

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesión pigmentada adquirida

Francisco Urbina González^a y Carlos Misad Saba^b

^aUnidad de Dermatología Occidente. Universidad de Chile. ^bDepartamento de Anatomía Patológica. Universidad de Chile. Hospital San Juan de Dios. Chile.



Figura 1. Pápula pigmentada uniforme en la mano derecha.

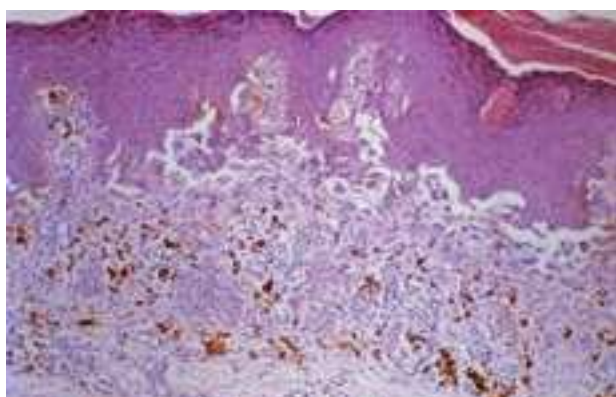


Figura 2. Acantosis, hiperqueratosis e hipergranulosis con hiperplasia de melanocitos fusiformes y epitelioides en la epidermis basal y en la dermis.

Mujer de 35 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó por una lesión pigmentada en su mano derecha, asintomática, de 6 meses de evolución.

Exploración

Al examen presentaba, en el borde externo de la mano derecha, una pápula de aproximadamente 4 mm de diámetro, de bordes regulares, superficie lisa y coloración negruzca uniforme (fig. 1).

Correspondencia: Dr. F. Urbina González.
Algeciras, 583. Las Condes. Santiago. Chile.

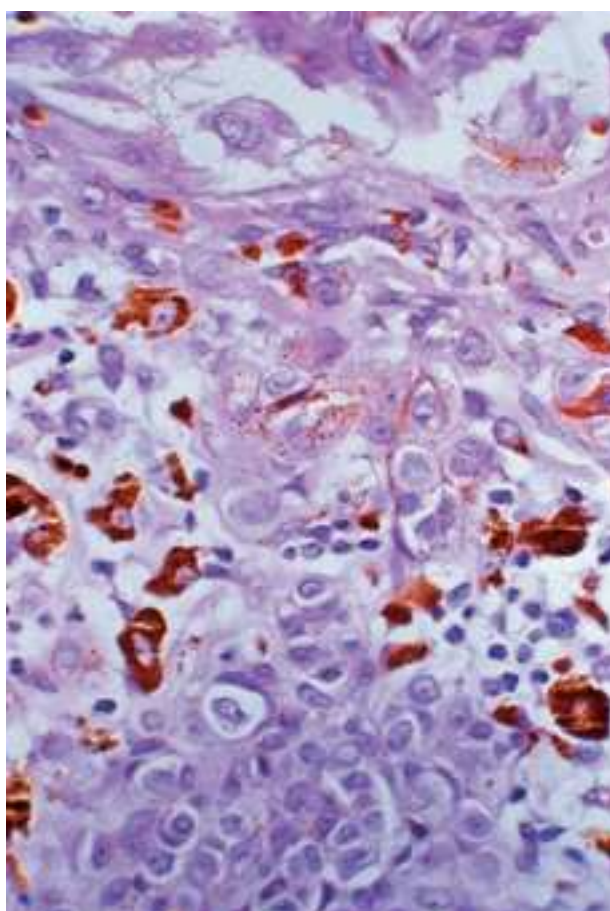


Figura 3. Maduración en profundidad de melanocitos fusiformes y epitelioides. Abundantes melanófagos.

Al resto de la exploración no presentaba otros hallazgos. La lesión fue extirpada en su totalidad bajo anestesia local.

Histopatología

El estudio histopatológico demostró una lesión conformada por una proliferación epidérmica relativamente simétrica, compuesta por melanocitos fusiformes y epitelioides, dispuestos en unidades y nidos en general pequeños, algunos confluentes en la capa basal (fig. 2). La dermis papilar presentaba un infiltrado compuesto por linfocitos y melanófagos, asociados a nidos de melanocitos epitelioides con adecuada maduración en profundidad (fig. 3).

