

Nódulo proliferativo en un nevus melanocítico congénito

Proliferative nodule in a congenital melanocytic nevus

Sr. Director:

Existen diversas lesiones benignas que pueden aparecer sobre nevus melanocíticos convencionales que, aunque clínica o histológicamente puedan simular una transformación maligna, tienen un comportamiento benigno¹. Entre éstas están los nódulos proliferativos, que suelen desarrollarse en los nevus melanocíticos congénitos, especialmente en los gigantes, aunque también se observan en los de pequeño tamaño y, en menor medida, en los nevus adquiridos²⁻⁷. Clínicamente, suelen traducirse como un cambio reciente en la coloración de la porción central del nevus, aunque ocasionalmente también aparecen en lesiones que no se han modificado recientemente^{3,5,6}.

Los nódulos proliferativos tienen un comportamiento biológico benigno a pesar de las anomalías arquitecturales que presentan, por lo que no deben confundirse con melanomas. Su identificación es especialmente importante en el período prepuberal, etapa de la vida en la que es excepcional el desarrollo de melanomas⁷.

Presentamos el caso de un varón de 8 años enviado a nuestro servicio por presentar una lesión nodular congénita en el dorso de la mano izquierda. Se trataba de un nódulo de 0,8 cm de tamaño, redondeado, de bordes bien delimitados, de superficie lisa y brillante, y un color rosado marrónáceo (fig. 1). La lesión apareció durante el primer año de vida y había crecido proporcionalmente al desarrollo del niño, sin



Figura 1 Lesión nodular sonrosada, bien delimitada y con la superficie lisa, localizada en el dorso de la mano izquierda.

que se evidenciaron cambios recientes. El paciente refería dolor ocasional con los traumatismos. Al tacto tenía una consistencia gomosa y el signo de Darier era negativo.

Con la impresión diagnóstica de que se trataba de un tumor de células granulosas, un mastocitoma, un tumor aneural o una lesión melanocítica, se realizó una extirpación completa de la tumoración.

Histológicamente, se apreció una proliferación melanocítica dérmica con un componente superficial con las características de un nevus congénito común, pero en continuidad con una amplia área profunda de mayor densidad celular, de límites mal definidos y con un crecimiento nodular expansivo en su base (fig. 2A-C). La composición celular de la porción profunda era heterogénea, con células pequeñas uniformes que se alternaban con áreas de células grandes en las que sólo excepcionalmente se observaron mitosis (fig. 2D,E). El estudio inmunohistoquímico mostró una inmunotinción generalizada para Melan-A y una reactividad para HMB-45 (Human Melanoma Black) limitada a la población de células grandes (fig. 2F). La fracción de proliferación medida con inmunotinción para Ki67 fue de un 1% aproximadamente. Con estos hallazgos se realizó el diagnóstico de un nódulo proliferativo sobre un nevus melanocítico.

Los nódulos proliferativos consisten en proliferaciones dérmicas de un clon de melanocitos que constituyen el nevus, que adquieren una morfología diferente a la del resto de las células que constituyen predominantemente la lesión. Estas proliferaciones tienen la particularidad de que, aunque en ocasiones presentan ciertas anomalías arquitecturales que pueden hacerlas confundir con melanomas, tienen un comportamiento benigno¹⁻⁶.

Los nódulos se identifican con el microscopio a pequeño aumento y se aprecia el contraste entre las células que los forman y los melanocitos adyacentes que constituyen

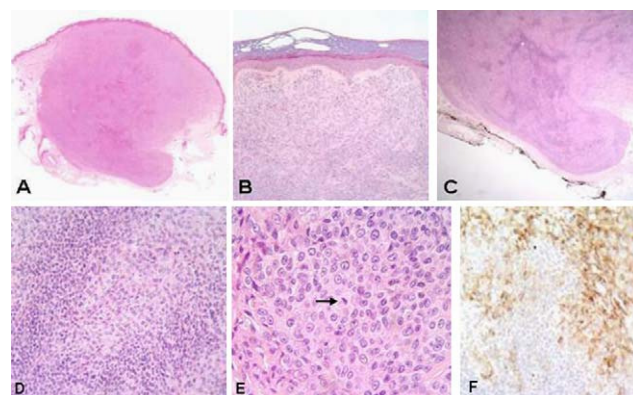


Figura 2 2A-C. Proliferación melanocítica dérmica con un componente superficial con las características de un nevus congénito común, pero en continuidad con un amplia área profunda de mayor densidad celular, de límites mal definidos y con un crecimiento nodular expansivo en su base. 2D-E. La composición celular de la porción profunda era heterogénea, con células pequeñas uniformes que se alternaban con áreas de células grandes en las que sólo excepcionalmente se observaron mitosis. 2F. Reactividad para HMB-45 (Human Melanoma Black) especialmente limitada a la población de células grandes. (hematoxilina-eosina [H-E], A: 1X; B: 40X; C: 25X; D: 100X; E: 400X; inmunoperoxidasa HMB-45, F: 40X).

predominantemente el nevus. Se localizan generalmente en la dermis papilar o media, aunque ocasionalmente se extienden a la dermis profunda⁵.

