

Caso clínico

Nevo de Reed. Comunicación de dos casos

Juan Ramón Trejo-Acuña,* Maribet González-González,** Daniela Lara-Del Valle,*
Margarita Ortiz-Ávalos,** Mónica Elizabeth De la Torre-García***

RESUMEN

El nevo de Reed es una lesión melanocítica benigna que generalmente se manifiesta como una neoformación de aspecto macular o papular, solitaria con tonos que varían del café oscuro al negro y que por lo regular se ubica en las extremidades. Es más frecuente en mujeres jóvenes, alrededor de la tercera década de la vida y en la infancia. Su crecimiento puede ser rápido, por lo que debe hacerse diagnóstico diferencial con un melanoma, además de realizar una extirpación quirúrgica con estudio histopatológico para descartar malignidad.

Palabras clave: Nevo de Reed, melanoma, malignidad.

ABSTRACT

Reed nevus is a benign melanocytic neoplasm, which usually manifests as a solitary spot or like a dark brown or black tumor, its usual level topography are lower extremities. It is more common in young women. It's growth can be fast, so, we have to make differential diagnosis with melanoma and a surgical removal with histopathology must be done to rule out malignancy.

Key words: Reed nevi, melanoma, malignancy.

HISTORIA

El nevo de Reed (NR), también conocido como nevo fusocelular pigmentado o nevo pigmentado de células fusiformes, es una lesión melanocítica benigna adquirida.^{1,2} Fue descrito en 1975 por Richard Reed.³ Clásicamente se le ha considerado como la forma pigmentada del nevo de Spitz, aunque algunos autores lo consideran como una entidad independiente.⁴

EPIDEMIOLOGÍA

Predomina en la infancia y en adultos jóvenes, alrededor de la tercera década de la vida. Es 3.8 veces más frecuente en mujeres que en hombres.^{1,5,6}

Existen comunicaciones de casos de presentación congénita.^{3,7}

CUADRO CLÍNICO

La topografía más frecuente es a nivel de las extremidades inferiores. Clínicamente se manifiesta como una neoformación de aspecto macular o papular hemisférica, generalmente solitaria, pigmentada con tonos que van del café oscuro al negro, de superficie lisa o verrugosa o escamosa, costrosa o erosionada. En ocasiones puede ser pruriginosa.⁸ Su crecimiento puede ser rápido, lo que obliga a excluir la posibilidad de que se trate de un melanoma incipiente.²

DERMATOSCOPIA

Steiner informó que la sospecha diagnóstica del NR sin utilizar lupa es de 56%, cifra que se incrementa a 93% con el uso del dermatoscopio, por lo que vale la pena conocer los hallazgos de esta lesión utilizando dicho instrumento, si bien no son específicos de la entidad.⁹ En 1999 Argenziano describió tres patrones dermatoscópicos: en estallido de estrella o en llamarada, globular periférico y el patrón atípico.

* Dermatólogo.

** Dermatopatóloga.

*** Residente del cuarto año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

1) Patrón en estallido de estrella o en llamarada:

se observa en 53% de los casos.³ Consiste en la presencia de estructuras digitiformes o lineales ubicadas en forma homogénea en la periferia de la lesión, con distribución radiada, lo que da una imagen de «estrella en explosión».^{1,10} Las lesiones son simétricas, muy pigmentadas, con áreas grisáceas o azuladas al centro o bien, con un retículo marrón o negro.¹¹ Esta imagen puede confundirse con los pseudópodos del melanoma; sin embargo, en este último las proyecciones son focales y asimétricas.¹² Histológicamente, se aprecian nidos compactos de células fusiformes en la unión dermoepidérmica.²

