

Retículo pigmentado negativo en un *nevus* melanocítico en crecimiento

Ángel Pizarro^{a,b}, Mercedes Sigüenza^{a,b}, Matías Mayor^a, Teresa Lázaro^a, Félix Contreras^c y Mariano Casado^a

^a Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ^b Unidad de Lesiones Pigmentadas. Instituto Madrileño de Oncología. Madrid. ^c Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen.—Durante el seguimiento de una paciente con múltiples *nevus* melanocíticos se detectó una lesión pigmentada con crecimiento focal. El examen dermoscópico reveló en el área en crecimiento una zona ligeramente azulada y un sector con un retículo pigmentado negativo. En el diagnóstico diferencial se consideró la posibilidad de melanoma incipiente. El estudio histológico mostró en el área en crecimiento un *nevus* compuesto con atipia arquitectural pero sin atipia citológica.

Palabras clave: dermoscopia, retículo pigmentado negativo, *nevus*, melanoma incipiente.

Pizarro A, Sigüenza M, Mayor M, Lázaro T, Contreras F, Casado M. Retículo pigmentado negativo en un *nevus* melanocítico en crecimiento. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(2):116-8.

Resumen.—El histiocitoma fibroso aneurismático es una rara variante de dermatofibroma. Clínicamente es preciso hacer el

INTRODUCCIÓN

Entre las estrategias propuestas para seleccionar las lesiones a extirpar en pacientes con múltiples *nevus* atípicos se encuentran la utilización de controles fotográficos de toda la superficie corporal^{1, 2} y el uso de la dermoscopia^{3, 4}. Los controles fotográficos pueden facilitar la detección de lesiones nuevas y/o cambiantes. La dermoscopia puede ofrecer una valiosa información adicional dirigida a valorar si una pequeña lesión pigmentada nueva y/o cambiante tiene probabilidades de ser un pequeño melanoma incipiente. En tal caso esa lesión deberá ser extirpada sin demora. En muchas ocasiones la imagen dermoscópica permite asegurar la benignidad de la lesión, lo que evita extirpaciones innecesarias⁵.

El retículo pigmentado negativo (RPN) consiste en una malla o red con líneas claras y huecos oscuros. Es un signo dermoscópico infrecuente y controvertido. Existe consenso en admitir su presencia en algunos *nevus* de Spitz^{6,9}. Sin embargo, algunos autores lo consideran también un signo muy específico de melanoma¹⁰, mientras otros han defendido su ausencia en melanomas^{8,9}.

Correspondencia:
Ángel Pizarro. Juliana, 8, bloque 2, bajo A. 28280 El Escorial (Madrid).
Aceptado el 17 de octubre de 2002.

NEGATIVE PIGMENT NETWORK IN A GROWING MELANOCYTIC NEVUS

Abstract.—A pigmented lesion with focal growth was detected during follow-up of a patient with multiple melanocytic *nevi*. Dermoscopy examination revealed a slightly blue zone as well as a zone with negative pigment network in the growing area. A possible diagnosis of early melanoma was considered. Histopathology revealed a compound *nevus* with architectural atypia but without cytologic atypia in the growing area.

Key words: dermoscopy, negative pigment network, *nevus*, early melanoma.

JOSE GREGORIO ALVAREZ PERNANDEZ
ANA PÉREZ CAMPOS
ALBERTO ROMERO MATE

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 17 años con múltiples *nevus* melanocíticos, algunos clínicamente atípicos, seguía revisiones periódicas con objeto de detectar de forma precoz la presencia de lesiones pigmentadas nuevas y/o cambiantes de aspecto problemático. Para facilitar su seguimiento se tomaron fotografías basales (cámara Polaroid Macro 5 SRL) en septiembre de 1999 a la edad de 15 años. En un control efectuado en enero de 2001 se detectó un crecimiento focal en una lesión situada en la espalda (fig. 1). El examen dermoscópico reveló una imagen con dos componentes lesionales bien definidos (fig. 2). El sector correspondiente a la zona estable (E) mostró un patrón relativamente homogéneo no atípico, con algunos glóbulos marrones dispersos, telangiectasias y algunos puntos claros brillantes (pseudoquistes de milio). En conjunto, este examen era compatible con un *nevus* compuesto o intradérmico. El sector correspondiente a la zona inestable en crecimiento (C) mostró un patrón marcadamente diferente, destacando su asimetría estructural en dos ejes, un área de tonalidad ligeramente azulada y otro área (correspondiente al frente de crecimiento de la lesión) mostrando una imagen de RPN (fig. 2). En el diagnóstico diferencial se planteó la posibilidad de melanoma incipiente y se procedió a su extirpación. El estudio histológico del área con dermoscopia no atípica, que no había mostrado cambios durante el seguimiento clínico (sector E), correspondía a un *nevus* compuesto, con predominio del componente

