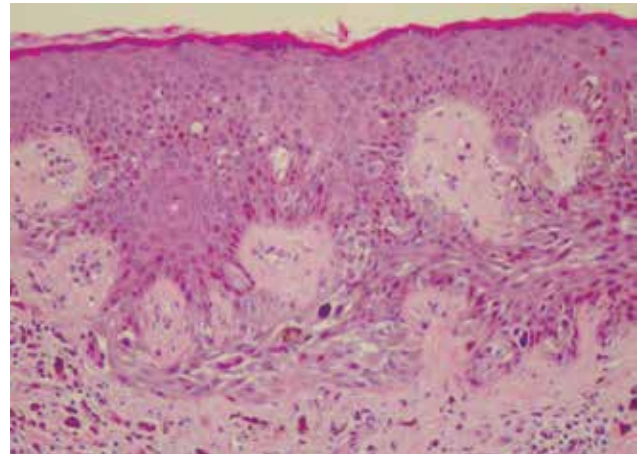
Figuras 2. Examen dermatoscópico del melanoma.



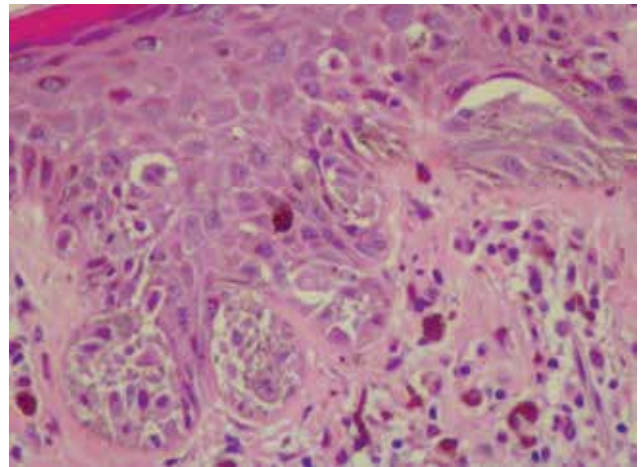
Figuras 3. Examen dermatoscópico del melanoma.



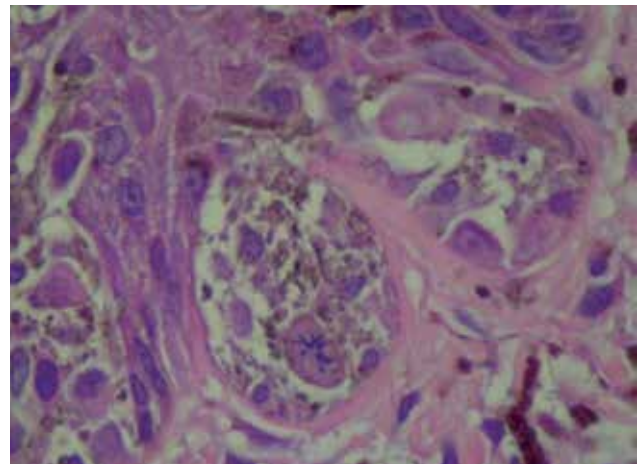
Figuras 4. Vista en microscopía de baja potencia HEX40.



Figuras 5. Vista en microscopía de baja potencia HEX40.



Figuras 6. HEX100 vista en microscopía ampliada, con nidos intradérmicos y cambios pagetoides.



Figuras 7. HEX100 vista en microscopía ampliada, con nidos intradérmicos y cambios pagetoides.

A los seis meses de seguimiento el paciente se encontraba asintomático y sin evidencia de recurrencia o metástasis. Un año después se detectó una nueva lesión pigmentada de apariencia sospechosa, con medidas de 0.3×0.2 cm en la parte superior media de la región dorsal y otra hipopigmentada en la piel cabelluda de la región parietal derecha (figuras 8 y 9). Se realizó escisión de la lesión sospechosa ubicada en la espalda y el estudio histopatológico reveló un nevo compuesto con arquitectura displásica y un grado moderado de atipia en la muestra, con márgenes libres de cambios atípicos. El paciente fue citado un año después para seguimiento. No se realizó biopsia de la zona hipopigmentada en la piel cabelluda. Al año siguiente, el paciente regresó a consulta y refirió hipopigmentación de los cabellos de la región parietal derecha, en la misma área donde se encontró la zona hipopigmentada en la visita previa (figuras 10 y 11). Esta vez se realizó una biopsia por punch y el estudio histopatológico reveló un nevo de

