

MONOGRAFIA

NEVUS DISPLASICO: SU RECONOCIMIENTO CLINICO Y CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Cock, Jairo Mesa

RESUMEN

Existe un espectro de enfermos con nevus displásico y dentro de ellos hay una predisposición al desarrollo de melanoma maligno. El diagnóstico de la entidad se basa inicialmente en el reconocimiento de unas características clínicas sugestivas que deberán confirmarse con el estudio histológico. Se presenta un compendio de tales hallazgos. (PALABRAS CLAVE: Nevus Displásico. Clínica. Histología).

CUADRO CLINICO

El primer paso en el proceso diagnóstico del nevus displásico (ND), es el reconocimiento clínico de tales lesiones. En los primeros años de la vida, no se pueden diferenciar de los nevus nevocíticos comunes¹.

Alrededor de la pubertad, los nevus displásicos toman las características clínicas propias que sugieren esta lesión, la cual también aumenta de número en la pubertad. Entre los hallazgos claves están:

1. Gran cantidad de lesiones.
2. El "hombro" pigmentado que se extiende más allá del perímetro de la lesión central (Foto No. 1).
3. Un diámetro relativamente grande (mayor de 6 mm).
4. Marcada heterogeneidad (Fotos Nos. 2, 3, 4, 5).

Se pueden dividir en: pequeños (menos de 5 mm), medianos (6-14 mm) y grandes (más de 15 mm). Se describen varias formas clínicas:

Macular, en "blanco de tiro", oscuro, claro, elevado en el centro, eritematoso, lentiginoso y el que simula al melanoma maligno y del que puede ser difícil diferenciarlo, pero no imposible (Biopsia).

Se ha sugerido que las áreas oscuras en un ND indican un melanoma maligno (MM). Series estadísticas diferentes, reportan degeneración hacia MM en aproximadamente el 3% de los ND, en un promedio de seguimiento de 14 meses. Esto es casi 3 veces el promedio de riesgo del MM que se espera en la vida^{2, 3}.

En resumen, el primer paso en el proceso que lleva al diagnóstico del ND es el reconocimiento clínico de la lesión. Esto permite individualizar una serie de pacientes que se hallan predispuestos al MM.

HISTOPATOLOGIA

Existen puntos de vista controvertibles entre los Dermatohistopatólogos:

Para unos²⁻³, es indispensable observar característicamente hiperplasia de melanocitos basales con citología atípica, lo que incluye hiperchromatismo y agrandamiento de los núcleos.

Esto se halla asociado con:

Alargamiento de las redes de crestas epidérmicas, Infiltrado linfocítico dérmico superficial, fipropiasa lamelar y concéntrica del dermis papilar. Puede haber alguna neoformación de vasos (Fotos Nos. 6, 7, 8).

Para otros⁴, el ND es un nevus compuesto, en el cual el componente intraepidérmico se extiende más allá del componente dérmico (Foto No. 1), lo que se describe como el "hombro". Sostienen que este hallazgo arquitectural histológico es la característica más importante y que no es necesario que se observe atipia celular.

El espectro del ND⁵ va desde el esporádico, muy común, hasta el raro síndrome de los nevos displásicos que corresponde a los pacientes con ND y presencia de MM en más de un familiar. Esto ya se ha observado en una familia de Manizales. La mayoría de los MM que se originan en el ND, son del tipo superficial.

SUMMARY

There are a tendency to develop malignant melanoma whitin patients with dysplastic nevus. Their diagnosis is based first of the clinical characteristics and then with the histologic study. This is a summary of these findings. Key word: Nevus Dysplastic, Clinic-Histology.

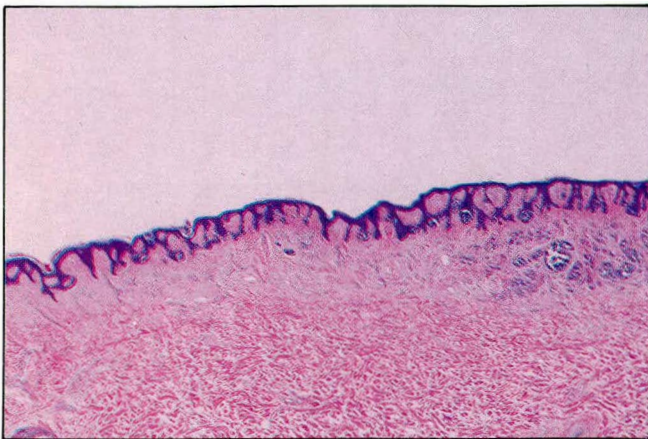


Fig. No. 1: La panorámica con bajo aumento demuestra la presencia de grupos de melanocitos intra epidérmicos por fuera de la zona principal de acúmulo de células névicas dérmicas, lo que se denomina el "hombro".



