



Figura 3 Imagen clínica de segundo paciente, con placas liquenoides de coloración rosada, localizadas en escroto.

pruebas treponémicas y no treponémicas. La mayoría de los pacientes con infección por el VIH tienen una respuesta serológica normal, aunque pueden observarse falsos positivos de las pruebas no treponémicas, y niveles más altos de lo esperado en ausencia de reinfección. Debe considerarse, también, que puede existir un retraso en la positividad de las pruebas o falsos negativos en las pruebas no treponémicas.

Sobre el tratamiento de la sífilis secundaria, en los pacientes con el VIH, ha existido controversia en relación a su pauta. En la última actualización de las guías CDC de Atlanta, para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual⁸, se recomienda el tratamiento con una sola inyección de penicilina G benzatina $2,4 \times 10^6$ U im, independientemente de si existe o no infección por el VIH, ya que dosis adicionales no han demostrado mayor eficacia.

A pesar de la descripción en la literatura de casos de sífilis secundaria, simulando liquen plano, es destacable en nuestros casos la localización exclusivamente genital, existiendo en la literatura únicamente 2 casos descritos similares⁹. Es necesario, para clínicos y patólogos, considerar esta entidad debido a su gran variabilidad clínica e histológica, con el fin de proporcionar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Menéndez B, Ballesteros J, Clavo P, del Romero J. Increase in syphilis and gonorrhoea among men who have sex with men in Madrid. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:756.
2. Sánchez MR. Sífilis. En: Fitzpatrick TB, Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, et al. *Dermatología en Medicina General*. 7.ª ed, 1.ª reimp. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 1955-1977.
3. Weedon D, Strutton G, Rubin AI. *Spirochetal infections. Skin pathology*. Third edition Churchill Livingstone: Elsevier; 2010. p. 573-80.
4. Baniandrés Rodríguez O, Nieto Perea L, Moya Alonso L, Carrillo Gijón R, Harto Castaño A. Sífilis secundaria nodular en paciente VIH positivo simulando linfoma cutáneo. *An Med Interna (Madrid)*. 2004;21:241-3.
5. Bittencourt M de J, Brito AC, Nascimento BA, Carvalho AH, Nascimento MD. A case of secondary syphilis mimicking palmoplantar psoriasis in HIV infected patient. *An Bras Dermatol*. 2015;90 Suppl 1:S216-9.
6. Tang MBY, Yosipovitch G, Tan SH. Secondary syphilis presenting as a lichen planus-like rash. *JEADV*. 2004;18:185-7.
7. Carbia SG, Lagodín C, Abbruzzese M, Sevinsky L, Casco R, Casas J, et al. Lichenoid secondary syphilis. *Int J Dermatol*. 1999;38:52-7.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Syphilis. *MMWR*. 2015;64:41-3.
9. Narang T, De D, Dogra S, Kanwar AJ, Saikia UN. Secondary syphilis presenting as annular lichenoid plaques on the scrotum. *J Cutan Med Surg*. 2008;12:114-6.

N. Jiménez-Gómez^{a,*}, Á. Hermosa-Gelbard^a,
R. Carrillo-Gijón^b y P. Jaén^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: natjgomez@gmail.com
(N. Jiménez-Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.02.006>

Nevo *spilus* asociado a nevus azul agminado: una combinación infrecuente



Nevus *Spilus* Associated with Agminated Blue Nevus: A Rare Combination

Sra. Directora:

El nevo *spilus*, también conocido como nevus lentiginoso moteado o nevus lentiginoso zosteriforme, es una lesión

melanocítica que se presenta como una mácula basal o parche circunscrito de coloración marrón clara, que contiene en su interior múltiples máculas o pápulas de pigmentación más oscura. Histológicamente, la mácula basal se correlaciona con una hiperplasia lentiginosa de melanocitos en la unión dermoepidérmica, mientras que las lesiones más pigmentadas se corresponden con nevus melanocíticos de la unión o nevus compuestos. Puede ser congénito o más frecuentemente adquirido, con un comportamiento benigno y pocos casos descritos de melanoma desarrollado sobre nevo *spilus*¹. El nevus azul es una lesión de coloración azulada formada por una proliferación de melanocitos

