

# Nevo spilus y melanoma: ¿qué sabemos hoy?

## Nevus spilus and melanoma: what we know today?

Julieta Ruiz Beguerie<sup>1</sup> y Ariel Sehtman<sup>2</sup>

### RESUMEN

A pesar de que el melanoma en un nevo spilus es muy poco frecuente, más de 40 casos han sido publicados. Para explorar la evidencia de la asociación entre estas entidades efectuamos una búsqueda en la literatura que abarca de 1965 a 2015. Realizamos esta revisión, donde se resumieron las características del huésped, del melanoma y del nevo spilus. Se tomaron en cuenta el tipo de melanoma y el espesor de Breslow, el tipo de nevo spilus, la topografía, el sexo y la edad del paciente, y el curso clínico del tumor. Encontramos que el 72% de todos los melanomas en nevo spilus se clasificó como melanomas extensivos superficiales y el 7,5% fue metastásico. El 61% de los melanomas se produjo en pacientes de sexo femenino. Los tumores invasivos tenían un espesor medio de Breslow de 2,4 mm. En las mujeres, las extremidades inferiores fueron los sitios más frecuentes (el 70% de los casos), mientras que en los hombres se observaron en el tronco (el 65% de los casos). Sobre la base de esta información creemos que el potencial maligno de los nevos spilus debe ser considerado en las evaluaciones futuras sobre su seguimiento. También queremos crear conciencia sobre su probable asociación con melanoma y las posibles diferencias biológicas entre los nevos spilus que van a desarrollar melanoma y aquellos que no lo harán (*Dermatol. Argent., 2015, 21 (3): 174-183*).

### Palabras clave:

*melanoma,  
nevus spilus,  
nevo spilus.*

### ABSTRACT

Although melanoma in a nevus spilus is rare, more than 40 cases have been reported in the literature. To explore the evidence of the association between these entities we conducted a literature search covering the years between 1965-2015. We conducted this review, summarizing the characteristics of the host, the melanoma and nevus spilus considering the type of the melanoma and Breslow thickness, type of nevus spilus, topography, gender and age of the patient and the clinical course of the tumor. We found that 72% of all melanomas in a spilus nevus were classified as superficial extensive melanomas and 7,5% were metastatic. Sixty one percent of melanomas occurred in female patients. Invasive tumors have a mean Breslow thickness of 2.4 mm. In women, the lower extremities were the most frequent locations (70 % of cases) while in men it was the trunk (65%). Based on this we believe that the malignant potential of nevus spilus should be considered in future assessments to monitor this type of nevus as well as we raise awareness of the probable association between melanoma and nevus spilus and the possible biological differences between the nevus spilus that will develop melanoma and those who will not (*Dermatol. Argent., 2015, 21 (3): 174-183*).

### Keywords:

*malignant melanoma,  
nevus spilus,  
nevi spilus.*

Fecha de recepción: 5/6/2015 | Fecha de aprobación: 3/9/2015

<sup>1</sup> Médica de planta. Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Austral, Universidad Austral

<sup>2</sup> Médico de planta. División Dermatología, Hospital de Clínicas José de San Martín (UBA)

Correspondencia: Julieta Ruiz Beguerie. jruiz@cas.austral.edu.ar

## Abreviaturas

<b>NS:</b>	nevus spilus
<b>MMC:</b>	melanoma maligno cutáneo
<b>MES:</b>	melanoma extensivo superficial
<b>MN:</b>	melanoma nodular
<b>MD:</b>	melanoma desmoplásico
<b>MMSS:</b>	miembros superiores
<b>MMII:</b>	miembros inferiores

## Introducción

El nevo spilus (NS), también denominado nevo lentiginoso zosteriforme, nevo sobre nevo y nevo lentiginoso moteado, es una neoformación pigmentada plana de aspecto lentiginoso con un moteado más oscuro en su superficie que corresponde a nidos de melanocitos. Puede presentar un aspecto maculoso o papuloso. Este moteado se incrementa con la edad y tras la exposición solar. El NS afecta a ambos sexos por igual y suele aparecer desde el nacimiento o durante la infancia. Su patogenia es desconocida, pero como suele distribuirse de manera segmentaria, se considera que sería secundaria a una malformación de los melanocitos y mutaciones somáticas activadoras del HRAS.<sup>1</sup> Su localización más frecuente es a nivel del tronco o de las extremidades (fotos 1 y 2). La histopatología evidencia en la zona maculosa un lentigo simple con un exceso de pigmento melánico tanto en los melanocitos como en queratinocitos basales, mientras que a nivel de las áreas moteadas se observa un nevo de la unión o un nevo compuesto. Por la posibilidad de evolucionar a un melanoma, se aconseja seguir a los pacientes que presenten este tipo de nevo.<sup>2-4</sup>

Ito y Hamada le dieron el nombre de “nevus spilus” a una lesión de la piel caracterizada por la presencia de una mácula melánica con un nevo melanocítico dentro de la misma.<sup>5,6</sup> Los términos “nevus lentiginoso manchado” fueron acuñados por Stewart para describir la misma lesión. Estas dos formas de diagnóstico se utilizan indistintamente.<sup>7</sup>

