

Dermatoscopia de lesiones melanocíticas nevo de Spitz / nevo de Reed

Dermoscopy of melanocytic lesions Spitz / Reed nevi

Rosario Peralta,¹ Emilia N. Cohen Sabban² y Horacio A. Cabo³

El nevo de Spitz es un tumor melanocítico benigno adquirido, que en el 60% de los casos aparece antes de los 20 años. Es una lesión solitaria asintomática, delimitada y de márgenes bien definidos, cuyo color varía entre rosado, rojo y marrón. Aunque el tamaño es variable, en general mide 0,5 cm. Su superficie puede ser lisa, verrugosa y en ocasiones escamosa. Los sitios de localización más frecuentes son cabeza y cuello, extremidades inferiores y tronco. Presenta variantes clínicas como el nevo de Reed o nevo pigmentado de células fusiformes, que clínicamente se ve como un tumor o placa marrón oscuro o negra de desarrollo reciente o en proceso de cambio, generalmente en las extremidades, con predominio en muslos de mujeres jóvenes.

Patrón dermatoscópico típico del nevo de Spitz / Reed

Patrón estrellado o en estallido: semeja la explosión de una estrella o el estallido de fuegos artificiales. Presenta una pigmentación central homogénea azul grisácea a negra y proyecciones radiales regulares en la periferia. En el 20% de los casos puede observarse una red de pigmento regular y prominente. También es posible la presencia de red de pigmento negativa (fotos 1, 2, 3 y 4). Se debe diferenciar de los nevos hiperpigmentados y melanoma. En el melanoma, las líneas o proyecciones radiadas se distribuyen de manera irregular.

Los nevos Spitz / Reed pueden exhibir otros patrones dermatoscópicos: globular, hipopigmentado, reticular, homogéneo y atípico.

Fecha de recepción: 22/12/2011 | **Fecha de aprobación:** 28/12/2011

¹ Médica dermatóloga, UBA

² Subjefa del Servicio de Dermatología del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, UBA

³ Jefe del Servicio de Dermatología del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, UBA Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Rosario Peralta, Charcas 4040, 10º B (1425). rosarioperalta@yahoo.com



Foto 1



Foto 2

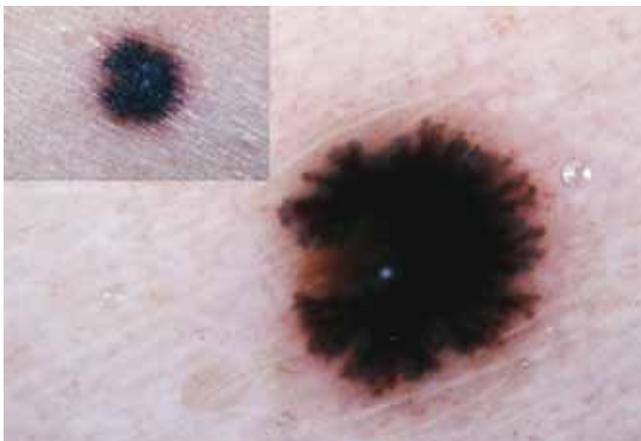


Foto 3



Foto 4

DERMATÓLOGOS JÓVENES

* CASO CLÍNICO | RESPUESTAS

Respuestas correctas al caso clínico:

1, e; 2, e; 3, a; 4, b.

Discusión: La traquioniquia, antes llamada síndrome de las 20 uñas, es una entidad clínica poco frecuente de etiología idiopática. Fue inicialmente descrita por Hazelrigg en 1977, como una alteración ungueal que compromete a todas o a la mayoría de las uñas de manos y pies, en ausencia de otras alteraciones en piel, pelo o dientes.

Se trata de un proceso benigno que suele resolver en forma espontánea. Su comienzo es en la infancia precoz;

en la adultez es excepcional. Se caracteriza por la presencia de uñas con onicodistrofia, pitting, onicólisis, opacidad de la lamina ungueal, estrías longitudinales, coiloniquia y fragilidad ungueal. El pronóstico es favorable, ya que se trata de una patología benigna. Se considera la biopsia en casos de mala evolución con el paso de los años. El estudio histopatológico se caracteriza por la presencia de fenómenos de espongirosis y excitosis en la matriz ungueal, con infiltrado inflamatorio linfocitario en dermis. Puede estar asociado a alopecia areata, liquen plano, psoriasis, dermatitis atópica, sarcoidosis, y otras como

vitiligo, ictiosis vulgar, pénfigo, enfermedades autoinmunes, genéticas y alteraciones hematológicas. Sus diagnósticos diferenciales son: alteraciones ungueales por anemia severa, psoriasis ungueal, liquen plano, síndrome onicopatelar, onicomiosis y eccema. Se debe realizar el seguimiento y la evolución de esta patología y el tratamiento se considera en algunos casos a pedido de familiares o por razones estéticas. En la literatura se encuentran descriptos casos tratados con emolientes, complejos vitamínicos y corticoides tópicos oclusivos, pero no se ha demostrado su eficacia.

Bibliografía

- Bertrand R., Josette A. Nail Disorders in Children Diagnosis and Management, *Am. J. Clin. Dermatol.*, 2011, 12: 101-112.
- Arias-Santiago S., Fernández-Pugnaire M.A., Husein E., Ahmed H. et al. A 9 year-old child with trachyonychia: a good response with nail plate dressings, *An. Pediatr. (Barc)*, 2009, Nov. 71: 476-477.
- Sakata S., Howard A., Tosti A., Sinclair R. Follow up of 12 patients with trachyonychia, *Australas. J. Dermatol.*, 2006, 47: 166-168.
- Sehgal V.N. Twenty nail dystrophy trachyonychia: an overview, *J. Dermatol.*, 2007, 34: 361-366.