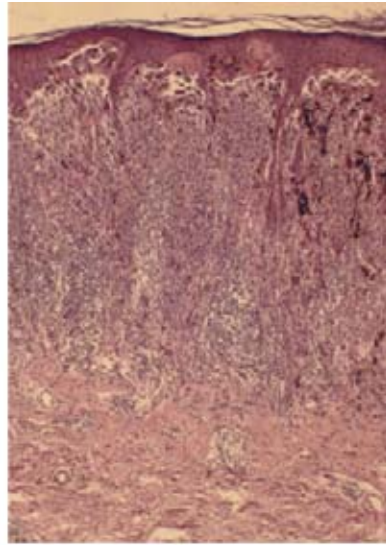


Caso para diagnóstico. Neoformación en antebrazo izquierdo

Dra. Mónica Vences,* Dra. Gisela Navarrete,** Dr. Martín Nava***



Figura 1. Neoformación en antebrazo.



Figuras 2 y 3. Numerosos cuerpos hialinos eosinófilos.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 16 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, estudiante.

Presenta dermatosis localizada a extremidad superior izquierda de la que afecta tercio proximal del antebrazo en su cara posterior, unilateral y asimétrica. La dermatosis está constituida por una neoformación semiesférica ovalada, de 6 mm de diámetro, bien circunscrita, eritematosa y algunas zonas centrales con pigmento irregular (*Figuras 1 y 2*).

Refiere haber iniciado su padecimiento actual 1 año previo a la consulta con "lunar en el brazo, que se ha ido poniendo negro". Resto de piel y anexos sin datos patológicos.

Se realizó biopsia excisional que reportó: "Una neoformación exofítica cuya epidermis presenta capa córnea laminar y acantosis irregular moderada abarcando desde la unión dermoepidérmica, dermis superficial, media y parte de la profunda. Se advierten numerosas células névicas, muchas de ellas de aspecto fusiforme que se disponen formando nidos, algunas con pigmento melánico. Asimismo, se advierten a nivel de la unión dermoepidérmica numerosos cuerpos hialinos eosinófilos que corresponden a cuerpos de *Kamiro*. En el estroma se advierte una reacción inflamatoria moderadamente densa además de vasos dilatados (*Figuras 2 y 3*).

Con los datos anteriores ¿Qué diagnóstico realiza?

* Dermatóloga CDP.

** Dermatopatóloga CDP.

*** Residente 2º año Dermatología, CDP.

NEVO DE SPITZ

El nevo de Spitz o de células epitelioides es una neoplasia melanocítica benigna, crónica, poco frecuente y que predomina en niños.

Generalmente es única y aparece antes de los 20 años de edad. La importancia del nevo de Spitz, que anteriormente se conocía como "melanoma benigno juvenil", está en su diferenciación histológica de melanoma maligno.

El nevo de Spitz se presenta como una neoformación semiesférica, de superficie lisa, generalmente ovalada, con una coloración eritematosa-café generalmente distintiva. En ocasiones se encuentran telangiectasias en la superficie. Generalmente son solitarios aunque se han descrito casos con neoformaciones múltiples. El tamaño va de 6 mm a 1 cm de diámetro. En algunas lesiones, particularmente en las extremidades, el eritema puede ser sustituido por un color café moteado o una apariencia bronceada o negra, a menudo con bordes irregulares y aspecto verrugoso; clínicamente es esta variante la que más se confunde con melanoma.

A la histopatología se encuentra hiperplasia epidérmica con acantosis e hiperqueratosis. Presencia de células epitelioides, fusiformes o ambas, dispuestas en fascículos.

Hasta en 60% de los casos hay globos eosinófilos llamados "cuerpos de Kamiro".

Se observa pigmentación y fibrosis. Hay nidos de melanocitos dentro de una epidermis que muestra elongación orientada perpendicularmente a la superficie cutánea.

Rara vez se observa atipia celular, reacción desmoplásica o de fibrosis excesiva.

La inmunohistoquímica (CD117) no es un método diagnóstico definitivo.

Dentro de los diagnósticos diferenciales están: melanoma maligno, nevo melanocítico intradérmico, hemangiomas, granuloma piógeno, dermatofibroma y cicatrices queloides.

La dermatoscopia aumenta la precisión diagnóstica de un 56 a 93%. Los dos principales patrones dermatoscópicos son: 1) Cielo estrellado, caracterizado por pigmentación difusa de negro a azul y pseudópodos distribuidos de forma regular a la periferia en un patrón radiado. 2) Globular, caracterizado por pigmentación discreta de gris a azul y un borde de grandes glóbulos color café que se extienden por toda la lesión.

El tratamiento del nevo de Spitz es la excisión completa, aunque algunos autores recomiendan vigilancia. La excisión incompleta produce una apariencia histopatológica que con más probabilidad es interpretada de forma errónea como melanoma maligno. La recurrencia local es del 5% posterior a la excisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pizzichetta M, Argenziano G, Grandi G, Giacomini C, Trevisan G, Soyer P. Morphologic changes of a pigmented Spitz nevus assessed by dermoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 137-139.
2. Arenas R. Atlas dermatología. *Diagnóstico y tratamiento*. McGraw Hill. México, 2005: 550-551.
3. Paller S. Cutaneous tumors and tumor syndromes. In: *Hurwitz clinical pediatric dermatology*. Elsevier Saunders. Philadelphia, 2006: 214-215.
4. Hauptman G, Kopf A, Rabinovitz H, Oliviero M, Rao B. Spitz nevus: a case report. *Cutis* 1999; 64: 177-178.
5. Gurbuz Y, Apaydin R, Muezzinoglu B, Buyukbabani N. A current dilemma in histopathology: atypical Spitz tumor or spitzoid melanoma? *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 99-102.
6. Zhu I, Fitzpatrick J. Expression of c-kit(CD117) in Spitz nevus and malignant melanoma. *J Cutan Pathol* 2006; 33: 33-37.