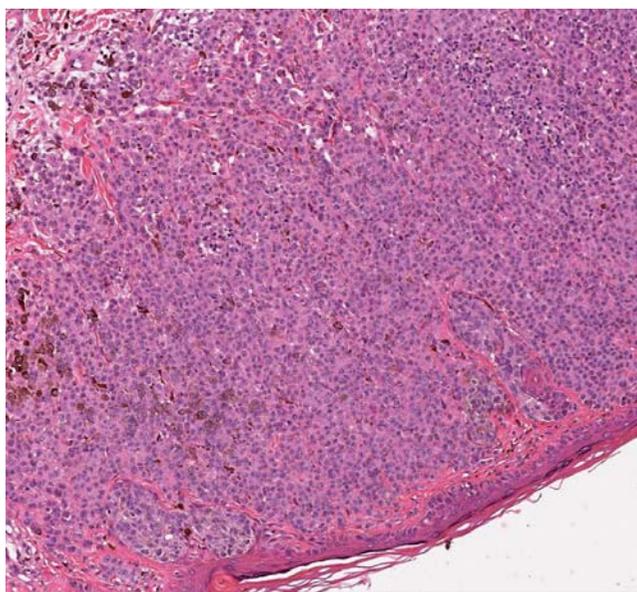
Cohen en 1970 redefinió los términos NS a aquellos que demuestran las siguientes características histológicas principales: la mácula muestra una epidermis con una elongación de la luz de la cresta interpapilar con un marcado exceso de pigmento melánico en los melanocitos y queratinocitos basales, que alcanzan a veces la capa córnea.<sup>8</sup>



**FOTO 1.** MES de 5 mm sobre nevo spilus de 9 x 3 cm en el tronco.

En 1957 Perkinson describió el primer caso en la literatura de melanoma maligno cutáneo (MMC) en un NS y desde entonces el NS ha sido ampliamente debatido por su posible asociación con el melanoma.<sup>9</sup>

El NS tiene una prevalencia estimada del 2% y puede ser congénito o aparecer en la vida adulta.<sup>10,11</sup> A pesar de que se informa que la mayoría de los casos es del tipo congénito, no hubo casos de NS descritos entre 1.058 recién



**FOTO 2.** MES sobre un nevo spilus con un espesor de Breslow de 1,1 mm y un nivel de Clark III (HyE, x20).

nacidos examinados por Walton ni entre los 4.641 estudiados por Alper.<sup>12,13</sup>

Schaffer describió ciertas características en común entre los NS:<sup>11</sup>

1. Por lo general, de aparición al nacimiento o poco después. Son manchas hiperpigmentadas iniciales que pueden desarrollar manchas más oscuras a través del tiempo.
2. Los patrones de distribución reflejan el desarrollo embrionario como una aguda demarcación en la línea media, lesiones a lo largo de las líneas de Blaschko y se pueden encontrar también lesiones con formas divididas que involucran al párpado superior e inferior.
3. Comportamiento hamartomatoso como puntos que se desarrollan y que pueden variar con el tiempo (por ejemplo, nevo de Spitz seguido de nevo azul).
4. Transición de NS a nevus melanocítico congénito clásico.
5. Lesiones híbridas de NS y nevus melanocíticos congénitos clásicos.

El NS aparece inicialmente como una mácula y luego se desarrollan pápulas dentro de la lesión entre las edades de 6 y 39 años.<sup>14</sup> No tiene predilección de sitio topográfico y puede variar de tamaño desde menos de 1 cm hasta 20 cm. Por lo general se describe como una lesión sin pelo, pero ha habido informes de NS pilosos asociados con melanoma.<sup>14,15</sup>

Histológicamente, las pápulas pigmentadas son características de un nevo de la unión o nevo compuesto. En algunos casos se hallan nevo de Spitz, nevo azul o nevo intradérmico.<sup>16,17</sup>

## Discusión

El NS se pueden clasificar en tres tipos según su tamaño y distribución: pequeño o mediano (< 1,5 mm o < 20 cm respectivamente), gigante ( $\geq$  20 cm) y zosteriforme.<sup>18</sup> Una clasificación clínica propuesta por Vidaurri de la Cruz y Happle en 2006 divide a los NS en dos subtipos: maculosos y papulosos.<sup>3</sup>

El NS maculoso se define como una mácula de color marrón claro uniforme que contiene múltiples y pequeñas máculas oscuras en su interior. En contraste con el NS papuloso, el NS maculoso tiene motas que se distribuyen de manera uniforme en el lugar y que recuerda a un patrón de lunares. En el examen histopatológico las motas

muestran crestas interpapilares alargadas que contienen un mayor número de melanocitos. En la punta de las papilas, los melanocitos forman nidos en la unión dermo-epidérmica, una característica que se ha llamado modelo “lentigo”. El aspecto clínico del NS maculoso es bastante estable, aunque se ha comunicado un aumento en el número de motas. A veces se confunde con lentiginosis unilateral parcial.<sup>4</sup>

