

Nevus de Spitz – variedad de Reed en una niña de 10 años

Spitz Nevus - Reed's variety on a 10 year old girl

Vilma Chiesura¹, Guadalupe Caballero¹, Dolores Salduna², María Kurpis³,
Alejandro Ruíz Lascano⁴

RESUMEN

Presentamos el caso de una niña de 10 años de edad, con antecedentes personales de nevos atípicos, que consultó en el Servicio de Dermatología de nuestro hospital por una lesión papuloide, hiperpigmentada, localizada en la región anterior de la pierna izquierda compatible con Nevus de Spitz variedad de Reed. Se revisaron las formas de presentación clínica, los métodos diagnósticos (histopatología y dermatoscopia), el diagnóstico diferencial con melanoma y el algoritmo terapéutico. (*Dermatol. Argent., 2014, 20(1): 53-55*).

Palabras clave:

Nevus, Spitz, Reed, niños.

ABSTRACT

We present a 10 years old girl, with a history of atypical nevi, that consults in the Dermatology Department of our hospital for an homogeneous hyperpigmented papuloid lesion on the anterior region of the left leg compatible with Spitz Nevus (Reed's variant). We reviewed the clinical presentation, diagnostic methods (histopathology and dermoscopy), the differential diagnosis with melanoma and the treatment algorithm. (*Dermatol. Argent., 2014, 20(1): 53-55*).

Keywords:

Nevus, Spitz, Reed, children.

Fecha de recepción: 13/07/2013 | **Fecha de aprobación:** 06/12/2013

¹ Médica Residente 1º Año de Dermatología

² Médica de Planta del Servicio de Dermatología

³ Médica de Planta del Servicio a Anatomía Patológica

⁴ Jefe del Servicio de Dermatología

Servicio de Dermatología Hospital Privado de Córdoba, República Argentina. Carrera de Postgrado en Dermatología Universidad Católica de Córdoba.

Correspondencia: Vilma Chiesura: vilmachiesura@gmail.com



FOTO 1: Cara anterior de pierna izquierda: lesión tumoral de 1 cm de diámetro, con hiperpigmentación homogénea, cupuliforme, con límites precisos.



FOTO 2: Lesión névica con hiperpigmentación central, difusa, negruzca y rayos distribuidos alrededor de la lesión sobre el fondo amarillado (patrón en estallido).

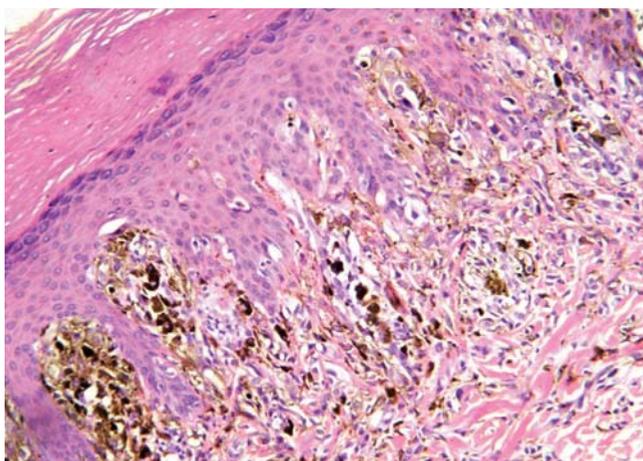


FOTO 3: Histopatología: (40x) nidos de células névicas epitelioideas y fusiformes en la unión dermoepidérmica rodeadas de un halo claro debido a patrón de retracción.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 10 años de edad, con antecedentes personales de nevos atípicos, consultó en el servicio de Dermatología del Hospital Privado de Córdoba por una lesión tumoral névica de 1 cm de diámetro, cupuliforme, con límites precisos, hiperpigmentación homogénea, asintomática, localizada en cara anterior de pierna izquierda, de 2 meses de evolución (Foto 1). Al examen dermatoscópico presentaba hiperpigmentación central difusa, negruzca y rayos distribuidos alrededor de la lesión sobre un fondo amarillado (Foto 2).