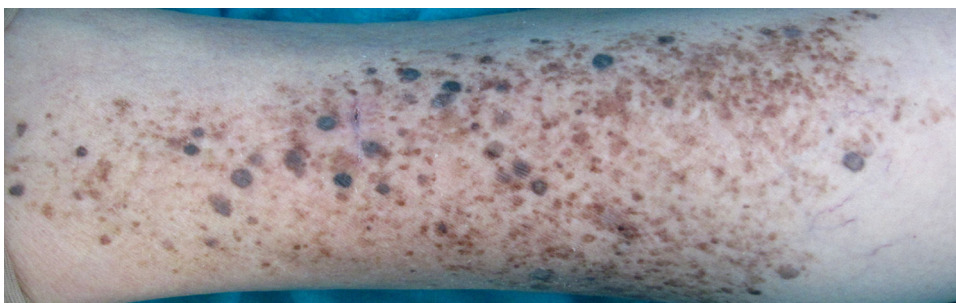


Figura 1 Lesión pigmentada de 10 × 6 cm de diámetro en la cara posterior de la pierna derecha, constituida en la base por una mancha de color marrón claro, presentando en su interior múltiples máculas y pápulas de color marrón oscuro, junto con varios elementos lenticulares azulados.

intradérmicos. Suelen ser lesiones únicas, generalmente adquiridas. Muy raramente se distribuyen en forma de múltiples lesiones agrupadas en un área bien delimitada, normalmente no mayor de 10 cm, denominándose nevus azul agminado². La combinación de nevus azul agminado y nevo *spilus* representa una asociación poco frecuente³.

Una mujer de 79 años, presentaba desde el nacimiento, en la cara posterior de la pierna derecha, una lesión pigmentada asintomática (fig. 1). Al examen físico se apreciaba una placa de 10 × 6 cm de diámetro, que estaba constituida en su base por una mancha de color marrón claro, y se apreciaban en su interior múltiples pápulas de color marrón oscuro, junto con otras lesiones lenticulares azuladas. La dermatoscopia de las pápulas marrónáceas mostraba un patrón melanocítico globular, mientras que las pápulas azuladas presentaban un patrón azul homogéneo (fig. 2).

Se realizaron varias biopsias de la placa pigmentada, evidenciando la histopatología una lesión de patrón combinado (fig. 3). Se observó en la dermis una

proliferación de melanocitos de aspecto fusiforme, sin atipias y acompañados de melanófagos, característico del nevus azul. También se apreció una proliferación de melanocitos en la unión dermoepidérmica con un patrón lentiginoso, que se correlacionó clínicamente con la mancha basal de color marrón claro. Por último, se objetivó un tercer componente constituido por nidos de melanocitos en la dermis superficial con una correcta maduración, sin atipias arquitecturales, que se correspondían con las máculas y pápulas de color marrón oscuro del nevo *spilus*.

Se realizó el diagnóstico definitivo de nevo *spilus* asociado a nevus azul agminado. La paciente refería que el nevo *spilus* estaba presente desde el nacimiento, mientras que las lesiones azuladas fueron apareciendo a lo largo de la vida, y que en los últimos años había aumentado significativamente el número de nevus azules.

El nevus azul se presenta generalmente como una lesión solitaria, aunque raramente pueden aparecer agrupados en un patrón agminado⁴. El nevo *spilus* puede asociarse con el nevus azul, con el nevus melanocítico común o con el nevus