Por otro lado, el NS papuloso se define como una mácula de color marrón claro que contiene múltiples pápulas y nódulos de color marrón oscuro o negro, además de pequeñas máculas. En contraste con el NS maculoso, las motas superimpuestas muestran un tamaño bastante desigual y una distribución no uniforme, comparable con un mapa de las estrellas. Histopatológicamente las pápulas y nódulos representan nevus melanocíticos intradérmicos o compuestos. El subtipo papuloso tiende a mostrar un curso bastante dinámico. Al nacer, la mácula de color marrón claro aún puede estar completamente libre de las manchas oscuras que se desarrollarán progresivamente durante la infancia y la adolescencia.<sup>4</sup>

En el pasado, el NS fue visto como una lesión benigna sin potencial maligno. Aunque el melanoma que surja dentro de NS no es común, más de 40 publicaciones de casos, series de casos y estudios de observación han descrito esta asociación, algunos inclusive con desarrollo de metástasis.<sup>19,20</sup> Para varios colegas, el NS puede presentar un mayor riesgo de desarrollar un MMC que los nevus melanocíticos congénitos. Se observó esto en 2.000 melanomas analizados durante un período de 15 años, donde un mayor número surgió de NS que de nevus melanocíticos congénitos clásicos.<sup>19,21,22</sup>

El potencial maligno del subtipo papuloso parece ser menor que el del maculoso, probablemente debido a mutaciones diferentes de ambos nevus.<sup>4</sup> La mayoría de los dermatólogos ha tomado conciencia ahora del potencial de desarrollar un melanoma dentro de un nevus spilus. Sin embargo, las guías para la evaluación y seguimiento del NS no están aún disponibles en dermatología clínica.

La mayoría de los casos encontrados en esta revisión tiene un melanoma en un NS congénito (89%) (tabla 1). El 48% de todos los casos comunicados en la literatura con un melanoma era de tamaño mediano (menos de 20 cm) (figura 1). La edad media de los pacientes para estos casos fue de 51 años, que es mayor en comparación con la edad media de los pacientes que desarrollaron un melanoma en un nevus melanocítico congénito (15,5 años). Se encon-

TABLA 1. Casos de melanoma sobre nevus spilus<sup>14,15,18,19-21,26,32-56</sup>

Estudio	Género	Edad	Tipo de NS	Topografía	Tipo melanoma	Breslow/Clark
Corradin T., 2014, Italia	M	80	Mediano/ congénito	MMII	MM in situ	S/D
Cecchi R., 2012, Italia	M	47	Mediano congénito	Tronco	MES	0,4
Karam S.L., 2012, EE.UU.	M	68	Mediano/ congénito	MMSS I	MES	1,13
Angit C., 2011, Inglaterra	F	65	Mediano/ congénito	Tronco	MES	1,1/III
Ly L., 2011, Australia	F	38	Mediano/ adquirido	MMII D	MES	2,55/IV
Ly L., 2011, Australia	F	20	Mediano/ congénito	MMII D e I	MES	0,70/IV
Ly L., 2011, Australia	F	47	Gigante congénito	MMII I	MTS	0,75; 0,70/IV; III
Ly L., 2011, Australia	F	49	Gigante congénito	MMII I	MES	In situ/I
Stella A., 2011, Austria	F	78	Gigante congénito	MMII	MN	S/D
Corradin M.T., 2010, Italia	F	65	S/D	MMII I	MN	S/D
Haenssle H.A., 2009, Alemania	M	42	Zosteriforme/ adquirido	Tronco	MES	0,6
Meguerditchian A.N., 2009, EE.UU.	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Abecassis S., 2006, Francia	F	53	Gigante	Tronco	MD	1,1/ IV
Abecassis S., 2006, Francia	M	34	Zosteriforme/ congénito	MMSS D	MN MTS	8/IV
Abecassis S., 2006, Francia	M	44	Gigante	Tronco	MES MTS	2,8/ IV
Abecassis S., 2006, Francia	M	56	Mediano	Tronco	S/D	0,4/II
Abecassis S., 2006, Francia	M	32	Mediano	MMII	MES, MN	3,5; 1,25/III
Piana S., 2006, Italia	M	28	Mediano	MMSS I	MES	1/III
Zeren-Bilgin I., 2006, Turquía	M	45	Mediano/ congénito	Tronco	MN	8/IV S/D
Yoneyama K., 2005, Japón	F	85	Congénito	MMII D	MES	S/D
Weinberg J.M., 1998, EE.UU.	S/D	S/D	Congénito	S/D	S/D	S/D
Grinspan D., 1997, Argentina	F	44	Mediano	Tronco	MES	S/D
Cox N.H., 1997, Inglaterra	S/D	S/D	S/D	S/D	MES	S/D
Rojas H., 1996, Chile	S/D	S/D	S/D	Tronco	MES	S/D
Vázquez-Doval J., 1995, España	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Borrego L., 1994, España	S/D	S/D	Congénito	S/D	MES	S/D
Vignale R.A., 1994, Uruguay	S/D	S/D	Zosteriforme	S/D	MES	S/D
Krahn G., 1992, Alemania	S/D	49	S/D	S/D	MES	S/D
Kurban R.S., 1992, EE.UU.	S/D	S/D	Gigante	S/D	S/D	S/D
Rutten A., 1990, EE.UU.	F	50	Mediano/ congénito	MMII I	MES	S/D
Guillot B., 1991, EE.UU.	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Bologna J.L., 1991, EE.UU.	M	43	Zosteriforme/ congénito	Cara/cuello	MES MTS	S/D
Stern J.B., 1990, Siria	S/D	S/D	Zosteriforme	S/D	S/D	S/D
Rhodes A.R., 1990, EE.UU.	F	79	Congénito	MMII D	S/D	S/D
Wagner R.F., 1989, EE.UU.	M	61	Mediano/ congénito	S/D	S/D	In situ
Brufau C., 1986, Francia	F	63	S/D	S/D	MES	S/D
Vion B., 1985, Francia	F	38	Zosteriforme/ congénito	MMII D	S/D	S/D
Nguyen K.Q., 1982, EE.UU.	F	40	S/D	S/D	S/D	S/D
Perkinson N.G., 1957, EE.UU.	F	44	S/D	S/D	S/D	S/D

