

## Imatge diagnòstica

### Paciente con múltiples *nevi* melanocíticos

J. Gutiérrez de la Peña, A. Montis Suau

#### Caso clínico

Una paciente de 36 años de edad, funcionaria de profesión, presenta múltiples *nevi* melanocíticos en tronco y en ambas extremidades superiores e inferiores. Acude a consulta dermatológica para una revisión periódica en prevención de cáncer cutáneo-melanoma. Desde la niñez toma el sol con asiduidad. Hace unos años se le extirpó un tumor pigmentado benigno en el dorso del tronco, cuyo diagnóstico histopatológico fue de *nevus* melanocítico compuesto. Su piel es tipo II según la clasificación de Fitzpatrick: se enrojece al tomar el sol y no se pigmenta con facilidad. Se le ha recomendado gran prudencia con el sol y evitar las quemaduras solares.

*Antecedentes patológicos personales:* Destaca anemia ferropénica, actualmente tratada con suplementos férricos. Además, padece un colon irritable que controla con grageas de mebeverina y, desde hace años, una dermatitis crónica y recidivante de las manos, en tratamiento con cremas de corticoides (metilprednisolona aceponato emulsión) y medidas de protección.

*Exploración dermatológica:* En la región preesternal se aprecia un tumor pigmentado de un tamaño de 1 por 0,8 cm, que ha ido creciendo con el tiempo. Es asimétrico, de borde irregular, y con coloración marrón-negruzca (figura 1).

Además presenta múltiples tumores pigmentados, de tamaño diverso, en el tronco, en las extremidades superiores y en las inferiores. También cabe destacar la presencia de un *nevus* pigmentado irregular de 8 por 5 mm, en la nalga derecha, y de un *nevus* melanocítico de 3 mm de diámetro en la planta del pie derecho, que por sus características atípicas se aconseja vigilar periódicamente.

Se procede a extirpar quirúrgicamente el tumor pigmentado preesternal, que es remitido al laboratorio de Anatomía Patológica. El estudio histológico aprecia



Fig 1.

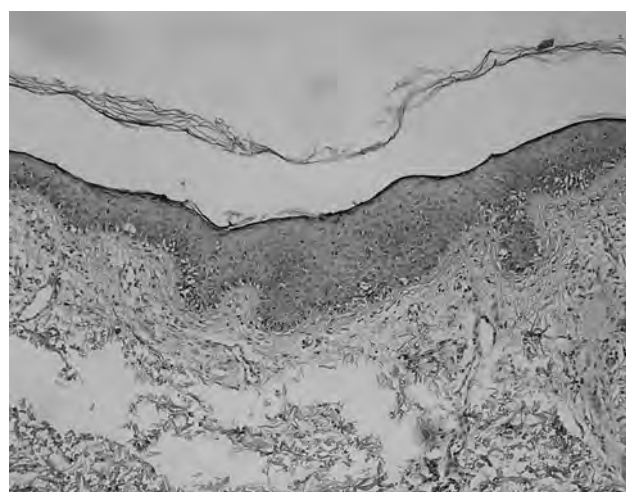


Fig 2.

hiperplasia melanocítica juncional lentiginosa (figura 2).

¿Cuál es su diagnóstico?

*Diagnóstico clínico:* Nevus melanocítico atípico.

*Diagnóstico histopatológico:* Nevus melanocítico displásico juncional.

#### Comentario

Desde el punto de vista clínico, el *nevus* atípico examinado era sospechoso de estar evolucionado a melanoma maligno, al cumplir los criterios del acrónimo ABCD, por lo que era importante extirparlo y proceder a su análisis anatomopatológico.

El acrónimo ABCD ayuda al médico al diagnóstico precoz de posible melanoma cutáneo. La sigla A se refiere a la asimetría: los *nevi* nevocíticos son redondos y simétricos y los melanomas iniciales son asimétricos; la letra B corresponde al borde: en las lesiones benignas son regulares, y en la mayoría de los melanomas son irregulares y festoneados; la sigla C, de color: en los lunares benignos suelen ser de color marrón claro u oscuro, pero bastante homogéneo, mientras que los melanomas tienen varios tonos de color, como marrón, rojizo, azulado, blanco y negruzco; por último la letra D indica el diámetro: las lesiones benignas suelen ser menores de 6-8 mm, mientras que los melanomas son mayores, cambian de aspecto y crecen.

Hoy en día el dermatólogo dispone de aparatos con lentes de aumento, denominados dermatoscopios, que ayudan a establecer el diagnóstico al permitir examinar las lesiones pigmentadas, apreciando mejor todas las variables mencionadas de color, forma, relieve y detalles del pigmento.

El informe anatomopatológico de la lesión extirpada indicaba hiperplasia melanocítica juncional lentiginosa leve, displasia celular leve con fibrosis dérmica positiva e infiltración linfocitaria focal leve. El límite de resección se encontraba respetado. En cuanto a la malignidad, aunque no reunía los criterios del melanoma, se aconsejaba vigilancia periódica.

