

Indicaciones de estudio y derivación de los nevos melanocíticos



G. Roustán Gullón¹, F. Caballero Martínez²

¹Dermatólogo. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Profesor Asociado Universidad Autónoma. Madrid.

²Médico de Familia. Jefe de Estudios Medicina Familiar y Comunitaria del Área 6 de Madrid. Servicio Madrileño de la Salud.

¿QUÉ SON LOS NEVOS MELANOCÍTICOS?

Los nevos (en latín, *nevus* o *nevi* en plural) melanocíticos son neoplasias benignas de células derivadas del melanocito (células *névicas*). Los melanocitos son células dendríticas de origen ectodérmico (cresta neural), que se localizan en la capa basal de la epidermis entre los queratinocitos (en un número aproximado de uno entre cada cinco) y también en la capa basal de la matriz del folículo piloso. Sintetizan la melanina, sustancia vital para la protección frente a la radiación solar. Aunque la palabra nevo o *nevus* se usa como sinónimo de nevo melanocítico o lunar, realmente solo significa hamartoma y es por ello que hay que añadir el *apellido* melanocítico, ya que existen nevos originados en otras líneas celulares: nevo lipomatoso, nevo elástico, nevo epidérmico, nevo sebáceo... que no tienen relación con los nevos melanocíticos y por tanto no se asocian al desarrollo de melanoma.

Suelen aparecer en las dos primeras décadas de la vida en mayor o menor número dependiendo de factores genéticos, fenotípicos (capacidad para broncearse, piel clara, cabello rubio y ojos claros) y ambientales como la exposición solar o la quemadura solar en la primera infancia: está demostrado que a mayor exposición solar en los primeros años de vida, aparecen un mayor número de nevos melanocíticos.

Es importante identificar los nevos melanocíticos o lunares porque, a diferencia de otros tumores benignos típicos de la edad pediátrica como los angiomas, son potenciales precursores y/o marcadores del melanoma cutáneo: aproximadamente un 30% de los melanomas se originan en un nevo melanocítico previo; por tanto, es fundamental realizar un diagnóstico correcto y seleccionar adecuadamente las lesiones pigmentadas que precisan un seguimiento periódico. Además, en los últimos años, como ocurre con el melanoma del adulto, parece estar aumentando la incidencia de melanoma en la edad pediátrica³, sobre todo en la se-

gunda década de la vida (la mayoría de los casos aparecen entre los 15 y los 17 años).

Los nevos melanocíticos se clasifican en dos grandes grupos: congénitos o adquiridos.

Nevos melanocíticos congénitos

Son aquéllos que están presentes en el nacimiento. Se observan en el 1%-5% de los recién nacidos. Hay que tener en cuenta que algunos nevos que aparecen en los primeros años de vida tienen un aspecto clínico e histológico similar a los *auténticos* nevos melanocíticos congénitos. Son los denominados nevos de tipo congénito o de comienzo precoz.

Los nevos melanocíticos congénitos se clasifican a su vez en:

- Pequeños: menores de 1,5 cm.
- Medianos: entre 1,5 y 20 cm.
- Gigantes: mayores de 20 cm.

Clínicamente se caracterizan por máculas ovaladas bien delimitadas de color marrón claro homogéneo con una superficie lisa y escasamente pilosa. Con el tiempo suelen crecer, en la misma o en menor proporción que el resto de la superficie corporal, volverse verrugosos, aumentar su pigmentación y desarrollar folículos pilosos terminales. No es raro observar lesiones satélites de menor tamaño, sobre todo en los nevos melanocíticos gigantes. En ocasiones adoptan un patrón vestimentario (en manguito, en calzón...) (figura 1). Aparecen de forma esporádica en la mayoría de los casos, aunque se han descrito casos familiares. Pueden asociarse a otras anomalías del desarrollo, especialmente los gigantes, como la melanosis meníngea (sobre todo los de localización paravertebral o axial), la espina bífida o el meningocele.

Los nevos melanocíticos gigantes son precursores de melanoma; hasta en un 5% de los casos pueden malignizarse, sobre todo en los primeros años de vida, detectándose por la aparición de un nódulo dérmico más que por los cambios morfológicos. El melanoma puede aparecer también en el sis-

tema nervioso central en los casos de melanosis menígea. Dada su dificultad potencial de extirpación, habrá que valorar el riesgo/beneficio de su extirpación completa a partir de los seis primeros meses de vida, ya que se han descrito casos de melanoma tras extirpaciones parciales o aparentemente totales, por lo que la extirpación debe alcanzar la fascia muscular².