**F:** femenino; **M:** masculino; Mediano: > 1,5 < 19,5 cm; Gigante: > 19,5 cm; **MMII:** miembro inferior; **MMSS:** miembro superior; **D:** derecho; **I:** izquierdo; **MES:** melanoma extensivo superficial; **MN:** melanoma nodular; **MTS:** metástasis; **MD:** melanoma desmoplásico; Breslow: en mm; **S/D:** sin dato.

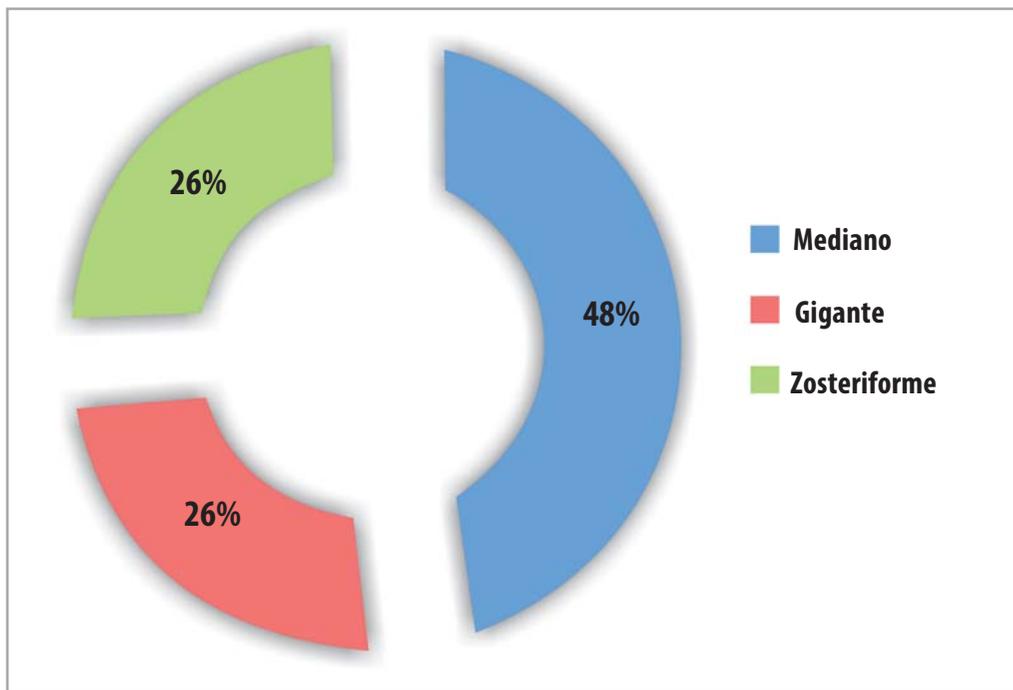


FIGURA 1. Tamaño de nevo spilus.

tró que el 75% de todos los melanomas dentro de un NS se clasificó como MES, el 18% como MN, el 3,5% como in situ y el 3,5% como MD<sup>14,15,18,19-21,26,32-56</sup> (figura 2). Veintitrés de los melanomas en un NS ocurrieron en

pacientes de sexo femenino y 17 en pacientes masculinos. En el grupo femenino, las extremidades inferiores fueron el sitio más comúnmente especificado. Diez casos, de un total de 13 pacientes que su topografía fue publicada con