2) Patrón globular periférico:¹¹ está presente en 22% de los casos. Se trata de estructuras globulares con distribución regular y simétrica, pigmentación gris azulada al centro. La periferia del patrón globular no muestra una disposición radiada.³**3) Patrón atípico:**¹¹ se presenta hasta en 25% de los casos.¹⁰ Se caracteriza por la distribución asimétrica e irregular del color y estructuras, así como por la presencia de un velo azul-blancuecino. Este hallazgo nos obliga a descartar melanoma mediante la realización de un estudio histopatológico.³ En algunas ocasiones también puede observarse una despigmentación reticular e irregular central, con aspecto de «grano de café», así como una red de pigmento que se interrumpe abruptamente en los bordes de la lesión.³ Hasta 10.5% de los NR muestran una red de pigmento negra superficial que histopatológicamente corresponde a áreas pigmentadas de paraqueratosis.¹³

En el año 2010, en la ciudad de Florencia, Italia, se analizaron por dermatoscopia 15 NR menores de 6 mm. 40% mostró un patrón reticular, 27% un atípico, 20% uno en estallido de estrella, 6.5% un globular y otro 6.5% fue homogéneo.¹

Se ha descrito un patrón dermatoscópico con imágenes digitiformes con disposición radial y color negro, rodeadas de un halo grisáceo en toda la periferia de la lesión melanocítica, lo cual es un dato sugestivo de NR.²

En etapas tempranas, generalmente en la infancia o adolescencia, se observa de manera característica el patrón globular y posteriormente en estallido de estrella.¹ Kreush y Rassner sugieren que el globular, el estallido de estrella y el reticular corresponden a etapas secuenciales en la evolución de este nevo.³

HISTOPATOLOGÍA

Se observan melanocitos fusiformes maduros y otros irregulares, agrupados en nidos que pueden formar fascículos interconectados, los cuales ocupan la dermis papilar o bien, se distribuyen de manera uniforme. Por lo regular son intensamente pigmentados y pueden apreciarse melanocitos dendríticos por fuera de los nidos a nivel de la unión dermoepidérmica en 40% de los casos.¹⁴ En la mitad de éstos se observan los denominados «cuerpos de Kamino» (glóbulos eosinofílicos). Los numerosos melanófagos dan una imagen típica de melanosis en banda a nivel de la dermis superficial, alrededor de los cuales puede observarse un infiltrado inflamatorio mononuclear.¹⁵

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente deben diferenciarse con: melanoma, queratosis seborreica pigmentada, nevos melanocíticos y displásicos.⁶ En la histopatología es imperativo diferenciarlo del melanoma. El NR muestra simetría y un patrón de crecimiento ordenado, maduración de las células névicas en las caras profundas de la neoformación, escaso pleomorfismo, ausencia de mitosis anormales y la diseminación pagetoide de los melanocitos se limita al tercio inferior de la epidermis.^{5,13,16} Los marcadores inmunohistoquímicos como S-100, Mart-1/Melan A, HMB-45, tirosinasa, Mitf, Ki-67/MIB-1 y p53 son altamente positivos en melanoma y están ausentes o débilmente positivos en el NR.⁶

TRATAMIENTO

La elección es la extirpación quirúrgica con margen de 1 a 2 mm, aunque algunos autores recomiendan ampliar los márgenes hasta 1 cm en el caso de lesiones atípicas. En pacientes menores de 12 años con lesiones pequeñas con el típico patrón en estallido de estrella, simétricas, no ulceradas y en topografías clásicas cuyo abordaje quirúrgico es cosméticamente inadecuado, puede sugerirse la vigilancia estrecha cada 3 a 6 meses en búsqueda de cambios significativos, si no los hay, puede darse seguimiento anual hasta la involución de la lesión.⁶

CASOS CLÍNICOS**Caso 1**

Se trata de una niña de nueve años de edad, quien acudió a consulta en el Centro Dermatológico Pascua por una le-

sión pigmentada en la pierna de ocho meses de evolución, con aumento progresivo de tamaño. A la exploración física se observó una dermatosis localizada a la extremidad inferior derecha, que afectaba la cara medial de la rodilla, próxima a la pierna, constituida por una neoformación hemiesférica de color negro, de 8 x 7 mm, forma irregular y bordes bien definidos. Asintomática (**Figura 1**).