aparición benigna con un componente intradérmico, con características compatibles con un nevo con halo, con infiltrado inflamatorio de células mononucleares (figuras 12 y 13). Tras examinar la muestra con tinciones especiales y controles apropiados se observaron escasas células intradérmicas positivas para HMB 45, lo que refleja disminución en el conteo de melanocitos muy probablemente secundaria a destrucción inmunológica, así como numerosas células de Langerhans alrededor de los folículos, lo que se debe al aumento en la producción de factores de crecimiento por los queratinocitos en respuesta a dicha destrucción; ambos hallazgos se han descrito con frecuencia en el estudio histopatológico del halo nevus (figuras 14 y 15).

Discusión

El melanoma es la forma más agresiva de cáncer de piel y el sexto cáncer más común en Norteamérica.¹ Se reco-

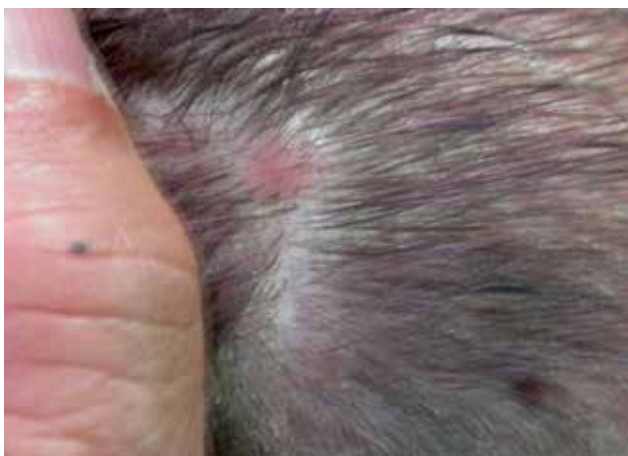


Figura 8. Lesión hipopigmentada en la piel cabelluda a simple vista.



Figura 10. Lesión inicial en la piel cabelluda rodeada por enrojecimiento e hipopigmentación del pelo.



Figura 9. Dermatoscopia y medición de la lesión hipopigmentada: 0.5×0.4 mm.



Figura 11. Decoloración gris del pelo alrededor de la lesión inicial, vista ampliada.

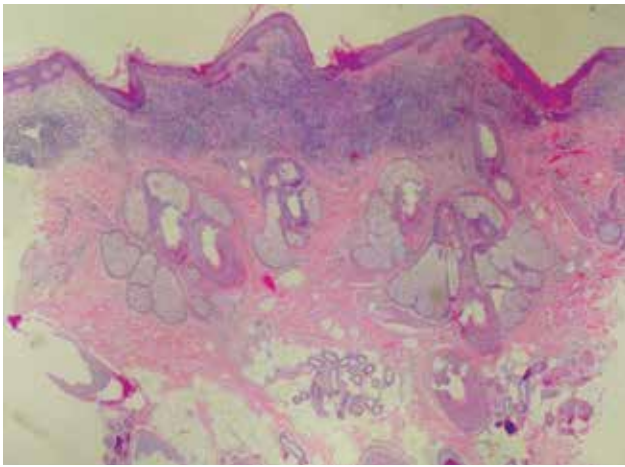


Figura 12. Vista en microscopía de baja potencia H&E40, muestra infiltrado mononuclear denso en el nevo intradérmico.