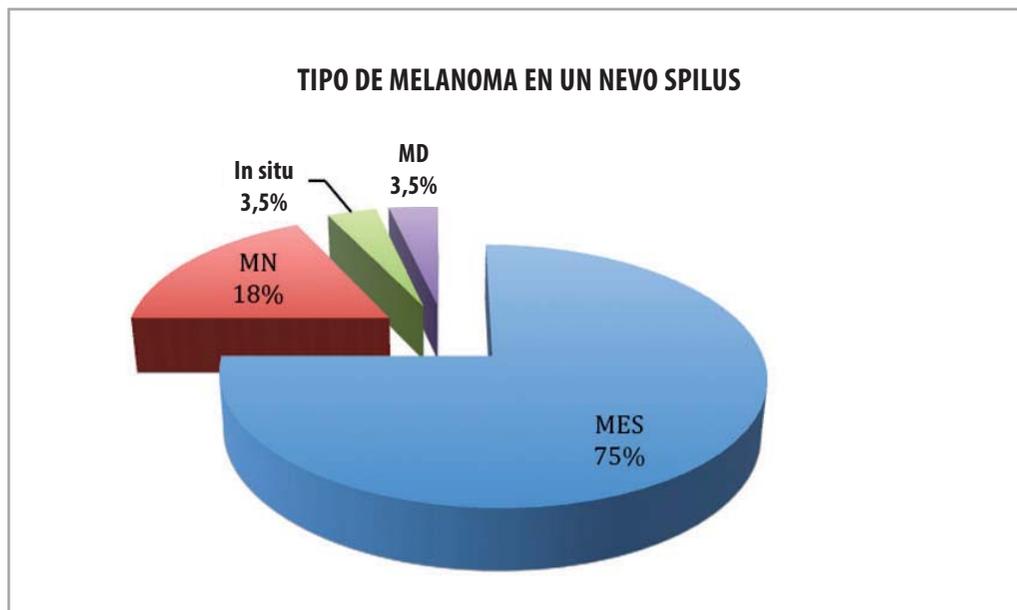
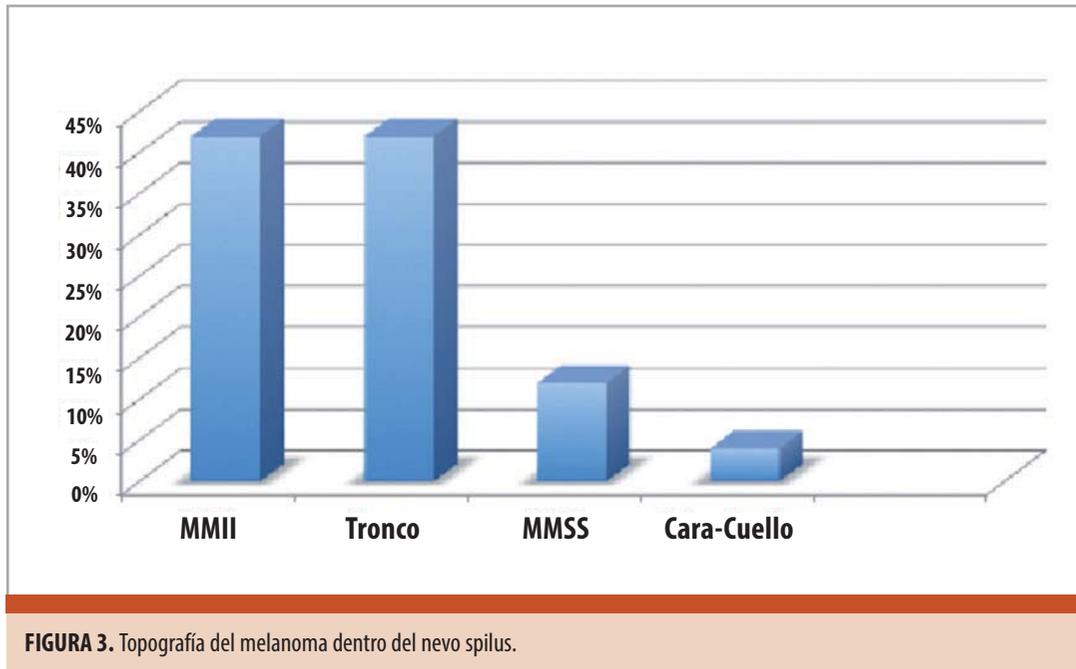


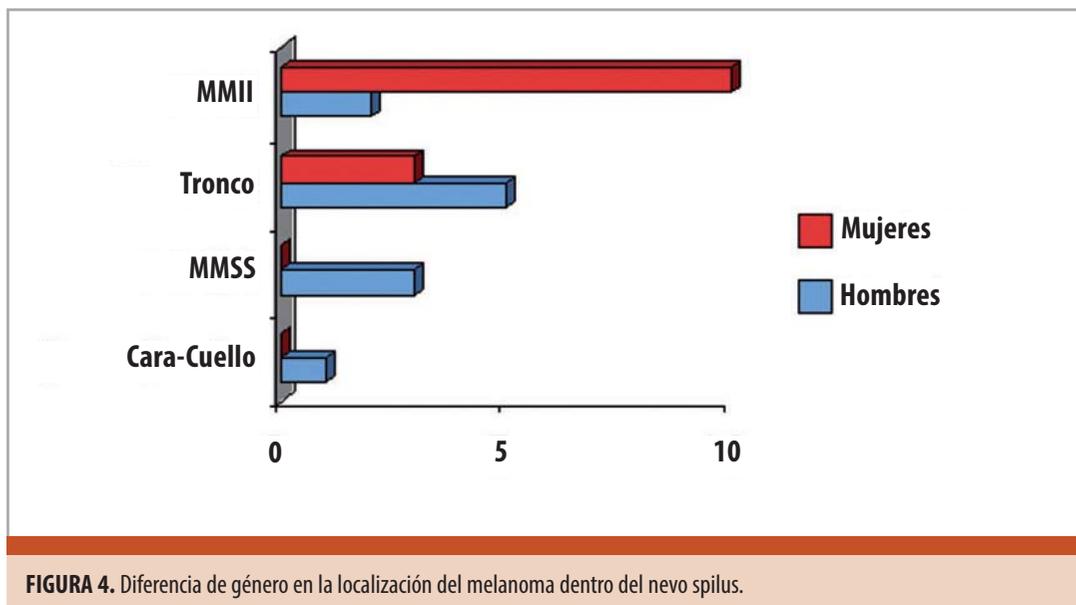
FIGURA 2. Tipo de melanoma.