Por sus características dermatoscópicas y su rápido crecimiento se decidió realizar la extirpación de la lesión. La histopatología informó nidos de células névicas epitelioideas y fusiformes en la unión dermoepidérmica rodeadas de un halo claro debido a fenómeno de retracción (Foto 3) y migración intraepidérmica de células névicas (diseminación pagetoide) con infiltrado linfocítico a nivel de dermis superficial compatible con nevus de Spitz variedad de Reed (Foto 4).

Discusión

Dentro de las lesiones melanocíticas, las “lesiones spitzoides” pueden ser histológicamente benignas, atípicas o malignas. Esto obliga al diagnóstico diferencial entre nevus de Spitz, nevus de Reed, nevus de Spitz atípico, tumor de Spitz atípico, y melanoma spitzoide.^{1,2} En la actualidad el diagnóstico diferencial se basa en tres pilares: la clínica, la dermatoscopia y la histopatología. Sin embargo las dificultades diagnósticas han llevado al uso de técnicas de biología molecular para evitar desenlaces fatales debidos al subdiagnóstico de melanoma maligno.³ El nevus de Spitz corresponde al 1% de los nevos extirpados en la infancia.¹ En Australia se estimó una incidencia de 1.4 casos cada 100000 individuos frente a una incidencia de 25.4 casos cada 100000 habitantes de melanoma maligno.⁴

Aparece en las primeras dos décadas de la vida, pero puede presentarse en adultos en 1/3 de los casos.^{1,4-7}

Los caucásicos parecen ser los más afectados con una incidencia mayor aunque discreta en las mujeres.¹ Suele presentarse como una lesión redondeada u ovalada, solitaria, con una superficie lisa, cuya coloración puede variar de rosa a rojo-amarillado o rojovioláceo. Afecta preferentemente la cara y las extremidades, con un diámetro generalmente menor a 1 cm.^{1,7-9} Con frecuencia es asintomático pero puede acompañarse de sangrado y prurito.¹

La presentación típica en la infancia es el desarrollo de un pápula rojiza de crecimiento rápido en el cuello o la cabeza.^{1,6}

El nevo de Reed es considerado por algunas escuelas como

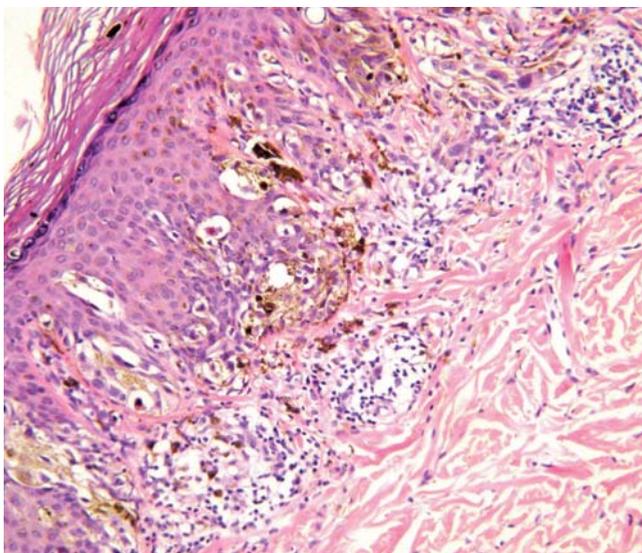


FOTO 4: Histopatología: H-E 40x migración intraepidérmica de células névicas (diseminación pagetoide) con infiltrado linfocítico a nivel de dermis superficial.

una variedad pigmentada de nevus de Spitz. Se presenta como una lesión papuloide, marrón oscura o negra, que afecta miembros inferiores de mujeres jóvenes alrededor de los 30 años de edad. Aunque también puede presentarse en niños y en adultos jóvenes de ambos sexos.^{1,9}

Histopatológicamente el nevus de Spitz se presenta como una lesión simétrica, con células epitelioides o fusiformes, con maduración descendente, extensión pagetoide focal o ausente y cuerpos de Kamino (glóbulos acidófilos PAS positivos en epidermis) entre otros criterios diagnósticos.^{7, 10}

La anatomía patológica del nevo de Reed muestra una lesión simétrica de células fusiformes aisladas o en nidos que se extienden por la epidermis hasta alcanzar la capa córnea (diseminación pagetoide).^{5,7}

