

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 23, Núm.2)
(Med fam Andal 2023; 23:154-155)

Respuestas razonadas

Lesión pigmentada en espalda en mujer adolescente

Rodríguez-Castilla F^{1*}, Darwish-Mateos S^{1*},
Pérez-Milena A^{2*}

¹Médico Interno Residente de Medicina de Familia y Comunitaria

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

*CS El Valle. Jaén

Respuestas razonadas

1.a) Respuesta incorrecta: Melanoma de extensión superficial

El melanoma de extensión superficial se caracteriza por su asimetría, presentando abundantes melanocitos aislados y mal circunscritos distribuidos al azar y formando nidos. Resulta la forma más frecuente de presentación del melanoma (70% de los casos), que se inicia como una mácula irregular de color variable que va del negro al marrón tostado, con áreas carnosas o hipocrómicas y muescas en la superficie. Evoluciona entre 1 y 5 años. Se inicia en forma de crecimiento radial y posteriormente presenta un crecimiento vertical del tumor, infiltrando tejidos (1,2,3).

1.b) RESPUESTA CORRECTA: Nevus de Spitz

La presentación del nevus de Spitz es más frecuente en niños (primeras dos décadas de la vida), aunque puede aparecer a cualquier edad en localizaciones como cara, cabeza, nuca, zonas interescapulares o distales de las extremidades, siendo normalmente de pequeño tamaño (5-6 mm). Se da más frecuentemente en gente de piel blanca, siendo en africanos y asiáticos las personas donde menos se observan (1, 2).

Se caracteriza normalmente como una pápula oval o redondeada, solitaria de superficie lisa de crecimiento rápido, cuyos tonos pueden variar del rosado al marrónáceo debido a la falta de melanina. Suele presentarse de forma asintomática, aunque pudiera aparecer como una superficie verrucosa, costra o descamación. La aparición de una úlcera debería ponernos en sospecha de melanoma (1).

Al dermatoscopio presenta un patrón globular inicial, mostrando el característico patrón en “estallido de estrella”, que representa una etapa intermedia en su evolución, pudiendo distinguirse de los nevus con patrón globular, en la irregularidad en tamaño y color. En etapas más avanzadas se muestra un patrón característico más regular y homogéneo pudiendo tender a su desaparición. Histológicamente se puede clasificar como un nevus de la unión, intradérmico o, en la mayoría de las ocasiones, compuesto. La simetría y la lesión bien circunscrita nos apoya la idea de benignidad, observándose melanocitos fusiformes agrupados en cestas con base de crestas reticulares alargadas (3, 4).

El diagnóstico diferencial se debe realizar cuando nos presentan una lesión eritematosa que pueden sangrar con facilidad que normalmente podemos clasificar como hemangiomas. También se debe diferenciar frente a los xantogranulomas, moluscos o mastocitomas (4,5).

1.c) Respuesta incorrecta: Nevus de Spilus

El nevus de Spilus, también conocido como nevus lentiginoso moteado o nevus lentiginoso zosteriforme, se presenta como una mácula basal que contiene en su interior múltiples máculas o pápulas pigmentadas más oscuras. AL estudio histológico se presenta como una hiperplasia lentiginosa con lesiones superpuestas, que podrían corresponder incluso a algún nevus de Spitz. Las lesiones pueden ser congénitas o adquiridas, apareciendo a edades tempranas, incluso en el nacimiento (3,5).

1.d) Respuesta incorrecta: Nevus atípico

Los nevus atípicos se caracterizan por una morfología asimétrica con bordes irregulares y tamaño entre 5-10 mm, heterocrómicas en lugares de exposición crónica al sol, que permanecen estables y no cambian de color ni de forma, presentando distintas formas de atipia, no formando nidos dérmicos. Pueden observarse aislados o múltiples, siendo congénitos o adquiridos. La localización más frecuente es en brazos o espalda, pudiendo presentarse en cualquier otra localización (3,5), no siendo frecuentes en cara o cuero cabelludo (3). Histológicamente, se caracterizan por presentar una hiperplasia epidérmica lentiginosa irregular, con presencia de nidos en las crestas epidérmicas y un predominio de células melanocíticas aisladas dispuestas en la capa basal de la epidermis, con una atipia citológica focal moderada, en ausencia de nidos celulares en dermis. En algún punto puede observarse un ascenso «pagetoide» focal de las células melánicas, incluso con extensión anexial. Es frecuente que exista un infiltrado inflamatorio linfocitario discreto en la dermis superficial con fibrosis papilar concéntrica (2, 5).