especificidad, fueron en extremidades inferiores, mientras otros 3 casos fueron en tronco. En pacientes masculinos, 5 de los casos de melanoma se produjeron en tronco y 3 en miembros superiores, seguidos por 2 casos en los miembros inferiores, y en cabeza y cuello en un caso (figuras 3 y 4). Los tumores invasivos tenían un espesor medio de Breslow de 2,4 mm. Tres de los 40 casos de todos los melanomas fueron metastásicos.<sup>18,26</sup> Estos datos se aseme-

jan a los porcentajes que se encuentran en los melanomas fuera del NS.<sup>23</sup>

Se ha planteado la hipótesis de que el riesgo relativo de transformación maligna del NS puede estar relacionado con el número de nevos presentes dentro de la lesión.<sup>24</sup> Los estudios epidemiológicos sugieren que el número de nevos en la piel se encuentra bajo fuerte control genético y el nivel de exposición al sol determina su expresión final



en la primera infancia. Por otra parte, se ha encontrado que el locus S-metil-5'-thioadenosina fosforilasa (MTAP) puede estar asociado con el riesgo de melanoma y con el número de nevos.<sup>19, 25, 26</sup>

Clasificaciones de MMC mostraron que un tercio de los melanomas son tumores de rápido crecimiento con un aumento de más de 0,5 mm por mes. Estos melanomas son biológicamente agresivos, clasificados por Lipsker como melanomas tipo I, los cuales se ven con frecuencia en pacientes de edad avanzada y no están relacionados con la exposición al sol.<sup>27</sup> Lipsker clasifica a los melanomas en tres grupos (I, II y III), de acuerdo a su comportamiento, población afectada, incidencia, grosor y topografía. Después de analizar los datos recuperados de la literatura, se puede inferir que los MMC dentro del NS se pueden clasificar en los grupos II y III, que son menos agresivos, más finos, en zonas que pueden ser no fotoexpuestas, con incidencia en importante aumento (II) o leve aumento (III), y más posibles de una detección temprana. No hallamos casos notificados donde se hubieran realizado estudios para detectar la mutación BRAF de los melanomas en NS, la cual se considera una de las características diferenciales entre los grupos II y III de melanomas. Esta investigación adicional sería valiosa para comprender mejor los mecanismos de desarrollo del MMC dentro del NS.<sup>27</sup>

Existen pruebas de que las diferencias clínicas, epidemiológicas, histopatológicas y genéticas relevantes observadas en los melanomas pueden estar relacionadas con las propiedades inherentes al linaje de los melanocitos. Hay una diferencia en la susceptibilidad de los melanocitos a malignizarse dentro de un NS que podría estar relacionada con las diferencias en el origen del desarrollo de las células, el desarrollo embrionario o el medio ambiente con el cual interactúan las células o por el cual transitan durante la migración.<sup>28</sup>

A pesar de la mejora de las tasas de supervivencia, la tasa de mortalidad por melanoma sigue en aumento como resultado de incrementos exponenciales en incidencia. Las tendencias muestran que la mayor parte del aumento de la incidencia de melanoma podría atribuirse a un mayor número de melanomas finos y menos agresivos.<sup>29, 30</sup> Encontramos que el 72% de los MMC dentro del NS en esta revisión fue clasificado como melanomas extensivos superficiales. Del total de MMC, sólo 3 fueron diagnosticados como *in situ*. Aquellos tumores invasivos tenían un espesor medio de Breslow de 2,4 mm.

Los melanomas que surgen de NS podrían tener características diferentes a otros MMC y serían similares a los melanomas con comportamiento biológico menos agresivo en la población más joven. Los hallazgos sugieren que el posible riesgo de MMC en estos nevos merece ser incluido en las guías de manejo de los NS.<sup>27</sup>

Somos conscientes del hecho de que los melanocitos aumentan cuantitativamente en un NS, por lo tanto esto podría dar una oportunidad un poco más alta de malignidad, con la posible aparición de un melanoma dentro de un NS.<sup>31</sup>

Existen muchas ocasiones donde el conocimiento más valioso ha venido de comunicaciones de casos fuera de lo común. Cuando se publican estos informes, estimulan a otros científicos a ahondar en una mayor investigación sobre el tema. Por otra parte, la aplicación de un enfoque basado en la evidencia de estudios descriptivos tradicionales puede ser utilizada para elevar el nivel de los datos recogidos.

## Conclusión

Basado en la literatura publicada hasta ahora, no es posible predecir qué pacientes desarrollarán un melanoma dentro de un NS. Sin embargo, varias observaciones merecen énfasis. El riesgo de transformación maligna parece aumentar cuando la lesión es congénita o adquirida en la infancia, cuando su tamaño es  $\geq 4$  cm y cuando el tipo de NS es maculoso en lugar de papuloso.

