

¿Cuál es su diagnóstico? / Nevo de Spitz

What is your diagnosis? / Spitz nevus

Jimena Pérez Rubio,¹ María Fernanda Figueroa Hernández,¹ Cristina I. García Corona,² Ana Laura Ramírez Terán³ y María Elisa Vega Memije³

¹ Médico pasante de Servicio Social, Servicio de Dermatología

² Dermatóloga, práctica privada

³ Dermatóloga, Servicio de Dermatología

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

El nevo de Spitz (ns) es una neoplasia melanocítica benigna compuesta por células fusiformes y epiteloides, descrita en 1948 por Sophie Spitz como “melanoma juvenil” debido a su similitud clínica con el melanoma, pero con comportamiento benigno.¹ Esta entidad abarca un espectro desde lesiones benignas, como el ns convencional, hasta lesiones malignas como el melanoma spitzoide. Existe una categoría intermedia, el tumor de Spitz atípico, cuyo potencial maligno es incierto.²

Con mayor incidencia en la infancia y en adultos jóvenes, cada año el ns afecta a entre 1.4 y siete personas por cada 100 mil. Es raro en adultos mayores de 30 años, con un ligero predominio en mujeres jóvenes y una mayor prevalencia en personas de raza caucásica.² Clínicamente se presenta como una neoformación tipo pápula, bien delimitada, de color rojizo o marrón, que en niños suele localizarse en la cabeza y el cuello; mientras que en los adultos jóvenes afecta más las extremidades inferiores. Su crecimiento ocurre típicamente en tres a seis meses, y se puede estabilizar o incluso desaparecer espontáneamente. En los adultos las variantes pigmentadas pueden confundirse con lesiones malignas.^{1,3}

El diagnóstico requiere la integración de datos clínicos, dermatoscópicos, histológicos e inmunohistoquímicos. Los patrones dermatoscópicos más comunes en el ns son el patrón globular y el patrón en estrella. El patrón globular se caracteriza por la presencia de múltiples glóbulos distribuidos uniformemente, mientras que el patrón en estrella está marcado por líneas radiales en la periferia de la lesión. El patrón reticular en los ns es menos común y se caracteriza por una red de líneas pigmentadas que forman una estructura cuadriculada.^{4,5}

Histológicamente, el nevo de Spitz muestra melanocitos organizados en nidos simétricos. Las variantes atípicas, sin embargo, pueden presentar mitosis o pleomorfismo celular, complicando su distinción del melanoma spitzoide. La inmunohistoquímica es útil empleando marcadores como Ki-67, un indicador de proliferación celular.⁶ Un índice de proliferación de Ki-67 superior a 10% favorece un diagnóstico de melanoma, mientras que un índice inferior a 2% sugiere un ns.⁷

La inmunotinción con el anticuerpo p16 tiene un papel importante para diferenciar los ns benignos de los malignos. La proteína p16, codificada por el gen supresor de tumores CDKN2A, muestra fuerte positividad nuclear y citoplasmática en los ns benignos. En contraste, los melanomas spitzoides y los tumores de Spitz atípicos presentan pérdida de la expresión de p16, que puede ser un indicativo de malignidad o de un comportamiento más agresivo.⁸

El manejo depende de la presentación clínica. En el ns convencional se recomienda la escisión completa con márgenes estrechos (menos de 5 mm), ya que el riesgo de malignización es mínimo.⁶ En tumores atípicos se indica escisión con márgenes amplios (5-10 mm) y seguimiento clínico regular, con ultrasonido de ganglios si hay adenopatías. En casos de melanoma spitzoide se utilizan márgenes mayores (de más de 1 cm) y biopsia de ganglio centinela en casos indicados. Es esencial el seguimiento anual durante tres años para detectar recurrencias o evolución.⁹

BIBLIOGRAFÍA

1. Kevser UT, Yücesoy SN, Mine ÖA, Özdiil A y Engin B, Comparison of clinicopathological findings of Spitz nevus in pediatric and adult patients, *Turk Arch Pediatr* 2024; 59(1):49-53. DOI: 10.5152/TurkArchPediatr.2024.23154.

CORRESPONDENCIA

Dra. María Elisa Vega Memije ■ elisavega50@gmail.com

Hospital General Dr. Manuel Gea González; Calzada de Tlalpan 4800, Colonia Belisario Domínguez, Sección XVI, C.P. 14080, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

2. Sáinz-Gaspar L, Sánchez-Bernal J, Noguera-Morel L, Hernández-Martín A, Colmenero I y Torrelo A, Spitz nevus and other spitzoid tumors in children. Part 1: Clinical, histopathologic, and immunohistochemical features, *Actas Dermosifiliogr* 2020; 111(1):7-19. doi: 10.1016/j.adengl.2019.12.006.
3. Lott JP, Wititsuwannakul J, Lee JJ, Ariyan S, Narayan D, Kluger HH y Lazova R, Clinical characteristics associated with Spitz nevi and Spitzoid malignant melanomas: the Yale University Spitzoid Neoplasm Repository experience, 1991 to 2008, *J Am Acad Dermatol* 2014; 71(6):1077-82. doi: 10.1016/j.jaad.2014.08.026.
4. Emiroglu N, Yıldız P, Biyik Ozkaya D, Bahalı AG, Su O y Onsun N, Evolution of Spitz nevi, *Pediatr Dermatol* 2017; 34(4):438-445. DOI: 10.1111/pde.13184.
5. Pizzichetta MA, Argenziano G, Grandi G, De Giacomi C, Trevisan G y Soyer HP, Morphologic changes of a pigmented Spitz nevus assessed by dermoscopy, *J Am Acad Dermatol* 2002; 47(1):137-9. doi: 10.1067/mjd.2002.122193. PMID: 12077595.
6. Sáinz-Gaspar L, Sánchez-Bernal J, Noguera-Morel L, Hernández-Martín Á, Colmenero I y Torrelo A, Spitz nevus and other spitzoid tumors in children. Part 2: Cytogenetic and molecular features. Prognosis and treatment, *Actas Dermosifiliogr* 2020; 111(1):20-5. doi: 10.1016/j.adengl.2019.12.001.
7. Vollmer RT, Use of Bayes rule and MIB-1 proliferation index to discriminate Spitz nevus from malignant melanoma, *Am J Clin Pathol* 2004; 122(4):499-505. doi: 10.1309/MFFF-06D5-CYXR-2F8T. PMID: 15487445.
8. Al Dhaybi R, Agoumi M, Gagné I, McCuaig C, Powell J y Kokta V, p16 expression: a marker of differentiation between childhood malignant melanomas and Spitz nevi, *J Am Acad Dermatol* 2011; 65(2):357-63. doi: 10.1016/j.jaad.2010.07.031. Epub 6 de mayo de 2011. PMID: 21550132.
9. Patel D, Chawla R y Patel AJK, Clinical features and outcomes of paediatric Spitz-type lesions, *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2024; 97:282-6. doi: 10.1016/j.bjps.2024.07.031.