El desarrollo de melanoma sobre nevos melanocíticos congénitos medianos es un tema controvertido, pues no hay resultados concluyentes en cuanto a un mayor riesgo de melanoma que en los nevos melanocíticos adquiridos, o si estos pacientes tienen un riesgo elevado de presentar un melanoma en otra zona de la piel a lo largo de los años. Lo que está unánimemente aceptado es que casi nunca aparecen antes de los 18 años, por lo que en la actualidad no se aconseja su extirpación profiláctica precoz, sino su derivación al Servicio de Dermatología para seguimiento y control periódico del nevo y del resto de las lesiones pigmentadas del paciente³.

Los nevos melanocíticos congénitos pequeños, muchas veces indistinguibles de los adquiridos, tampoco parecen tener un riesgo significativamente mayor de desarrollar melanoma, con lo que su manejo es similar al resto de las lesiones pigmentadas en la edad pediátrica: control periódico y derivación ante signos clínicos atípicos o cambios en su morfología, como veremos luego.

Nevos melanocíticos adquiridos

Son lesiones melanocíticas que aparecen después del nacimiento, especialmente en la infancia y adolescencia. Al ser tan frecuentes, existe una gran variedad morfológica y suelen aparecer en número variable y con una clara historia familiar en los pacientes con lesiones numerosas. Los nevos melanocíticos adquiridos que denominamos comunes⁴, la gran mayoría, solo

precisan un control periódico de su evolución por parte del pediatra; es en esa edad cuando van a aparecer y tendrán cambios morfológicos y fisiológicos paulatinos. Suelen comenzar como una mácula puntiforme hiperpigmentada lisa (léntigo simple o nevo melanocítico juntural) que con el tiempo se vuelve ligeramente elevada y se extiende aunque sin adquirir nunca un gran tamaño (nevo melanocítico compuesto), mostrando un aspecto homogéneo, bien circunscrito y de coloración uniforme. Ya en la edad adulta, a veces también en la adolescencia, pueden tornarse verrugosos (sobre todo en la cara) o papilomatosos (en el tronco).

Habrà que ser más cuidadoso con los pacientes con nevos melanocíticos múltiples (más de 75), antecedentes familiares de melanoma o nevos melanocíticos clínicamente atípicos.

Dentro de la edad pediátrica existen algunas variantes muy características:

Nevus spilus

Mancha café con leche que suele estar presente en el nacimiento, sobre la que aparecen posteriormente en la infancia numerosas lesiones diminutas hiperpigmentadas puntiformes (figura 2). A veces la mancha es poco apreciable. Puede asociarse a neurofibromatosis o a otras alteraciones del desarrollo. Se han descrito algunos casos de melanoma sobre *Nevus spilus*, por lo que se aconseja su seguimiento y control periódico⁵.

Nevo de Spitz

Es el único nevo melanocítico que se caracteriza por no estar pigmentado (excepto su variante nevo fusocelular, más propia de mujeres jóvenes, de pequeño tamaño, coloración negruzca y de localización preferente en las piernas) y aparecer sobre todo en la infancia.

Figura 1. Nevo melanocítico congénito con patrón vestimentario



Figura 2. *Nevus spilus* en el tronco



Suele ser una pápula solitaria de color rojizo y aspecto vascular (figura 3) de crecimiento inicial rápido hasta alcanzar un tamaño de 1-2 cm⁶. En ocasiones puede sangrar, pudiéndose confundir con una lesión tipo angioma como el granuloma piogénico. Se localiza sobre todo en la cara y en las extremidades inferiores. Raramente son múltiples y agrupados en una misma zona (nevos de Spitz agminados). Su importancia radica en que en ocasiones el diagnóstico diferencial histológico con el melanoma es difícil (simulador histológico de melanoma), y en ocasiones es imposible tal distinción.

Nevo con halo o de Sutton

Típico de niños mayores o adolescentes, se caracteriza por la aparición de un halo blanco/acrómico alrededor de uno o varios nevos preexistentes. El halo progresa gradualmente hasta producirse una regresión completa del nevo, aunque no siempre. Se debe a un fenómeno autoinmune de rechazo de las células melanocíticas, aunque esto no significa que estos pacientes no puedan desarrollar melanoma. Suelen padecer vitiligo con más frecuencia. Dado que se produce un cambio significativo en el nevo, y que se ha descrito en ocasiones este fenómeno del halo en algunos melanomas (más en adultos), se debe realizar un seguimiento y control periódico de estas lesiones⁴.

Nevo melanocítico atípico o de Clark

Son lesiones melanocíticas que tienen rasgos clínica e histológicamente irregulares. Aparecen en la adolescencia o más raramente en la infancia tardía, bien de forma esporádica/solitaria, o de forma múltiple, con una historia familiar de nevos atípicos y/o melanoma (síndrome del nevo atípico/melanoma familiar). Aunque no está completamente demostrado,

parecen ser un factor de riesgo para desarrollar melanoma, tanto sobre el mismo nevo (precursor de melanoma) como en otra zona (marcador de melanoma).