A pesar de que la transformación maligna de NS tiene una baja prevalencia, en consideración de los 40 casos de NS asociados con melanoma, el seguimiento de los mismos con dermatoscopia estaría recomendado por la mayoría de los autores. En aquellos casos en que exista duda debido a los cambios dinámicos, se debería considerar el examen histológico y en algunos casos inclusive la escisión completa para contribuir a la detección precoz del melanoma.

Muchas preguntas clínicamente relevantes respecto de NS y de melanoma siguen sin respuesta. En primer lugar, las tendencias epidemiológicas en melanoma descritas anteriormente ponen de relieve la importancia de investigar la asociación entre el NS y los subtipos biológicamente distintivos de melanoma que se presentan a través de múltiples vías causales. La identificación de las diferencias moleculares entre NS afectados y no afectados por el melanoma podría arrojar luz sobre este tema controversial.

En segundo lugar, no queda claro si el riesgo de melanoma en un NS se correlaciona con el tamaño, el número y tipo de nevos superpuestos, o el genotipo o fenotipo del huésped.

En conclusión, la evidencia presentada en este artículo sugiere que los nevos spilus podrían ser precursores potenciales de melanoma.

## Bibliografía

1. Kinsler V.A., Krenzel S., Riviere J.B., Waelchli R. et al. Next-generation sequencing of nevus spilus-type congenital melanocytic nevus: exquisite genotype-phenotype correlation in mosaic RASopathies, *J. Invest. Dermatol.*, 2014, 134: 2658-2660.
2. Alcalá Pérez D., Valente Duarte de Sousa I.C. Nevos melanocíticos y no melanocíticos. Revisión de la literatura, *Rev. Cent. Dermatol. Pascua*, 2010, 19: 49-58.
3. Vidaurri de la Cruz H., Happle R. Two distinct types of speckled lentiginous nevi characterized by macular versus papular speckles, *Dermatology*, 2006, 212: 53-58.
4. Happle R. Speckled lentiginous naevus: which of the two disorders do you mean?, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2009, 34: 133-135.
5. Cramer H.J. Nevus spilus. A histopathological study, *Zentralbl Allg Pathol.*, 1977, 121: 122-128.
6. Ito M., Hamada Y. Nevus spilus en nappe, *Tohoku J. Exp. Med.*, 1952, 55: 44-48.
7. Stewart D.M., Altman J., Mehregan A.H. Speckled lentiginous nevus, *Arch. Dermatol.*, 1978, 114: 895-896.
8. Cohen H.J., Minkin W., Frank S.B. et al. Nevus spilus, *Arch. Derm.*, 1970, 102: 433-437.
9. Perkinson N.G. Melanoma arising in café au lait spot of neurofibromatosis, *Am. J. Surg.*, 1957, 53: 1018-1020.
10. Sigg C., Pelloni F., Schnyder U.W. Frequency of congenital nevi, nevi spili and café-au-lait spots and their relation to nevus count and skin complexion in 939 children, *Dermatologica*, 1990, 180: 118-123.
11. Schaffer J.V., Orlov S.J., Lazova R., Bologna J.L. et al. Speckled lentiginous nevus: within the spectrum of congenital melanocytic nevi, *Arch. Dermatol.*, 2001, 137: 172-178.
12. Alper J.C. Congenital nevi. The controversy rages on, *Arch. Dermatol.*, 1985, 121: 734-735.
13. Walton R.G., Jacobs A.H., Cox A.J. Pigmented lesions in newborn infants, *Br. J. Dermatol.*, 1976, 95: 389-396.
14. Grinspan D., Casala A., Abulafia J., Mascotto J. et al. Melanoma on dysplastic nevus spilus, *Int. J. Dermatol.*, 1997, 36: 499-502.
15. Zeren Bilgin I., Gür S., Aydin O., Ermete M. et al. Melanoma arising in a hairy nevus spilus, *Int. J. Dermatol.*, 2006, 45: 1362-1364.
16. Hofman-Wellenhof R., Soyer H.P., Smolle J., Kerl H. et al. Spitz's nevus arising on a nevus spilus, *Dermatology*, 1994, 189: 265-268.
17. Betti R., Inselvini E., Crosti C. Blue nevi and basal cell carcinoma within a speckled lentiginous nevus, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1999, 41: 1039-1041.
18. Abecassis S., Spatz A., Cazeneuve C., Martin-Villepou A. et al. Melanoma within naevus spilus: 5 cases, *Ann. Dermatol. Venereol.*, 2006, 133: 323-328.
19. Ly L., Christie M., Swain S., Whinship I. et al. Melanoma(s) arising in large segmental speckled lentiginous nevi: A case series, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2011, 64: 1190-1193.
20. Haenssle H.A., Kaune K.M., Buhl T., Thombs K.M. et al. Melanoma arising in a segmental nevus spilus: detection by sequential digital dermatoscopy, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2009, 61: 337-341.
21. Rhodes A.R. Nevus spilus: a potential precursor of cutaneous melanoma worthy of aggressive surgical excision?, *Pediatr. Dermatol.*, 1996, 13: 250-252.
22. From L. Congenital nevi – let's be practical, *Pediatr. Dermatol.*, 1992, 9: 345-346.
23. Tas F. Metastatic Behavior in Melanoma: Timing, Pattern, Survival, and Influencing Factors, *J. Oncol.*, 2012, 647-684.
24. Welch M.L., James W.D. Widespread nevus spilus, *Int. J. Dermatol.*, 1993, 32: 120-122.
25. Kvaskoff M., Whiteman D.C., Zhao Z.Z., Montgomery G.W. et al. Polymorphisms in nevus-associated genes MTAP, PLA2G6, and IRF4 and the risk of invasive cutaneous melanoma, *Twin Res. Hum. Genet.*, 2011, 14: 422-432.
26. Bologna J.L. Fatal melanoma arising in a zosteriform speckled lentiginous nevus, *Arch. Dermatol.*, 1991, 127: 1240-1241.
27. Lipsker D., Engel F., Cribier B., Velten M. et al. Trends in melanoma epidemiology suggest three different types of melanoma, *Br. J. Dermatol.*, 2007, 157: 338-343.
28. Singh M., Lin J., Hocker T.L., Tsao H. et al. Genetics of melanoma tumorigenesis, *Br. J. Dermatol.*, 2008, 158: 15-21.
29. Lens M.B., Dawes M. Global Perspectives of Contemporary Epidemiological Trends of Cutaneous Malignant Melanoma, *Br. J. Dermatol.*, 2004, 150: 179-185.
30. Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008, *Int J Cancer*, 2010, 127: 2893-2917.
31. Kinsler V.A., Krenzel S., Riviere J.B., Waelchli R. et al. Next-generation sequencing of nevus spilus-type congenital melanocytic nevus: exquisite genotype-phenotype correlation in mosaic RASopathies., *J. Invest. Dermatol.*, 2014, 134: 2658-2660.
32. Corradin M.T., Giullioni E., Fiorentino R., Santeufemia D.A. et al. In situ malignant melanoma on nevus spilus in an elderly patient, *Acta Dermatovenerol. Alp. Pannonica. Adriat.*, 2014, 23: 17-19.
33. Cecchi R., Fancelli L., Troiano M. Melanoma arising in giant zosteriform nevus spilus, *Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol.*, 2012, 78: 643-645.