Esencialmente se han descrito 2 patrones. El más frecuente está constituido por uno o varios nódulos dérmicos de gran tamaño, bien delimitados; el otro patrón, que se observa en el 25% de los casos, está formado por pequeñas agrupaciones compactas de melanocitos que se distribuyen difusamente por la dermis a modo de fascículos y se entremezclan con el resto de las células névicas⁵. Las células que forman los nódulos son grandes, con morfología epitelioides o fusiforme y núcleos ligeramente mayores que los de las células névicas adyacentes.

La inmunotinción para HMB-45 está asociada a la presencia de melanosomas inmaduros (tipos I y II). Normalmente, en un nevus, congénito o adquirido, la inmunotinción es decreciente desde las áreas superficiales a las profundas. La presencia de inmunotinción en el nódulo proliferativo nos orienta únicamente a que son células inmaduras en su dotación de melanosomas.

El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con el melanoma. La existencia de un pleomorfismo marcado, una actividad mitótica importante, necrosis y la presencia de un nódulo bien circunscrito orientarían hacia melanoma⁸. A diferencia de éste, en los nódulos proliferativos existe uniformidad en los núcleos y ausencia de mitosis, necrosis, ulceración, hiperchromasia, patrón de crecimiento destructivo y ausencia de circunscripción^{2,5}. A pesar de que una parte de las células puede mostrar un mínimo grado de atipia nuclear, la proliferación celular es escasa, hecho que puede ponerse de manifiesto con estudios inmunohistoquímicos. De hecho, se emplea el término proliferativo como algo descriptivo, ya que se considera que no se trataría de una verdadera proliferación celular sino, más bien, de una modificación estructural de los melanocitos que constituyen los nódulos debida a una diferenciación terminal de éstos⁶.

Como conclusión, la presencia de una lesión nodular y de cambios en la coloración de un nevus previo debe hacernos pensar en la posibilidad de que se trate de un nódulo proliferativo, caracterizado por su carácter benigno.

Bibliografía

1. Barnhill RL. Pathology of melanocytic nevi and malignant melanoma. Boston: Ed. Butterworth Heinemann; 1995.
2. Leech SN, Bell H, Leonard N, Jones SL, Geurin D, McKee PH, et al. Neonatal giant congenital nevi with proliferative nodules. A clinicopathologic study and literature review of neonatal melanoma. Arch Dermatol. 2004;140:83-8.
3. Aoyagi S, Akiyama M, Mashiko M, Shibaki A, Shimizu H. Extensive proliferative nodules in a case of giant congenital naevus. Clin Exp Dermatol. 2008;33:125-7.
4. Elder DE, Murphy GF. Atlas of tumor pathology: Melanocytic tumors of the skin. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1990 p. 70-8.
5. Collina G, Deen S, Cliff S, Jackson P, Cook MG. Atypical dermal nodules in benign melanocytic nevi. Histopathology. 1997;31:97-101.
6. Ball NJ, Golitz LE. Melanocytic nevi with focal atypical epithelioid cell components: A review of seventy-three cases. J Am Acad Dermatol. 1994;30:724-9.
7. Quaba AA, Wallace AF. The incidence of malignant melanoma arising in large nevocellular nevi. Plast Reconstr Surg. 1986;78:174-181.
8. Mc Kee PH, Calonje E, Granter SR. Pathology of the skin with clinical correlation. 3 ed. Ed. Philadelphia: Elsevier-Mosby; 2005. Capítulo 23, p. 1296.

V. López*, J.M. Martín y E. Jordá

Servicios de Dermatología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: veronica_l@hotmail.com (V. López).

doi:10.1016/j.ad.2009.07.008

Utilidad de las biopsias palmoplantares en lesiones hiperqueratósicas y vesiculopustulosas. Estudio transversal

Value of palmar and plantar biopsies of hyperkeratotic and vesicular pustular lesions: A cross-sectional study

Sr. Director:

El diagnóstico diferencial de lesiones hiperqueratósicas y vesiculopustulosas en las palmas y las plantas resulta complicado y, ocasionalmente, recurrimos a la biopsia cutánea como herramienta diagnóstica. Los principales diagnósticos son eccema, psoriasis (pustulosa y no pustulosa) y micosis¹. Excepto para esta última², los tratamientos se solapan, siendo los corticoides tópicos la primera línea de tratamiento³⁻⁵.

Para evaluar la utilidad de esta práctica llevamos a cabo un estudio transversal en el que se revisó el archivo de Anatomía Patológica desde el año 1983 hasta el año 2006. Nuestra muestra incluyó aquellas biopsias de palmas o plantas con una descripción clínica de hiperqueratosis adquirida o lesiones vesiculopustulosas que planteaban, al menos, uno de los siguientes diagnósticos: eccema, psoriasis o micosis. Consideramos únicamente como resultados anatomopatológicos definitivos aquellos que emitían un diagnóstico inequívoco. Etiquetamos de diagnósticos no concluyentes aquellos calificados como "indicativo de" o "compatible con". Inicialmente se estableció la micosis como único diagnóstico que implicaría un cambio de tratamiento, aunque luego se revisaron todos los diagnósticos para valorar esta posibilidad. La morbilidad secundaria se describió a través de una entrevista telefónica a parte de la muestra (36 pacientes biopsiados durante los últimos 15 años).

Nuestro estudio pretende evaluar la utilidad de estas biopsias en las condiciones reales de la práctica clínica, por