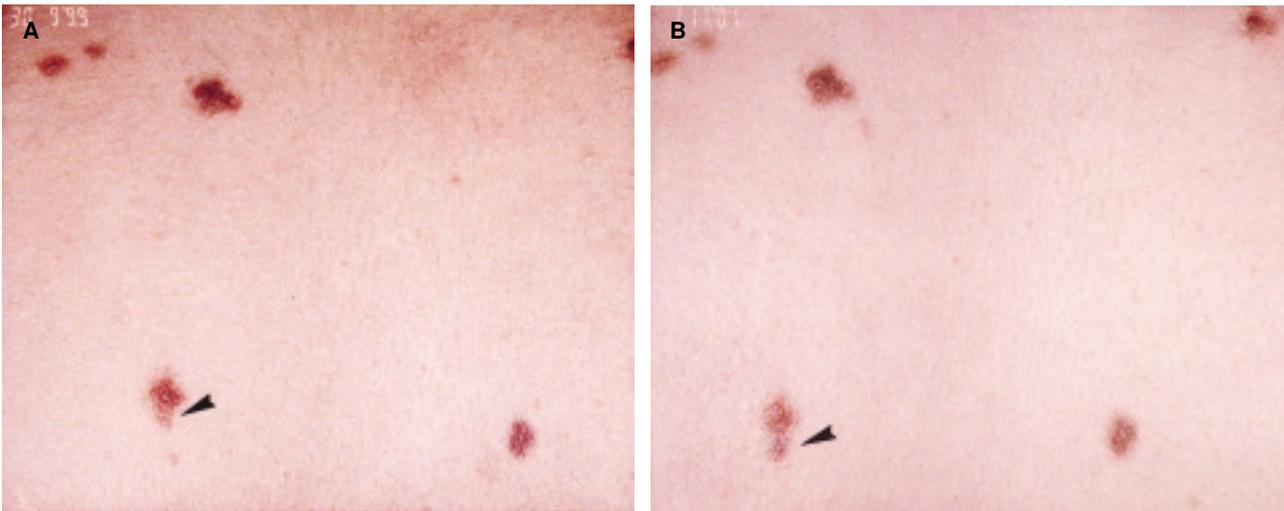


Fig. 1.—A: aspecto clínico inicial de la lesión. B: imagen obtenida 16 meses después. Se indica el sector de la lesión en crecimiento (cabeza de flecha).

intradérmico (fig. 3). En la epidermis se apreciaban pequeñas formaciones quísticas de queratina que justificaban el hallazgo dermoscópico de puntos claros brillantes (pseudocistes de milio).