La dermatoscopia reconoce tres patrones principales: 1) En estallido: centro hiperpigmentado, difuso, azul-grisáceo o negro, con rayos distribuidos alrededor de la lesión; 2) Globular o en grano de café: centro azul-grisáceo o amarronado con grandes glóbulos marrones periféricos; 3) Atípico: distribución no homogénea de colores y estructuras con máculas negras, rayos periféricos y patrón vascular puntiforme.^{1,7-8}

¿Cuál es la conducta a seguir en estos pacientes? La literatura sugiere extirpación quirúrgica en los siguientes casos: aparición súbita en un adulto con características de nevus de Spitz; cambios en la forma, tamaño o color; en niños con lesión spitzoide palpable o eritematosa, mayor de 1 cm, nodular, ulcerada o con rápida evolución; y paciente mayor de 12 años mas allá de la presencia o no de

hallazgos clínicos o dermatoscópicos atípicos. El seguimiento clínico y dermatoscópico se reserva para niños menores de 12 años con una lesión con patrón en estallido en la dermatoscopia, típica, pequeña, simétrica, no ulcerada, con localización clásica. Se realizará cada 3-6 meses hasta la aparición de un patrón homogéneo, para proceder luego al seguimiento anual.^{1,11} En el presente caso se decidió la extirpación quirúrgica debido al crecimiento rápido de la lesión y actualmente continúa con controles anuales sin complicaciones.

La importancia del caso radica, por un lado, en la presentación de una discutida variedad de nevus de Spitz, el nevus de Reed, en una niña de 10 años. Por otra parte, en el diagnóstico diferencial obligado con melanoma. En el caso de nuestra paciente por su edad, por las características histopatológicas de la lesión (simetría, diseminación pagetoide escasa, maduración en profundidad, ausencia de mitosis) se descartó el diagnóstico de melanoma.

Bibliografía

1. Yoradjian A., Simoés e Silva Enokihara M. M., Macedo Paschoal F. Spitz nevus and Reed nevus. *An Bras Dermatol.* 2012; 87: 349-359.
2. Ferrara G., Gianotti R., Cavicchini S., Salviato T., et ál. Spitz Nevus Spitz Tumor and Spitzoid Melanoma: A comprehensive clinicopathologic Overview. *Dermatol Clin.* 2013, 31: 589-598.
3. Vélez N., Aristizábal A. M., Ruíz A. C., Jiménez G. Nevus de Spitz atípico. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2010; 18: 172-174.
4. Assaf C., Sterry W. Nevus de Spitz. En Fitzpatrick Wolff K., Goldsmith L. A. *Dermatology in General Medicine.* 7º Edición. Editorial Mc Graw Hill. Estados Unidos, 2008, 1113-1116.
5. Cabrera H., García S. En Nevos Nevocelulares Cabrera H, García S. *Nevos.* Editorial Actualizaciones Médicas. Buenos Aires, 1998, 57-64.
6. Newton Bishop J. A. Chapter 54: Lentigos, Melanocytic Naevi and Melanoma. En *Rook's Textbooks of Dermatology.* Burns T., Breathnach S., Cox N., Griffiths C. et ál. 8º Edición. Editorial Wiley Blackwell, UK, 54.21-54.25.
7. Luo S., Sepehr A., Tsao H. Spitz nevi and other Spitzoid lesions: Part I. Background and diagnoses. *J Am Acad Dermatol.* 2011; 65: 1073-1084.
8. Boneti K. K., Piñeiro-Maceira J., Pereira F. B., Barcaui C. B. Reed Nevus (pigmented-spindle cell nevus): a report of three cases with distinct dermoscopic patterns. *An Bras Dermatol.* 2010; 85:531-536.
9. Garnacho Saucedo G. M., Moreno Giménez J. C. Nevos en la edad pediátrica. *Pediatr Integral.* 2008; 12: 389-402.
10. Weedon D. Lentigos, nevus y melanomas. Capítulo 32: En *Piel Patología.* Weedon D. Editorial Marbán. Madrid, 2002, 673-704.
11. Luo S., Sepehr A., Tsao H. Spitz nevi and other Spitzoid lesions: Part II. Natural history and management. *J Am Acad Dermatol.* 2011; 65: 1087-1092.