Fig. No. 2: Variedad de nevos displásicos, con borde irregular y varias tonalidades de pardo-rojizo. Los tamaños pueden variar entre 5 y 15 mm, lo cual es usualmente mayor que en los nevos melanocíticos corrientes.



Fig. No. 3: Los nevos displásicos pueden localizarse en áreas expuestas y no expuestas y suelen aparecer a lo largo de la vida adulta. Frecuentemente poseen una elevación central palpable.



Fig. No. 4: Pueden seguir apareciendo continuamente, especialmente en las áreas expuestas al sol.



Fig. No. 5: Además de su aparición familiar, existen casos esporádicos que se relacionan con melanoma, o en enfermos con alto riesgo de desarrollarlo.

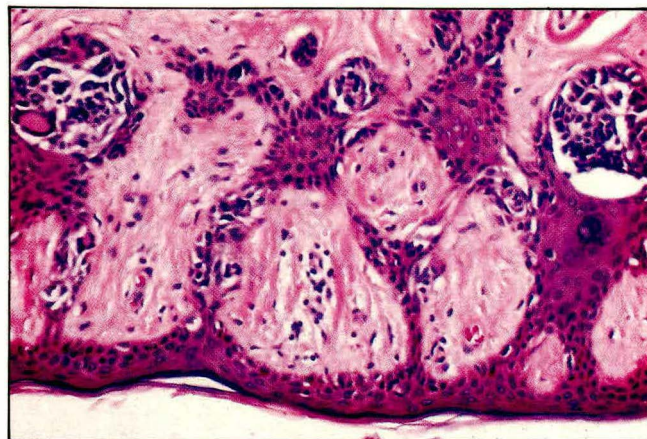


Fig. No. 7: En las teclas se aprecia atipia celular, con elementos grandes de aspecto epiteloide. Hoy fibroplasia lamelar de la dermis papilar.

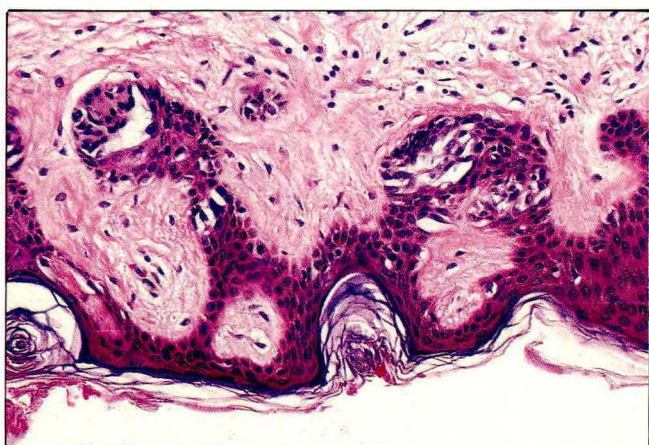


Fig. No. 6: Grupos de células névicas atípicas agrupadas en teclas en la unión dermo-epidérmica, extendiéndose hacia la dermis superior.

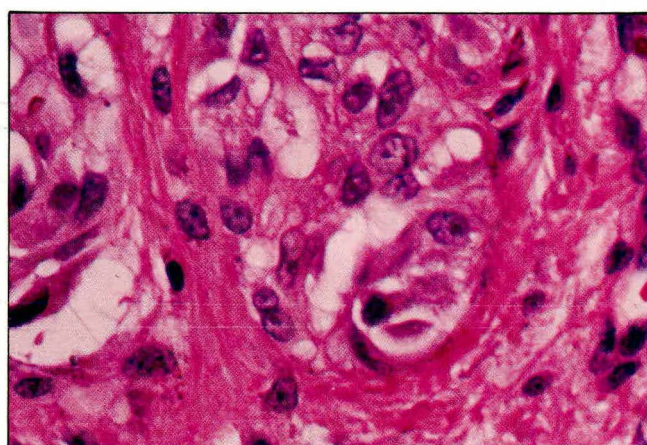


Foto No. 8: Los melanocitos muestran una citología atípica, con hiper cromatismo y aumento del tamaño nuclear.

REFERENCIAS

1. Friedman RJ, Heilman ER, Riegel DS, Kopf AW. The Dysplatic nevus: Clinical and pathological features *Dermatologic Clinics* 1985; 3: 239-249.
2. Elder DE, Green MH, Guerry D, Kraemer KH, Clark WH. The dysplastic nevus syndrome. Our definition. *Am J Dermatopathol* 1982; 4: 455-460.

3. Kraemer K. Dysplastic nevi as precursor to hereditary melanoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1983; 9: 619-622.
4. Ackerman AB. Macular and papular lesions of malignant melanoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1983; 9: 615-618.
5. Lever W F Dysplastic nevus syndrome. In Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin*. 1983 6th Ed JB Lippincott Co. Philadelphia pp 716-718.