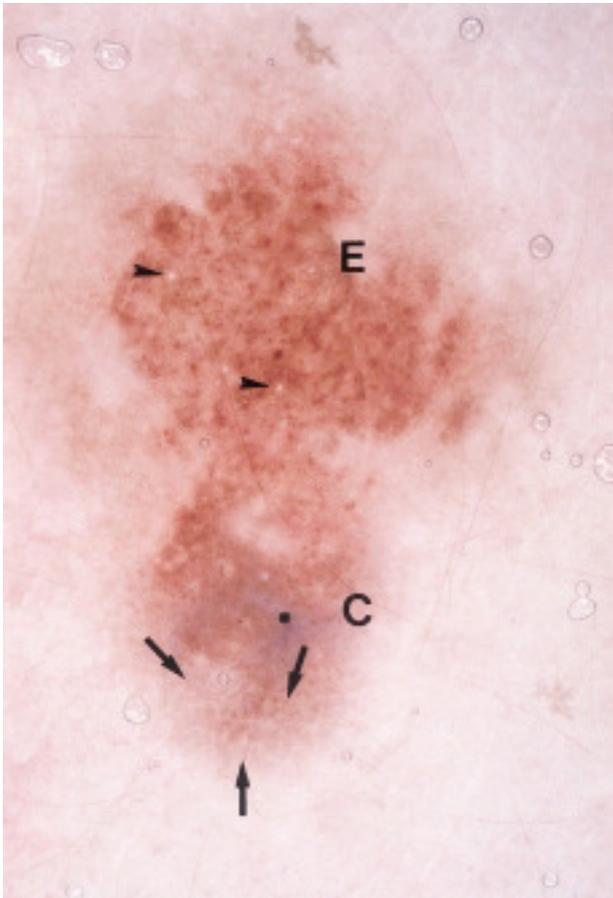


Fig. 2.—Examen dermoscópico. En el sector estable (E) se aprecian algunas imágenes de pseudocistes de milio (cabeza de flechas). En el sector en crecimiento (C) destaca una zona de tonalidad azulada (asterisco) y otra con un retículo pigmentado negativo (flechas).

El área con imagen dermoscópica atípica que había crecido en los meses previos (sector C) mostraba un *nevus* melanocítico compuesto con un componente juntural prominentemente, con atipia arquitectural pero sin atipia citológica (fig. 4). En su porción central se observaron algunos melanófagos en la dermis, lo que podía contribuir a generar el área azulada en la imagen dermoscópica (fig. 2). La atipia arquitectural y la disposición de las tecas, algunas de gran tamaño, serían el sustrato morfológico del RPN en este caso.

DISCUSIÓN

Algunos autores han sugerido que el RPN es un signo dermoscópico muy específico de melanoma¹⁰. Desde esa perspectiva nuestro caso ilustra un falso positivo y sugiere que algunos *nevus* junturales o compuestos en crecimiento pueden mostrar esta inquietante imagen.

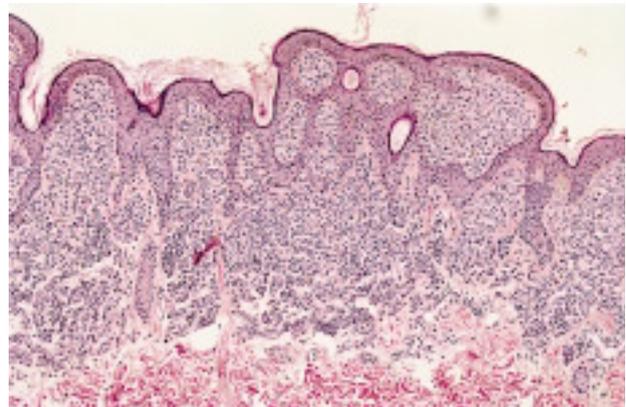


Fig. 3.—Imagen histopatológica de un corte del sector estable (E). *Nevus* melanocítico compuesto de predominio intradérmico sin atipia. Se aprecia algún pequeño quiste córneo en la epidermis (imágenes puntuales brillantes tipo pseudocistes de milio en la dermoscopia).

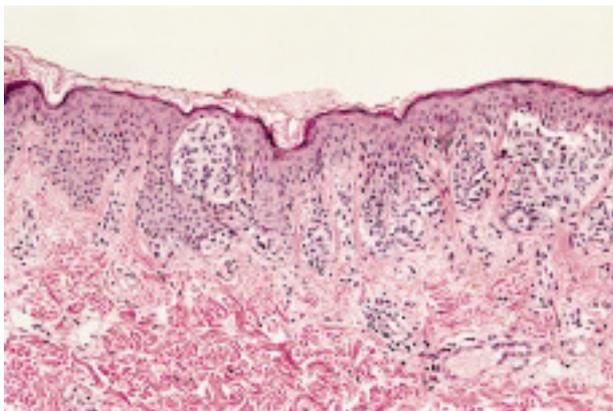


Fig. 4.—Imagen histopatológica de un borde del sector en crecimiento (C). *Nevus* compuesto de predominio juntural con atipia arquitectural pero no citológica. Se aprecia alguna teca de mayor tamaño en el borde de crecimiento del *nevus*.