A la dermatoscopia se observó pigmento negro azulado, con patrón en estallido de estrella en los bordes (**Figura 2**). Se decidió realizar resección quirúrgica con margen de 2 mm y se envió la pieza a estudio histológico.

Caso 2

Paciente del sexo masculino de 43 años de edad que acudió por presentar una dermatosis localizada en miembro pélvico, la cual afectaba rodilla, constituida por una neoformación hemiesférica de color negro, de 5 mm de diámetro, bordes bien definidos, de evolución crónica y asintomática (**Figura 3**). Refirió la aparición de un «lunar» de ocho meses de evolución, el cual ha incrementado su tamaño. Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Se realizó biopsia extirpación.

En el estudio histopatológico de las lesiones extirpadas en cada paciente se observaron cambios similares: neoformación ligeramente exofítica con hiperquerato-

sis y eliminación de pigmento melánico. En la unión dermoepidérmica se detectaron numerosos nidos de células fusiformes que contenían abundante pigmento melánico. En dermis superficial había melanófagos y discreto infiltrado linfocítico perivascular, por lo que se hizo el diagnóstico de nevo de Reed (**Figuras 4A-4C**).

COMENTARIO

El NR es un simulador clínico y dermatoscópico de melanoma, por lo que el dermatólogo debe tener co-



Figura 1. Caso 1. Neoforación hemiesférica, pigmentada, localizada en la cara interna de la pierna derecha.



Figura 2. Dermatoscopia. Lesión melanocítica simétrica que presenta en toda la periferia un patrón en estrella, el centro con intenso pigmento negrozco.



Figura 3. Caso 2. Neoforación bien circunscrita, discretamente elevada, de 5 mm de diámetro, con bordes bien definidos.

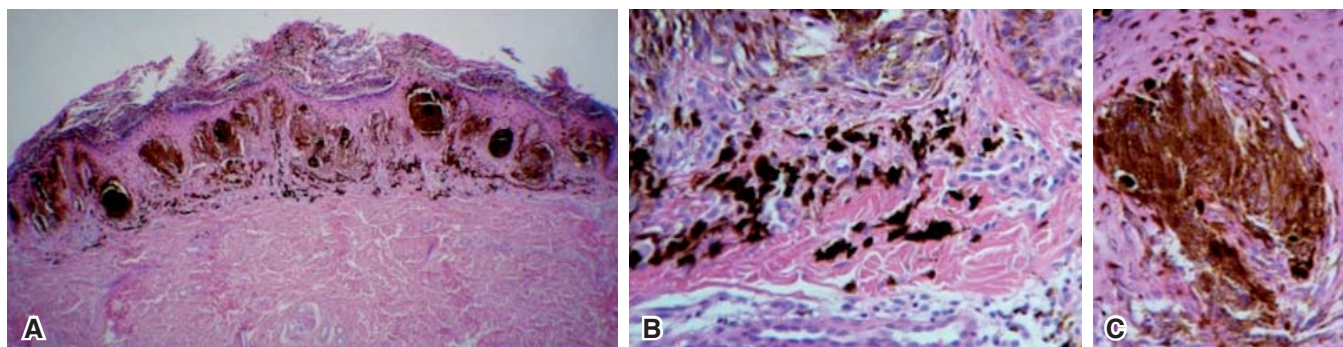


Figura 4 (A, B y C). Histopatología. Se observa una lesión exofítica con paraqueratosis y acantosis moderada. Hay grandes melanófagos y un infiltrado inflamatorio discreto en la dermis papilar. La unión dermoepidérmica muestra numerosos melanocitos fusiformes y epitelioides que tienden a formar nidos con abundante pigmento melánico y presentan eliminación transepidérmica. (H&E 4x, izquierda, en medio 10x, derecha 40x)

nocimiento de esta lesión benigna y de sus patrones dermatoscópicos. Se describen estos casos para ilustrar su presentación característica en la infancia y en la edad adulta, en ambos sexos, típicamente en extremidades inferiores.