DIAGNÓSTICO

Nevo de Spitz pigmentado.

COMENTARIO

El nevo de Spitz fue descrito en 1948 por Sophie Spitz, quien lo denominó melanoma juvenil. Con el tiempo este término ha demostrado ser poco adecuado, ya que posee una connotación de malignidad e implica una afección sólo de personas jóvenes, lo que es incorrecto¹. Más propia ha resultado su denominación como nevo de células fusiformes y/o epitelioides, preferida por otros autores, aunque la simplicidad en su designación como nevo de Spitz ha prevalecido.

Puede aparecer a cualquier edad, predominantemente en las dos primeras décadas y disminuyendo a medida que la edad aumenta. Su incidencia ha sido estimada en menos del 1% de todos los nevos en la infancia². Se localiza en cualquier zona del cuerpo, especialmente en la cara, la cabeza y el cuello en niños y en las piernas en adultos.

Clínicamente aparece, la mayoría de las veces, como un nódulo cupuliforme, redondeado u ovalado, generalmente menor de 1 cm de diámetro y de superficie lisa, presentando habitualmente una coloración rosada, rojiza o bronceada. En otras ocasiones puede ser macular, polipoideo, verrucoso, e incluso múltiple o agminado, o puede adquirir una coloración translúcida, purpúrea o negruzca. A este respecto se ha señalado que el grado de pigmentación de la lesión varía con la edad del paciente, observándose lesiones hiperpigmentadas, principalmente en personas mayores. En un estudio sobre 90 casos de nevos de células fusiformes de tipo pigmentado, en un 63% de los mismos las lesiones aparecieron en individuos entre 20 y 49 años de edad y en un 67% las lesiones se localizaban en las extremidades³. En otro estudio en el que se recopilaban 247 casos de nevos de Spitz, la mayoría de ellos comprendía lesiones pigmentadas (71,7%), localizadas en las extremidades inferiores (43,3%) y de presentación en mujeres (57,9%)⁴. Por este motivo, el nevo de Spitz debe tenerse en mente dentro de las posibilidades diagnósticas de una lesión pigmentada adquirida en adultos, especialmente si está localiza-

da en las extremidades. El empleo de la microscopia de epiluminiscencia puede ayudar en su diagnóstico clínico⁵.

Diagnóstico diferencial

Debemos tener en cuenta las siguientes lesiones:

Melanoma maligno. El nevo de Spitz comparte diversos rasgos histopatológicos con el melanoma maligno, por lo que su diferenciación puede ser extremadamente difícil. Los principales criterios histológicos que orientan a diferenciar ambas entidades están referidos en la tabla I.

Sin embargo, la sobreposición de criterios diagnósticos entre ambos cuadros y la falta de algún método inmunohistoquímico o de análisis molecular que permita claramente delimitar hacen imposible su diagnóstico en algunos casos. Se ha sugerido que ambas coexisten en un espectro continuo, con el nevo de Spitz benigno en un extremo y el melanoma maligno agresivo en el otro, con diversas lesiones entremedio que comparten rasgos de ambas¹.

Nevo azul. Se presenta también como una lesión papulonodular de coloración oscura aunque más azulada, habitualmente localizada en las extremidades. Al estudio histopatológico presenta melanocitos dendríticos y fusiformes en la dermis reticular que alteran la arquitectura normal del colágeno. La epidermis es normal a excepción de la del nevo azul combinado.