Además, el RPN ha sido descrito también en *nevus* de Spitz^{5,9} y en algunos *nevus* atípicos^{7, 11}; en este último caso sin mencionar si se trataba de lesiones atípicas estables o en crecimiento en el momento de detectarse dicho signo. Algunos autores consideran que el RPN en el *nevus* de Spitz es debido a la existencia de crestas epidérmicas elongadas y apenas pigmentadas que darían lugar a las líneas claras rodeando huecos más oscuros⁷. Este patrón no estaba presente en nuestro caso. Otros autores han observado que esta imagen puede generarse también por la presencia en la zona juntural de tecas más pigmentadas que los espacios situados entre ellas⁶. Éste es el mecanismo probablemente implicado en nuestro caso. Sin embargo, debemos recordar que la presencia de tecas más pigmentadas que el área lesional en su inmediata vecindad puede contribuir a generar otros patrones dermoscópico en función del tamaño, pigmentación y disposición de las tecas, así como de la distancia entre ellas. La citoarquitectura de los demás elementos estructurales de la lesión puede influir en la imagen final que vemos en el examen dermoscópico.

Aunque el RPN parece ser un signo dermoscópico infrecuente, probablemente puede aparecer en un espectro de lesiones melanocíticas algo más amplio de lo que se creyó inicialmente. A la hora de decidir si extirpamos o vigilamos una lesión pigmentada con este signo, nos parece razonable evaluar conjuntamente la presencia de otros datos clínicos y dermoscópico que puedan resultar problemáticos. En nuestro caso consideramos plenamente justificada la extirpación del *nevus* al tratarse de una lesión focalmente cambiante y presentar, además, una evidente asimetría estructural dermoscópica junto a un área de tonalidad azulada. Este último signo, justificado por la presencia de melanofagia en nuestro caso, puede estar presente también en algunos melanomas^{6, 7}.

Finalmente es interesante destacar que el presente caso refleja cómo la heterogeneidad dermoscópica en una lesión pigmentada puede correlacionarse con la presencia de dos elementos histopatológicamente bien distintos, ya sea por colisión de dos lesiones originalmente independientes o por evolución focal de una lesión inicial hacia otra. Uno de esos elementos puede ser en ocasiones un pequeño melanoma muy incipiente, como se ilustra de forma muy clara en el reciente trabajo de Bauer et al¹². Su diagnóstico podría ser omitido si al tallar la pieza el patólogo no es adecuadamente advertido de que los cortes incluyan ambos componentes lesionales¹². Este factor podría explicar la falta de correlación dermoscópica-patológica en algunos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rhodes AR. Intervention strategy to prevent lethal cutaneous melanoma: use of dermatologic photography to aid surveillance of high-risk persons. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:262-7.
2. Halpern AC. The use of whole body photography in a pigmented lesion clinic. *Dermatol Surg* 2000;26:1175-80.
3. Serrano-Ortega S, Ortega del Olmo RM, Trujillo J. Utilidad de la epiluminiscencia en el diagnóstico diferencial entre melanomas y *nevus* pigmentocelulares. *Actas Dermosifiliogr* 1989;80:866-8.
4. Puig S, Malvey J. La microscopia de epiluminiscencia: ¿es una técnica útil? *Piel* 1999;14:277-9.
5. Soyer HP, Argenciano G, Talamini R, Chimenti S. Is dermoscopy useful for the diagnosis of melanoma? *Arch Dermatol* 2001;137:1361-3.
6. Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P, Landthaler M, Cogneta AB. *Color atlas of dermatoscopy*. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1994.
7. Menzies SW, Crotty KA, Ingvar C, McCarthy WH. *An atlas of surface microscopy of pigmented skin lesions*. Sydney: McGraw-Hill Book Company; 1996.
8. Steiner A, Pehamberger H, Binder M, Wolff K. Pigmented Spitz *nevi*: improvement of the diagnostic accuracy by epiluminiscence microscopy. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:697-701.
9. Pehamberger H, Binder M, Steiner A, Wolff K. *In vivo* epiluminiscence microscopy: improvement of early diagnosis of melanoma. *J Invest Dermatol* 1993;100:356S-62.
10. Menzies SW, Ingvar C, McCarthy WH. A sensitivity and specificity analysis of the surface microscopy features of invasive melanoma. *Melanoma Res* 1996;6:55-62.
11. Katz B, Rabinovitz HS. *Introduction to dermoscopy*. *Dermatol Clin* 2001;19:221-58.
12. Bauer J, Metzler G, Rassner G, Garbe C, Blum A. Dermoscopy turns histopathologist's attention to the suspicious area in melanocytic lesions. *Arch Dermatol* 2001;137:1338-40.