

CARTAS AL DIRECTOR

El retorno del nevus



Nevus returns

Sr. Director:

Los nevus melanocíticos (NM) sin signos clínicos atípicos son lesiones benignas que en principio no requieren tratamiento médico ni quirúrgico alguno. Existen, sin embargo, determinadas circunstancias que nos inducen a iniciar medidas terapéuticas. En nuestro medio, por motivos geográficos y socioculturales, los pacientes sufren una exposición solar intensa, que, como ya se ha comentado repetidamente, es uno de los desencadenantes de la aparición del melanoma maligno.

En determinadas ocasiones el NM deber ser objeto de exéresis quirúrgica. Esto es recomendable en los NM medianos y gigantes, nevus clínicamente atípicos (NCA), NM que sangran, pican o producen malestar al paciente, NM traumatizados repetidamente (frecuentes en el cuero cabelludo), NM plantares de difícil control clínico y, en general, en cualquier lesión que por sus características clínicas (asimetría, bordes irregulares, coloración variada o abigarrada) o evolución plantee un posible diagnóstico de melanoma. La exéresis quirúrgica de los NM será escisional y con posterior análisis histopatológico siempre que sea posible. Debe evitarse la exéresis superficial (en afeitado) de los NCA, dado que esta técnica quirúrgica no permite el estudio de la parte más profunda de la lesión^{1,2}.

Cada vez con mayor frecuencia los pacientes solicitan la exéresis de NM clínicamente benignos por motivos estéticos. Cada caso requiere una evaluación individualizada, y se debe emplear el tratamiento quirúrgico más adecuado para que el resultado final sea óptimo².

Presentamos el caso de una paciente mujer de 32 años sin antecedentes patológicos de importancia que acude a consultas de atención primaria por recidiva de un nevus extirpado hace un par de semanas. En la exploración física destacaba, en la piel de la pared posterior de tórax (fig. 1), a nivel de región costal, la cicatriz de exéresis de nevus antiguo; en el centro de la lesión se observa pigmento que conforma un nuevo nevus de forma muy abigarrada, con discromía y bordes irregulares de aproximadamente 0,5 cm de diámetro, sugerente en apariencia de un melanoma (fig. 2).

La recidiva de la lesión llama mucho la atención por su forma abigarrada y obliga a revisar el estudio



Figura 1 Imagen ampliada de la lesión.

anatomopatológico previo de la lesión primaria extirpada y a consultar con el servicio de Dermatología de nuestro hospital de referencia a través de un programa del que disponemos.

Las técnicas de exéresis de este tipo de lesiones incluyen la resección en ojal con bisturí frío, el punch, y también —como se habría realizado en este caso— el afeitado con bisturí frío y electrocoagulación del lecho.



Figura 2 Localización de la lesión.

En el caso de esta paciente, tras el afeitado de la lesión quedaron restos de células melanocíticas que se manifiestan en la recidiva de la lesión de manera tan abigarrada; precisamente por su disposición diseminada en la profundidad, otorgando características clínicas de un melanoma. El diagnóstico es, pues, el de recidiva de NM, denominado también «pseudomelanoma», y hace diagnóstico diferencial con el melanoma.

Bibliografía

1. Vidal D, Valenzuela N, Pimentel L, Puig L. Nevus melanocíticos. Clínica y tratamiento. *Farmacia Profesional*. 2001;15:85–91.

2. Cheung WL, Smoller BR. Dermatopathology updates on melanocytic lesions. *Dermatol Clin*. 2012;30:617–22.

E. Navarro-Claros^{a,*}, M. Marina-Breyse^b,
N. Carvajal-Vogtschmidt^a y W. Moreno-Rodriguez^a

^a Médico de Atención Primaria, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estefanol@yahoo.com

(E. Navarro-Claros).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.11.002>

Insuficiencia cardiaca aguda en paciente con mixoma auricular simulando estenosis mitral severa



Acute heart failure in a patient with atrial myxoma mimicking severe mitral valve stenosis

Sr. Director:

Mujer de 54 años, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos. Consultó por clínica de disnea de mínimos esfuerzos de una semana de evolución. Además refería pérdida de peso de 7-8 kg en los últimos 6 meses. En la exploración física se apreciaba un soplo diastólico mitral y edemas en miembros inferiores. En la analítica destacaba una anemia normocítica-normocrómica. Las enzimas cardíacas fueron negativas. Se solicitó dímero D para descartar tromboembolismo pulmonar, que fue también negativo. El electrocardiograma mostró un ritmo sinusal a 95 latidos/min. En la radiografía de tórax no existía cardiomegalia, y se apreciaban hilios congestivos y un patrón intersticial en ambas bases. En el ecocardiograma transtorácico (figs. 1 y 2) se objetivó a nivel de aurícula izquierda una masa homogénea de 47 × 27 mm, móvil y pediculada, con pedículo adherido a tabique interauricular, que prolapsaba hacia la válvula mitral en diástole y provocaba una obstrucción intermitente de la misma, originando una estenosis mitral severa. Con la sospecha de mixoma auricular, se remitió a la paciente de manera urgente al servicio de cirugía cardíaca para extirpación de la masa. A través de una auriculotomía izquierda por vía transeptal superior se procedió a la exéresis del tumor con cauterización de la base de implantación. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de mixoma. La evolución posterior de la paciente fue satisfactoria, siendo dada de alta a los 7 días de la intervención. En la revisión a los 6 meses la paciente se encuentra asintomática.

Los tumores cardíacos más frecuentes son las metástasis. Los mixomas constituyen los tumores cardíacos primarios más frecuentes. Su incidencia es mayor en mujeres (2/3) y

suelen aparecer entre la tercera y la sexta década de la vida. Su localización más habitual es a nivel de aurícula izquierda (75%)¹.

Aunque se trata de tumores histológicamente benignos, pueden dar lugar a complicaciones potencialmente graves e incluso muerte súbita. La tríada clásica la constituyen

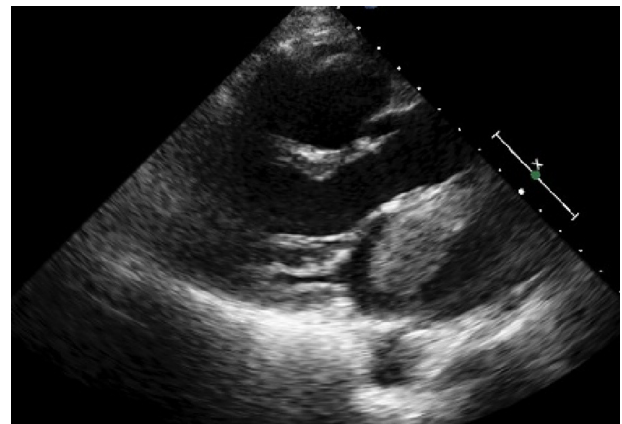


Figura 1 Ecocardiograma en eje largo paraesternal en el que se aprecia la masa en la aurícula izquierda en sístole.



Figura 2 Ecocardiograma en eje largo paraesternal con la masa prolapsando en diástole hacia el ventrículo izquierdo, originando una obstrucción intermitente a nivel de la válvula mitral.