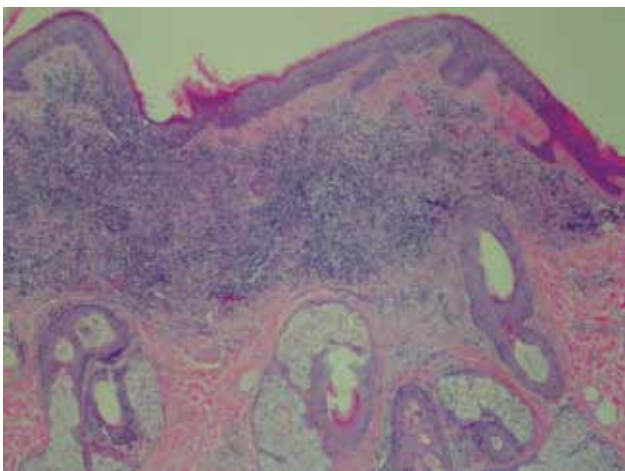


Figura 13. Vista ampliada (H&E100) donde se aprecia infiltrado linfocitario en el nevo.

noce ampliamente que estos tumores crecen de novo, se desarrollan a partir de piel sana, sin evidencia de lesiones precursoras;² sin embargo es común su aparición a partir de ciertas lesiones melanocíticas, como nevos displásicos y nevo celular azul.

En algunas ocasiones los melanomas pueden presentar regresión acompañada de cambios de color, lo que les da una apariencia blanco-grisácea. Además, algunos melanomas es posible que desarrollen un halo de hipopigmentación alrededor del área en que aparecen, conocido como fenómeno de halo, simulando la apariencia de un nevo con halo.

El nevo de Sutton o nevo con halo se describe típicamente como un nevo melanocítico rodeado por un halo despigmentado de forma redondeada u ovalada, generalmente simétrico. Esta pérdida de la pigmentación con

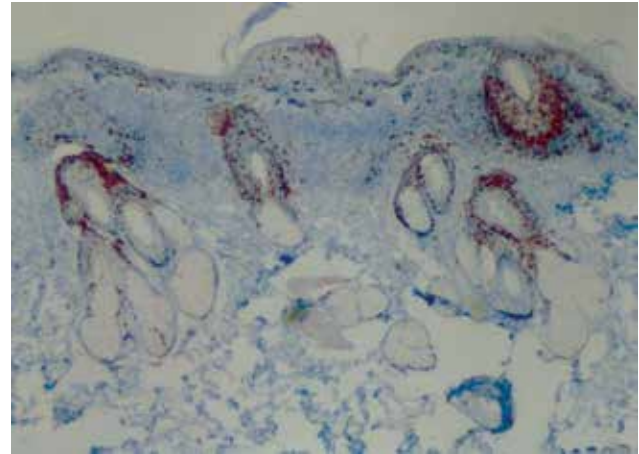


Figura 14. Numerosas células dendríticas de Langerhans teñidas con CD1a (x100).

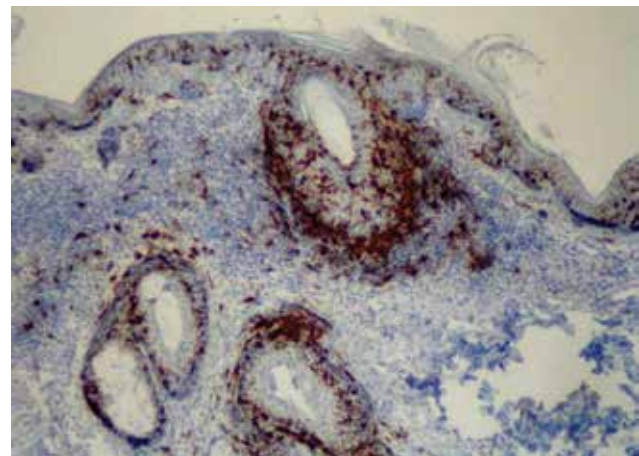


Figura 15. Mayor ampliación de la tinción CD1a (x200).

frecuencia anuncia la regresión espontánea del nevo central ocasionada por una respuesta inmune que involucra linfocitos T ante ciertos antígenos del nevo.³ Aunque generalmente el fenómeno de halo involucra nevos melanocíticos adquiridos, también puede presentarse en nevos congénitos, nevo azul, nevo de Spitz y en melanomas. Tiene una mayor incidencia en pacientes con una gran cantidad de nevos y en enfermos con historia personal o familiar de vitiligo, el lugar más común en que aparece es la espalda y se presentan múltiples lesiones en la mitad de los casos.⁴⁻⁶ Si se afecta un nevo de la piel cabelluda, el pelo correspondiente al halo acrómico será blanco, de manera característica, apareciendo un mechón de canas que se denomina poliosis.