1.e) Respuesta incorrecta: Nevus juntural

En el nevus juntural, el patrón más frecuente es el retículo pigmentado regular, simétrico, delicado, y que se va borrando en periferia progresivamente. Puede haber algún glóbulo y punto, pero no abundantes. Si existe intensa melanogénesis y eliminación transepidérmica de queratinocitos muy pigmentados, puede observarse una mancha negra central y homogénea (lamela negra) (3).

1.b) Respuesta incorrecta: Es una lesión benigna que no precisa tratamiento

A pesar de tratarse de una entidad potencialmente benigna, la mayoría de autores contemplan la necesidad de la extirpación mediante biopsia incisional, por su dificultad de diferenciarla clínicamente de un melanoma (4). En caso de que nuestro paciente fuera menos de 12 años, cabría la posibilidad de optar por una conducta de observación a los 3-6 meses, pero al superar esta edad, nos decantamos por la exéresis.

2.b) Respuesta incorrecta: Seguimiento en el tiempo para evaluar posibles cambios

Al considerarse la biopsia escisional como opción terapéutica al no poder diferenciarlo clínicamente de un melanoma, el seguimiento en el tiempo para evaluar los posibles cambios de tamaño y forma no tendría sentido (3, 4).

2.c) Respuesta incorrecta: Tratamiento con nitrógeno líquido

El nitrógeno líquido, no sería útil en este caso ya que dado la edad del paciente, las posibles cicatrices nos decantaría por otro procedimiento. Tampoco permitiría tomar muestra para biopsia (3).

2.d) RESPUESTA CORRECTA: Biopsia incisional para extirpación completa.

A pesar de ser una lesión potencialmente benigna, la mayoría de los autores consideran necesaria la exéresis (biopsia incisional) de lesiones con características de nevus de Spitz en la edad adulta, dada la dificultad de diferenciarla con el melanoma. Asimismo, se tiende a ser más conservador en edad pediátrica y a evaluar en cualquier caso la clínica e individualizar en cada caso (4).

En niños menores de 12 años la conducta a seguir sería observación cada 3-6 meses de las lesiones típicas. En mayores de esta edad la exéresis es la recomendación aconsejándose la ampliación de márgenes cuando existen características de atipia o ulceración. La realización del ganglio centinela es discutido en estos casos (3,4).

En este caso, y ante sospecha de nevus displásico interescapular, se realizó una extirpación mediante biopsia punch de 4 mm bajo anestesia. El diagnóstico obtenido tras la evaluación de la muestra en anatomía patológica fue de nevus melanocítico compuesto pigmentado con atipia leve, sin evidencia de neoplasia y con márgenes laterales y profundo libres. El estudio inmunohistoquímico dio positividad frente a HMB45, MelanA, S100 y p16, y negatividad frente a p53 y Ki67. Normalmente el diagnóstico diferencial se realizará sobre la base histológica, siendo también la edad de presentación un dato a tener en cuenta (4).

2.e) Respuesta incorrecta: Derivar a oncología para inicio de tratamiento quimioterápico.

En un principio, al ser una lesión potencialmente benigna el uso de quimioterapia desde el momento del diagnóstico no sería una opción a contemplar (2, 3).

Bibliografía

1. Brown A, Sawyer JD, Neumeister MW. Spitz Nevus: Review and Update. *Clin Plast Surg.* 2021; 48:677-86.
2. Anju K, Nakamura Y, Okiyama N, Ishitsuka Y, Saito A, Watanabe R, Fujisawa Y. Angiomatoid Spitz nevus with surrounding pagetoid melanocytic proliferation on the sole of the foot: An unusual case report with immunohistochemical studies for angiogenic factors. *J Dermatol.* 2020; 47:538-41.
3. Roldán Marín R, Carlos Ortega B. Criterios dermatoscópicos para el diagnóstico de lesión melanocítica y melanoma cutáneo. *Dermatología CMQ* 2014; 12:142
4. Yori Fiorella, Sanjinés Lucía, Badano Lucía, Dufrechou Lidice, Nicoletti Sofía, Larre Borges Alejandra. Nevo de Spitz en la infancia: el gran simulador de melanoma. *Arch. Pediatr. Urug.* 2017; 88: 101-7.
5. Rodrigo Schwartz A. Melanoma maligno y diagnóstico diferencial de lesiones pigmentadas en piel. *Dermatología.* 2011; 22: 728-34.