Se caracteriza por una lesión de mayor tamaño (5-15 mm) que el nevo melanocítico adquirido común, ligeramente elevada en el centro y con una zona maculosa periférica menos pigmentada y a veces eritematosa, que le da el “aspecto de huevo frito” (figura 4). Suele ser más irregular, peor definido y con colores más abigarrados, por lo que se utiliza el término de “patito feo” para diferenciarlo del resto de los nevos melanocíticos adquiridos comunes del paciente. Este tipo de nevo melanocítico, al cumplir algunos criterios de alarma o sospecha (ABCD), precisa un seguimiento estrecho, y se aconseja su extirpación si hay cambios en su control evolutivo. El diagnóstico precisa de una confirmación histológica. Muchas veces no se correlacionan los hallazgos clínicos con los histopatológicos⁷.

Nevo azul, nevo de Ota e Ito

El nevo azul es una pápula o nódulo dérmico solitario de consistencia firme, de 0,5-1 cm, de color azulado o grisáceo, bien delimitado, que se localiza sobre todo en el dorso de las manos o de los pies, en las nalgas y en la cara. Suelen aparecer en la pubertad, aunque pueden ser congénitos, en cuyo caso son de mayor tamaño⁸.

El nevo de Ota es una mácula extensa azul grisácea que afecta a la esclerótica y a la piel adyacente al ojo, que aparece en la infancia. Se denomina nevo de Ito cuando se localiza en la región acromioclavicular.

Su coloración se debe a que deriva de los melanocitos dérmicos, como la mancha azul mongólica. El desarrollo de melanoma es excepcional en estos casos, y podría dar lugar a confusión cuando la lesión tiene un aspecto muy negruzco.

Figura 3. Nevo de Spitz en el brazo



Figura 4. Nevo melanocítico atípico en un niño (hiperpigmentación central, halo claro)



¿CUÁNDO ESTÁ INDICADA LA DERIVACIÓN DE LOS NEVOS MELANOCÍTICOS AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA?

Los nevos melanocíticos son los tumores benignos cutáneos más frecuentes en la infancia y, en principio, la mayoría de ellos solo van a necesitar un seguimiento y control anual periódico por parte del pediatra. Pero, teniendo en cuenta su gran heterogeneidad, que se pone de manifiesto en el apartado anterior, debemos seleccionar cuáles son los pacientes y los tipos de nevos melanocíticos en los que está indicada su derivación al Servicio de Dermatología.

- Nevos melanocíticos precursores o marcadores de melanoma:
 - Nevos melanocíticos congénitos gigantes.
 - Nevos melanocíticos atípicos, solitarios o múltiples, con signos clínicos de alarma ABCD.
- Nevos melanocíticos con cambios evolutivos o con signos de alarma ABCD:
 - Cualquier nevo congénito o adquirido en cuya evolución se haya constatado algún cambio morfológico o sintomático (sangrado, prurito).
 - Nevos con halo o de Sutton.
- Nevos melanocíticos para confirmación diagnóstica:
 - Nevo de Spitz.
- Nevos melanocíticos que precisan mayor seguimiento y control
 - Nevo melanocítico congénito mediano.
 - Nevo melanocítico común en paciente con antecedentes de melanoma en familiar de primer grado.
 - Nevo melanocítico común en paciente con historia familiar de nevos atípicos (confirmado histológicamente).
 - Nevo melanocítico común en paciente con antecedentes de quemadura solar.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS CLÍNICOS QUE HAY QUE VALORAR EN LOS NEVOS MELANOCÍTICOS Y CÓMO SE INTERPRETAN?

En el manejo de las lesiones pigmentadas son muy importantes⁹:

- **El examen visual y el uso de la regla ABCDE:** Asimetría, Bordes irregulares, Colores abigarrados o múltiples (el más llamativo), Diámetro mayor de 6 mm (no es útil

en los nevos congénitos), Elevación o, más exactamente, cambio reciente, factor cada vez más importante. Sigue siendo el patrón oro en el diagnóstico de las lesiones pigmentadas. Cuando se observan algunos de estos signos de alarma en un nevo se debe derivar o hacer al menos un seguimiento muy estrecho. Esta regla, menos el diámetro, nos puede ser también útil en los nevos melanocíticos congénitos pequeños. Hay que tener en cuenta algunas peculiaridades, como por ejemplo: los nevos de la zona genital y mamaria suelen ser irregulares, en los nevos con halo los cambios de coloración son la norma, y los nevos de la uña son bandas lineales, no ovaladas regulares y en los que no se observa hemorragia. Otros signos de alarma son la hemorragia, el prurito... En niños, sobre todo en atópicos, en ocasiones se produce una reacción eczematosa en su superficie, con prurito y descamación superficial.