Se puede encontrar en cualquiera de las siguientes cuatro etapas clínicas: 1) nevo pigmentado rodeado por un halo de hipopigmentación; 2) nevo color rosa rodeado por un halo de hipopigmentación; 3) área circular de

hipopigmentación con desaparición del nevo; y 4) piel de aspecto normal después de la repigmentación del halo.

La duración de estas etapas puede ser de meses a varios años,⁷ y el intervalo entre las etapas 1 y 2 y la etapa 4 puede ser hasta de una década.⁸ Su coexistencia con el melanoma maligno puede ser más frecuente de lo que previamente se ha sospechado y es posible que represente una manifestación secundaria a una reacción inmunológica al melanoma o a estructuras relacionadas con éste. La resección previa de un melanoma se ha asociado con una dramática aparición de múltiples nevos con halo con evidencia de autoanticuerpos contra ciertos antígenos del melanoma.⁹ El desarrollo de múltiples lesiones no es inusual en adolescentes y adultos jóvenes, pero es raro en personas de mediana edad y en adultos mayores; en edades avanzadas debe considerarse la posibilidad de que su presencia represente la manifestación de una respuesta inmune a un melanoma cutáneo u ocular.¹⁰

Es importante la evaluación del nevo central, considerando que la biopsia no está indicada de manera rutinaria si el nevo central es de apariencia benigna,⁹ pero se justifica su realización en presencia de características atípicas o sospechosas. Se debe tomar en cuenta una historia personal o familiar de melanomas como dato de alarma e indicación de una revisión exhaustiva, justificando la confirmación histopatológica para obtener un diagnóstico certero.

Aunque hasta ahora no existen estudios que establezcan su prevalencia en pacientes con melanoma, su relación ha sido descrita por muchos autores.¹⁰⁻¹² Esta relación incluye su coexistencia con melanomas ocultos en la misma zona o en diferentes áreas, su desarrollo después de la resección de un melanoma, o un aparente nevo con halo que se reporta como melanoma después del estudio histopatológico.

Algunas posibles explicaciones del comportamiento impredecible en su aparición propuestas en la literatura incluyen:

- Anticuerpos producidos como respuesta contra células melanocíticas displásicas asociada a una reacción inmune cruzada contra antígenos melanocíticos normales.^{3,10,13}
- Reacción autoinmune a melanocitos normales con un mecanismo similar al del vitiligo.^{3,13}
- Lesiones que inicialmente aparecen sin halo hasta que un estímulo bioquímico o quirúrgico activa el fenómeno
- Lesiones no diagnosticadas como consecuencia de un escrutinio realizado únicamente con base en la apa-

riencia clínica, ocasionando un bajo índice de estudios histopatológicos, lo que ha privado a la literatura médica, hasta el día de hoy, de suficiente información acerca de la prevalencia del nevo con halo sin fenómeno de halo, a grado tal que la comunidad científica podría estar dudando respecto al hecho de que la presencia del fenómeno de halo puede ser la excepción y no la regla en su proceso de involución.¹³

El caso que reportamos resulta particularmente interesante debido a que presenta al menos dos aspectos que lo diferencian de la mayoría de los casos de halo nevus reportados en la literatura: el primero es su asociación con un melanoma maligno, y el segundo su ubicación en la piel cabelluda, ambas situaciones consideradas como poco frecuentes y que contrastan con la mayoría de los reportes de este nevo, ya que éstos con mucho mayor frecuencia se asocian a lesiones de naturaleza benigna y habitualmente se localizan en el dorso.^{14,15}

Consideramos que es importante hacer notar que el halo nevus pertenece al grupo de los llamados simuladores de melanoma, por lo que en el contexto del paciente descrito se debe tener en cuenta que podría tratarse de un nuevo melanoma o de alguna lesión metastásica secundaria al primer melanoma.

Conclusiones

A pesar de que el nevo con halo se considera un proceso benigno, es razonable proceder con cautela dado que, si bien no se conoce de forma precisa su prevalencia en pacientes portadores de un melanoma, su asociación es bien conocida y quizá su coexistencia más frecuente de lo que se piensa.