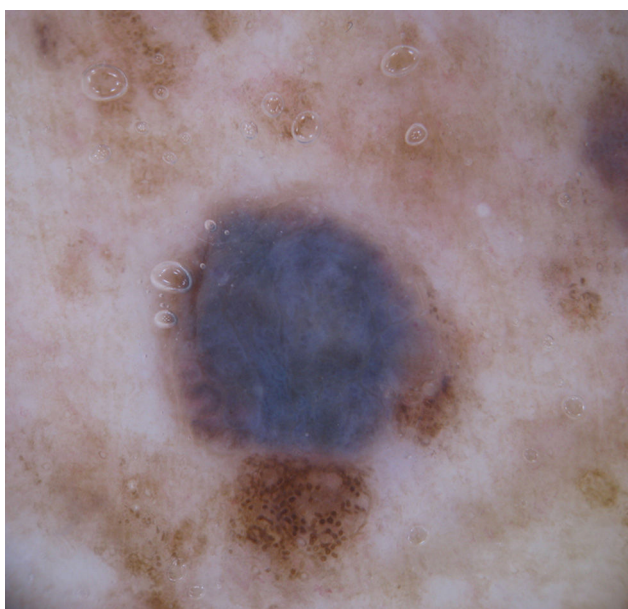


Figura 2 Dermatoscopia que muestra la colisión de un nevus azul con un patrón azul homogéneo, y varios nevus melanocíticos con un patrón globular típico.

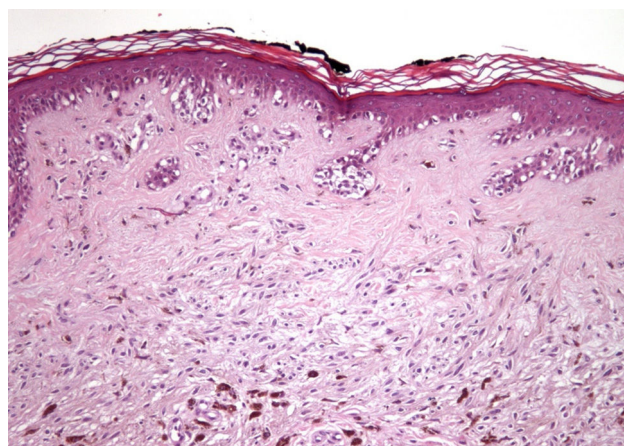


Figura 3 La histopatología muestra una lesión combinada, apreciando los hallazgos característicos de un nevus azul (proliferación dérmica de melanocitos fusiformes acompañados de melanófagos), y los hallazgos correspondientes al nevo *spilus* (proliferación lentiginosa de melanocitos en la unión dermoepidérmica y nidos de melanocitos sin atipia en la dermis superficial) (Hematoxilina-eosina ×10).

de Spitz. La asociación de nevo *spilus* y nevus azul agminado representa una combinación poco frecuente, con pocos casos publicados en la literatura^{3,5}. Kawamura presentó un caso y definió 3 variantes histológicas para esta entidad⁵: tipo I para la combinación de nevus azul y nevus celular; tipo II para la combinación de nevus azul y nevo *spilus*, y tipo III para la combinación de nevus azul y formación nevoide fibromatosa o miomatosa. Existe controversia en cuanto a la casualidad de la asociación, considerando algunos autores que se trata de un fenómeno aleatorio⁵, mientras que otros consideran al nevo *spilus* como un entorno favorable para el crecimiento de otros nevus³. El riesgo de malignización del nevo *spilus* es bajo, aunque se han descrito en la literatura casos de melanoma sobre esta lesión pigmentada⁶⁻⁸. Nuestro caso presenta la rara combinación de un nevo *spilus* con un nevus azul agminado, y a pesar del diagnóstico clínico y dermatoscópico, fue necesario realizar varias biopsias de la placa pigmentada para descartar el diagnóstico de melanoma. Presentamos un caso de nevus azul tipo II de Kawamura, recalando la importancia de realizar un control clínico periódico de las lesiones pigmentadas, y planteando la posibilidad de monitorizar este tipo de lesiones mediante dermatoscopia digital.