Los *nevi* melanocíticos benignos son unas manchas o tumores pigmentados de la piel. Pueden aparecer desde el nacimiento mismo y se desarrollan a lo largo de la vida. Lo habitual en un adulto es encontrar entre 20 a 30 de estos tumores en el cuerpo. Su número depende de factores hereditarios, del tipo de la piel, de las exposiciones solares y de ciertas circunstancias vitales que, como los embarazos, pueden favorecer su desarrollo. Aunque son lesiones benignas, cualquier cambio en su aspecto, aumento de tamaño o sobre elevación puede indicar transformación maligna. Despierta asimismo la sospecha de mutación cancerosa el aumento en la intensidad de la pigmentación, especialmente si es de aspecto irregular acompañado de signos de regresión focal, o si aparece una areola pigmentada alrededor de un *nevus* melanocítico previo. Otros signos de alarma como son erosiones, sangrado, inflamación, enrojecimiento, endurecimiento o prurito, pueden avisar del inicio de un melanoma maligno.

Existen *nevi* melanocíticos pigmentados congénitos

gigantes cuyo tamaño se relaciona con predisposición a sufrir un proceso de malignización (a mayor tamaño, mayor predisposición), por lo que deben ser revisados periódicamente. En otras ocasiones se aprecian cambios en los *nevi* melanocíticos, como inflamación o supuración, que pueden deberse a una foliculitis subnévica, a enquistamiento o al desarrollo de otras lesiones benignas. No obstante, el melanoma cutáneo puede desarrollarse en una piel sana sin lesión pigmentada previa, pues se origina a expensas de los melanocitos, presentes en toda la superficie cutánea y en las mucosas, como en boca o en la zona vulvo-vaginal, y en otros órganos como las membranas pigmentadas del ojo y de las meninges.

Es primordial establecer el diagnóstico precoz del melanoma para conseguir curarlo, pues su extensión por metástasis a otros órganos como ganglios linfáticos, hígado, pulmones, cerebro, etc., disminuye mucho las posibilidades de supervivencia porque, en las fases avanzadas, es uno de los cánceres más agresivos y malignos, resistente a todas las modalidades terapéuticas oncológicas actuales.

Debido al abuso de la exposición solar entre la población, la incidencia del melanoma aumenta cada año, si bien su mortalidad disminuye gracias a la detección precoz, a la que contribuyen las campañas de revisión de los lunares y manchas cutáneas.

Las personas más susceptibles para desarrollarlo son aquellas con antecedentes familiares, los que hayan presentado con anterioridad un *nevus* displásico o un melanoma y los que presentan un número alto de *nevi* melanocíticos en la piel. Son personas de riesgo también aquellos cuyas manchas cutáneas cambian de aspecto, las personas de piel y ojos claros, que se queman fácilmente al sol y se broncean poco. Son factores adicionales de riesgo los antecedentes personales de quemaduras solares importantes en la infancia o adolescencia, y exponerse muchas horas al sol por razones profesionales o deportivas o por afición a broncearse. Más allá de los efectos beneficiosos para la salud, tomar el sol puede convertirse en una auténtica adicción.

*Nevus* displásico es un término anatomopatológico, definido por Clark en 1978. Se trata de *nevi* melanocíticos clínicamente atípicos, con un diámetro de 6 a 12 mm, de configuración irregular y asimétrica, de bordes policíclicos mal definidos, y un color que varía entre el rosado y el marrón, con tonos negruzcos.

Puede observarse un borde rojizo y en el interior de la mácula nódulos excéntricos negruzcos. Nuestra paciente presentaba esta variedad de *nevus* melanocítico. Se da una variante hereditaria de síndrome del *nevus* displásico o síndrome B-K mole, una forma familiar con presencia de múltiples *nevus* displásicos y melanomas. Cabe añadir que desde siempre se han dado discrepancias entre los dermatólogos y los anatomopatólogos, algunos de los cuales, de gran prestigio científico como Ackermann, dudan de la existencia de estos *nevus* displásicos, y prefieren hablar de melanoma "in situ".

Para prevenir el melanoma y los demás cánceres de piel debe evitarse la exposición solar entre las 11 y las 17 h., exponerse de forma progresiva al sol y evitar las quemaduras solares. Es preferible utilizar protectores solares de alto nivel de protección, adecuados para cada tipo de piel, pero no usarlos para aumentar el tiempo de exposición. No debe exponerse a los bebés al sol y es preferible proteger a los niños con camisetas y gorras. Hay que tener en cuenta que la reflexión de los rayos solares por el agua del mar, la arena y la nieve incrementa el daño solar.

La mejor estrategia contra la epidemia de melanoma maligno que actualmente padecemos es la prevención y el diagnóstico precoz. El tumor puede curarse si se trata precozmente, mediante extirpación quirúrgica.

No toda lesión pigmentada es melanoma. De hecho, la mayoría de las lesiones pigmentadas son queratosis seborreicas, y con menor frecuencia carcinomas basocelulares pigmentados. Es esencial, no obstante, imponer la prudencia en nuestra conducta médica, ya que el melanoma maligno puede simular otros procesos tumorales, y proceder a la exéresis-biopsia de cualquier lesión sospechosa.

En resumen, el melanoma es un tumor de malignidad extraordinaria, con tendencia a dar metástasis precoces por vía linfática y hemática, que puede evolucionar de modo imprevisible. La extirpación quirúrgica debe realizarse lo más precozmente posible. En caso de duda (si una mancha cambia de tamaño, de forma o de color) consultar al dermatólogo. Éste examinará el tumor, y si es necesario lo extirpará para que el patólogo establezca el diagnóstico histopatológico de benignidad o malignidad.