BIBLIOGRAFÍA

- de Giorgi V, Savarese I, Rossari S, Gori A, Grazzini M, Crocetti E et al. Clinical and dermoscopic features of small Reed nevus (<6 mm). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; 27: 919-921.
- Mayor AM, Pizzarro A, Tejera G, Sigüenza SM, Buron AI, Contreras RF y cols. Nevo de Reed: un simulador clínico y dermatoscópico de melanoma. *Actas Dermosifiliogr*. 2001; 92: 574-577.
- Bonetti KK, Piñeiro MJ, Pereira FB, Barcaui CB. Reed nevus (pigmented spindle-cell nevus): a report of three cases with distinct dermoscopic patterns. *An Bras Dermatol*. 2010; 85: 531-536.
- Requena C, Requena L, Sánchez-Yus E, Kutzner H, Llombart B, Sanmartín O et al. Hypopigmented Reed nevus. *J Cutan Pathol*. 2008; 35 (Suppl.1): 87-89.
- Yoradjan A, Enokihara MM, Paschoal FM. Spitz nevus and Reed nevus. *An Bras Dermatol*. 2012; 87: 349-359.
- Webber SA, Siller G, Soyer HP. Pigmented spindle cell naevus of Reed: A controversial diagnostic entity in Australia. *Australas J Dermatol*. 2011; 52: 104-108.
- Bär M. Spitz and Reed nevi: acquired or congenital? *Dermatol Pract Concept*. 2012; 2: 5.
- Peris K, Ferrari A, Argenziano G, Soyer H, Chimenti S. Dermoscopic classification of spitz/reed nevis. *Clin in Dermatology*. 2002; 20: 259-262.
- Steiner A, Pehamberger H, Binder M, Wolff K. Pigmented Spitz nevi: improvement of the diagnostic accuracy by epiluminescence microscopy. *J Am Acad Dermatol*. 1992; 27: 697-701.
- Marchell R, Marghoob AA, Braun RP, Argenziano G. Dermoscopy of pigmented spitz and Reed Nevi the starburst pattern. *Arch Dermatol*. 2005; 141: 1060.
- Carrera C, Pulg S, Malvey J, Mascaró-Galy JM, Palou J. Correlación histológica en dermatoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Criterio dermatoscópicos de nevus melanocíticos. *Med Cutan Lat Am*. 2004; 32: 47-60.
- Argenziano G, Scalvenzi M, Staibano S, Brunetti B, Piccolo D, Delfino M et al. Dermatoscopic pitfalls in differentiating pigmented Spitz naevi from cutaneous melanomas. *Br J Dermatol*. 1999; 141: 788-793.
- Argenziano G, Soyer P, Ferrara G, Piccolo D, Hoffmann-Wellenhof R, Peris K et al. Superficial black network: an additional dermoscopic clue for the diagnosis of pigmented spindle and/or epithelioid cell nevus. *Dermatology*. 2001; 203: 333-335.
- Weedon D. *Lentigines, nevi, and melanomas*. In: Weedon's skin pathology. 3era ed. London: Elsevier; 2010. pp. 710-756.
- Reed BW. Pseudomelanoma. *Arch Dermatol*. 1976; 112 (11): 1611-1162.
- Cheng H, Oakley A, Rademaker M. Change in a child's nevus prompts referral to a dermatology service. *J Prim Health Care*. 2014; 6: 123-128.

Correspondencia:

Dr. Juan Ramón Trejo-Acuña
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Deleg. Cuauhtémoc, Ciudad de México, México.
Tel. 5519 6351
E-mail: hermesjuanderma@hotmail.com