Bibliografía

- Hoffman-Wellenhof R, Soyer HP, Smolle J, Kerl H. Spitz's nevus arising on a nevus Spilus. *Dermatology*. 1994;189:265-8.
- Velez A, del-Río E, Martín-de-Hijas C, Furio V, Sánchez Yus E. Agminated blue nevi: Case report and review of the literature. *Dermatology*. 1993;186:144-8.
- Simonetti V, Grenzi L, Piana S, Albertini G, Longo C. Agminated blue nevus combined with nevus spilus: An uncommon association. *Int J Dermatol*. 2015;54:215-6.
- Pizzichetta MA, Soyer HP, Massone C, Cerroni L. Clinical and dermoscopic features of agminated blue nevus. *Arch Dermatol*. 2007;143:1225-6.
- Kawamura T. Atypical blue nevus; report of a case. *Arch Dermatol*. 1950;62:395-9.
- Piana S, Gelli C, Grenzi L, Ricci C, Gardini S, Piana S. Multifocal melanoma arising on nevus spilus. *Int J Dermatol*. 2006;45:1380-1.
- Yoneyama K, Kamada N, Mizoquchi M, Utani A, Kobayashi T, Shin-kai H. Malignant melanoma and acquired dermal melanocytosis on congenital nevus spilus. *J Dermatol*. 2005;32:454-8.
- Ly L, Christie M, Swain S, Winship I, Kelly JW. Melanoma(s) arising in large segmental speckled lentiginous nevi: A case series. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64:1190-3.

D. Ayala^{a,*}, M.D. Ramón^a, M. Cabezas^b y E. Jordá^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dayalca83@hotmail.com (D. Ayala).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.01.013>

Valoración inicial del paciente con lesiones cutáneas pigmentadas



Initial Evaluation of Patients with Pigmented Skin Lesions

Sra. Directora:

La incidencia del melanoma ha aumentado significativamente en España en las últimas décadas, constituyendo actualmente un problema de salud pública¹. El papel del dermatólogo es fundamental para la selección de pacientes de alto riesgo, y para adoptar medidas de prevención primaria y secundaria adecuadas para la detección temprana de cáncer cutáneo¹⁻³.

Existen diversas guías clínicas internacionales, bien estandarizadas, sobre el manejo de pacientes afectos de melanoma⁴⁻⁹, sin embargo no se describe un protocolo de cómo realizar una adecuada anamnesis y exploración física. La guía australiana⁴ propone una evaluación inicial para valorar el riesgo futuro de melanoma (grado de recomendación B), atendiendo a diversos factores que incluyen la edad, el género, la historia previa de melanoma o cáncer cutáneo no melanoma, la historia familiar de melanoma, el número de nevus comunes y atípicos, el color de piel y de pelo, el fototipo cutáneo y el daño actínico.

Con respecto a la evaluación clínica inicial de un paciente que acude a consulta de dermatología por nevus o sospecha de melanoma, se debería realizar una exhaustiva historia clínica en búsqueda de los principales factores de riesgo (tabla 1) y una exploración física completa¹⁻³. No hemos encontrado descrito en la literatura un protocolo de evaluación clínica inicial de este tipo de pacientes. De esta manera, exponemos el abordaje habitual que realizamos en la primera consulta en la unidad de melanoma del Hospital Clínic de Barcelona:

- Historia personal de alergias medicamentosas, hábitos tóxicos, profesión actual y previa, enfermedades conocidas, intervenciones quirúrgicas previas, neoplasias no cutáneas y tratamiento médico habitual.
- Antecedentes personales dermatológicos: dermatosis conocidas, neoplasias cutáneas previas, síndrome de nevus displásico, tratamientos realizados, nevus extirpados previamente y clasificación de riesgo (tabla 2).
- Historia familiar de síndrome de nevus displásico, y neoplasias cutáneas y no cutáneas.
- Historia de exposición solar, protección a radiación ultravioleta (RUV) (tabla 3), patrón de exposición intermitente o crónico, y tiempo dedicado al trabajo y/o actividades de ocio al aire libre.
- Historia detallada de la lesión sospechosa de melanoma^{3,10}: localización, tiempo de evolución, presencia de lesión precursora, síntoma o signo que