Nevo pigmentado de células fusiformes. El hallazgo de mayores cantidades de pigmento melanocítico en nevos de Spitz en adultos ha llevado a su clasificación por algunos autores como nevo pigmentado de células fusiformes. Sus principales rasgos diferenciadores serían la presencia de abundante pigmento melanocítico, existencia de nidos de células fusiformes confinados a la epidermis y dermis papilar con ausencia de afección de la dermis reticular, ausencia virtual de células epitelioides, patrón de crecimiento expansivo que desplaza la dermis reticular y no la infiltra, ausencia de edema y telangiectas-

TABLA I. Diagnóstico diferencial entre nevo de Spitz y melanoma maligno

NEVO DE SPITZ	MELANOMA MALIGNO
Lesión simétrica	Lesión asimétrica
Diámetro usualmente menor de 6 mm	Diámetro usualmente mayor de 6 mm
Componente melanocítico intraepidérmico bien circunscrito	Componente melanocítico intraepidérmico pobremente circunscrito
Nidos melanocíticos uniformes	Nidos melanocíticos variables en forma y tamaño
Nidos melanocíticos alargados y orientados perpendicularmente a la superficie de la piel	Nidos melanocíticos ni alargados ni perpendiculares a la superficie de la piel
Cuerpos de Kamino únicos o agrupados en la epidermis	Usualmente ausencia de cuerpos de Kamino
Demarcación neta entre nidos melanocíticos epidérmicos y queratinocitos	Confluencia de nidos melanocíticos en la epidermis
Frecuentes hendiduras entre nidos melanocíticos y queratinocitos	Hendiduras escasas o ausentes entre nidos melanocíticos y queratinocitos
Nidos discretos en la dermis	Nidos de melanocitos dérmicos confluentes
Maduración de los melanocitos al descender en la dermis	No hay maduración de los melanocitos al descender en la dermis
Escasa formación de figuras mitóticas cerca de la base de la lesión	Figuras mitóticas frecuentes cerca de la base de la lesión
Infiltrados inflamatorios aislados alrededor de los vasos lesionales	Cuando hay infiltrados inflamatorios pueden aparecer en banda, entremezclados, o más allá del componente melanocítico

sias, y raramente diseminación melanocítica hacia la dermis superior. Se debate si constituye una entidad clínicohistológica definida o si es una variedad de nevo de Spitz, al igual que el nevo pigmentado de células epiteloides⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casso EM, Grin-Jorgensen CM, Grant-Kels JM. Spitz nevi. J Am Acad Dermatol 1992;27:901-13.
2. Paniago-Pereira C, Maize JC, Ackerman AB. Nevus of large spindle and/or epithelioid cells (Spitz's nevus). Arch Dermatol 1978;14:1811-23.
3. Sagebiel RW, Chinn EK, Egbert BM. Pigmented spindle cell nevus: clinical and histologic review of 90 cases. Am J Surg Pathol 1984;8:645-53.
4. Dal Pozzo V, Benelli C, Restano L, Gianotti R, Cesana BM. Clinical review of 247 case records of Spitz nevus (epithelioid cell and/or spindle cell nevus). Dermatology 1997;194:20-5.
5. 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.
6. Choi JH, Sung KJ, Koh JK. Pigmented epithelioid cell nevus: a variant of Spitz Nevus? J Am Acad Dermatol 1993;28:497-8.

INFORMACIÓN

VII CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR PAEDIATRIC DERMATOLOGY

21-23 de noviembre de 2002. Barceló Sants Hotel.

Secretaría Científica:

Dr. Grimalt.
Departamento de Dermatología.
Hospital Clínic de Barcelona.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona.
Fax: + 93 227 54 38.
Correo electrónico: rgrimalt@medicina.ub.es

Secretaría Técnica:

Cati Aurell.
RCT- McCann Erickson Meetings.
Josep Irla i Bosch, 5-7. 08034 Barcelona.
Tel.: + 93 206 46 46. Fax: + 93 204 97 32.
Correo electrónico: cati.aurell@mccann.es

IX World Congress on Cancer of the Skin

Sevilla, 7-11 de mayo de 2003.

Secretaría Técnica:

José Miguel Nicolás.
Adriano Congresos.
Adriano, 26-28. 41001 Sevilla.
Tel.: 34 95 421 59 00. Fax: 34 95 421 62 11.
Correo electrónico: Congresos@adrianoviajes.com

Secretaría Científica:

María José Tifón. RCT.
Josep Irla i Bosch, 5-7 Entlo. 08034 Barcelona.
Tel.: 34 93 206 46 53-54. Fax: 34 93 204 97 32.
Correo electrónico: rct@rct-congresos.com
Web: www.sks2003.com