- **La microscopía de epiluminiscencia o dermatoscopia** (manual o digital)⁷ es una técnica diagnóstica no invasiva de amplificación de la imagen, más un sistema de iluminación específico de luz polarizada, que evita la distorsión producida por la reflexión y refracción de la capa córnea. Mejora la precisión diagnóstica y es muy útil en el seguimiento de las lesiones pigmentadas, ya que permite el registro, almacenamiento y monitorización de las imágenes captadas. Con este sistema no es necesario un control fotográfico de las lesiones. Es menos útil en nevos de gran tamaño, como los nevos melanocíticos congénitos gigantes o medianos, donde se siguen haciendo controles fotográficos y dermatoscopías parciales. Es una técnica especializada que se realiza en una Unidad Especializada del Servicio de Dermatología. Tiene sus propios criterios diagnósticos.
- **Extirpación y estudio histopatológico:** para confirmación del tipo de nevo y descartar melanoma en lesiones atípicas.

¿QUÉ MEDIDAS PREVENTIVAS PODEMOS REALIZAR?

- Mentalizar a los padres y/o tutores de la necesidad de un seguimiento periódico de las lesiones pigmentadas, y familiarizarlos en la regla ABCD.
- Educación para la salud: conductas saludables frente a la exposición a la radiación solar de los hijos y los padres (se heredan los genes y también los hábi-

tos), utilizando cremas de protección solar si se realizan actividades al aire libre, sobre todo en verano, evitando la exposición en horas centrales del día y llevando ropa adecuada en exposiciones prolongadas: gorros, camisas manga larga, gafas...¹⁰. Recordarles que la mayoría de los melanomas se relacionan con la exposición solar aguda intermitente o recreacional, durante los primeros 20 años de vida.

- Recordar a los padres y a los niños que cuanto más se expongan al sol en los primeros años de vida, mayor número de nevos aparecerán en la piel, sobre todo en personas de piel clara y si sufren quemaduras solares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jen M, Murphy M, Grant-Kels JM. Childhood melanoma. *Clinics in Dermatology*. 2009;27:529-36.
2. Hernández A, Torrelo A. Últimos datos sobre el riesgo de malignización de los nevos melanocíticos congénitos: el debate sobre el tratamiento continúa. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:185-9.
3. Sahin S, Levin L, Kopf AW, Rao BK, Triola M, Koenig K *et al*. Risk of melanoma in medium-sized congenital melanocytic nevi: a follow-up study. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39:428-33.
4. Luelmo Aguilar J. Nevus melanocítico en la infancia. *An Esp Pediatr*. 2001;54:477-83.
5. Corradin MT, Zattra E, Fiorentino R, Alaibac M, Belloni-Fortina A. Nevus spilus and melanoma: case report and review of the literature. *J Cutan Med Surg*. 2010;14:85-9.

6. Requena C, Requena L, Kutzner H, Sánchez Yus E. Spitz nevus: a clinicopathological study of 349 cases. *Am J Dermatopathol*. 2009;31:107-16.

7. Morales Callaghan AM, Castrodeza Sanz J, Martínez García G, Peral Martínez I, Miranda Romero A. Estudio de correlación clínica, dermatoscópica e histopatológica de nevos melanocíticos atípicos. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:380-9.

8. Murali R, McCarthy SW, Scolyer RA. Blue nevi and related lesions: a review highlighting atypical and newly described variants, distinguishing features and diagnostic pitfalls. *Adv Anat Pathol*. 2009;16:365-82.

9. Fernández Chico N, Domingo Herranz H, Ribera Pibernat M. Los motivos de consulta dermatológica más frecuente en pediatría (II). *FMC*. 2007;14:343-53.

10. De Maleissye MF, Beauchet A, Aegerter P, Saiag P, Mahé E. Parents attitude related to melanocytic nevos count in children. *Eur J Cancer Prev*. 2010;19:472-477.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Ferrándiz C. *Dermatología clínica*, 3ª ed.. Editorial Elsevier; 2009. Libro ameno y práctico que incluye un estupendo capítulo sobre nevos melanocíticos.
- Torrelo A. *Dermatología en Pediatría general*, 1ª ed. Editorial Aula Médica; 2008. El libro de uno de nuestros mejores Dermatólogos Pediátricos.
- Puig S, Malveyh J. *Principios de Dermatoscopia*, 2ªed. Editorial CEGE; 2009. Para el que quiera profundizar más en la técnica de la microscopía de epiluminiscencia.