Por tanto, considerando que no todos los halos que rodean lesiones pigmentadas se asocian a benignidad, es de vital importancia tener presentes los siguientes aspectos, a los cuales se debe prestar especial atención al abordar el estudio y manejo de estos pacientes:

- De manera general se le considera un fenómeno benigno que no requiere escisión a menos que el nevo central presente un aspecto atípico, ante tal situación deberá extirparse para excluir un melanoma.
- Pertenece al grupo de los simuladores de melanoma. A través de una técnica no invasiva, como la dermatoscopia, se puede diferenciar del melanoma con halo.
- Puede coexistir con melanomas ocultos en la misma zona o en diferentes áreas.
- Su presencia en adultos de edad media y en adultos mayores requiere una evaluación exhaustiva, ya que

podría pasarse por alto un melanoma cutáneo en la misma zona, en otras áreas de la piel o a nivel ocular.

- En pacientes con un nevo con halo la historia personal o familiar de melanoma es un dato de alarma, por lo que se justifica la realización de una búsqueda extensa de lesiones sospechosas de melanoma y la confirmación mediante la biopsia para mayor certeza diagnóstica.
- Puede aparecer después de la resección de un melanoma, lo que obliga a realizar una revisión completa de la piel.
- Es posible que el melanoma desarrolle un halo a su alrededor, lo que puede confundirse con un nevo con halo
- Es razonable recomendar un examen periódico en todos estos casos.

REFERENCIAS

1. Siegel R, Naishadham D y Jemal A, Cancer statistics, 2013, *CA Cancer J Clin* 2013; 63(1): 11-30.
2. McCourt C, Dolan O y Gormley G, Malignant melanoma: a pictorial review, *Ulster Med J* 2014; 83(2): 103-10.
3. Zeff RA, Freitag A, Grin CM y Grant-Kels JM, The immune response in halo nevi, *J Am Acad Dermatol* 1997; 37(4): 620-4.
4. Kopf AW, Morrill SD y Silberberg I, Broad spectrum of leukoderma acquisitum centrifugum, *Arch Dermatol* 1965; 92(1): 14-33.
5. Rivers JK, MacLennan R, Kelly JW *et al*, The eastern Australian childhood nevus study: prevalence of atypical nevi, congenital nevus-like nevi, and other pigmented lesions, *J Am Acad Dermatol* 1995; 32(6): 957-63.
6. Mooney MA, Barr RJ y Buxton MG, Halo nevus or halo phenomenon? A study of 142 cases, *J Cutan Pathol* 1995; 22(4): 342-8.
7. Frank SB y Cohen HJ, The halo nevus, *Arch Dermatol* 1964; 89: 367.
8. Aouthmany M, Weinstein M, Zirwas MJ y Brodell RT, The natural history of halo nevi: a retrospective case series, *J Am Acad Dermatol* 2012; 67(4): 582-6.
9. Lai C, Lockhart S y Mallory SB, Typical halo nevi in childhood: is a biopsy necessary?, *J Pediatrics* 2001; 138(2): 283-4.
10. Epstein WL, Sagebeil R, Spittler L *et al*, Halo nevi and melanoma, *JAMA* 1973; 225(4): 373-7.
11. Fishman HC, Malignant melanoma arising with two halo nevi, *Arch Dermatol* 1976; 112(3): 407-8.
12. Mandalia MR, Skillman JM y Cook MG, Powell BW *et al*, Halo nevus or malignant melanoma? A case report, *British Journal of Plastic Surgery* 2002; 55(6): 512-3.
13. Sotiriadis D, Lazaridou E, Patsatsi A *et al*, Does halo nevus without halo exist?, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20: 1394-6.
14. Kopf AW, Morrill SD y Silberberg I, Broad spectrum of leukoderma acquisitum centrifugum, *Arch Dermatol* 1965; 92(1): 14-33.
15. Kolm I, Di Stefani A, Hofmann-Wellenhof R *et al*, Dermoscopy patterns of halo nevi, *Arch Dermatol* 2006; 142:1627-32.