34. Karam S.L., Jackson S.M. Malignant melanoma arising within nevus spilus, *Skinmed*, 2012, 10: 100-102.
35. Angit C., Khirwadkar N., Azurdia R.M. Malignant melanoma arising in a nevus spilus, *Dermatol. Online J.*, 2011, 17: 10.
36. Stella A., Ponholzer K., Weingast J., Binder M. et al. Melanoma arising in a giant nevus spilus maculosus, *Dermatol. Pract. Concept.*, 2011, 1: 21-24.
37. Corradin M.T., Zattra E., Fiorentino R., Alaibac M. et al. Nevus spilus and melanoma: case report and review of the literature, *J. Cutan. Med. Surg.*, 2010, 14: 85-89.
38. Meguerditchian A.N., Cheney R.T., Kane J.M. Nevus spilus with synchronous melanomas: case report and literature review, *J. Cutan. Med. Surg.*, 2009, 13: 96-101.
39. Piana S., Gelli M.C., Grenzi L., Ricci C. et al. Multifocal melanoma arising on nevus spilus, *Int. J. Dermatol.*, 2006, 45: 1380-1381.
40. Yoneyama K., Kamada N., Mizoguchi M., Utani A. et al. Malignant melanoma and acquired dermal melanocytosis on congenital nevus spilus, *J. Dermatol.*, 2005, 32: 454-458.
41. Weinberg J.M., Schutzer P.J., Harris R.M., Tangoren I.A. et al. Melanoma arising in nevus spilus, *Cutis*, 1998, 61: 287-289.
42. Cox N.H., Malcolm A., Long E.D. Superficial spreading melanoma and blue naevus within naevus spilus, ultrastructural assessment of giant pigment granules, *Dermatology*, 1997, 194: 213-216.
43. Rojas H., Perez L., Benjerodt R. Melanoma sobre nevus spilus, *Rev. Chil. Dermatol.*, 1996, 12: 139-141.
44. Vázquez-Doval J., Sola M.A., Contreras-Mejuto F., Redonto P. et al. Malignant melanoma developing in a speckled lentiginous nevus, *Int. J. Dermatol.*, 1995, 34: 637-638.
45. Borrego L., Hernández Santana J., Báez O., Hernández H. et al. Naevus spilus as a precursor of cutaneous melanoma: report of a case and literature review, *Clin. Exp. Dermatol.*, 1994, 19: 515-517.
46. Vignale R.A., Espasadin J., Deneo H., Bessonart M.N. et al. Melanoma extensivo superficial en nevo lentiginoso zosteriforme moteado, *Med. Cutan. Iber. Lat. Am.*, 1994, 22: 365-368.
47. Krähn G., Thoma E., Peter R.U. Two superficially spreading malignant melanomas on nevus spilus, *Hautarzt*, 1992, 43: 32-34.
48. Kurban R.S., Preffer F.I., Sober A.J., Mihm M.C. et al. Occurrence of melanoma in "dysplastic" nevus spilus: report of case and analysis by flow cytometry, *J. Cutane. Pathol.*, 1992, 19: 423-428.
49. Rütten A., Goos M. Nevus spilus with malignant melanoma in a patient with neurofibromatosis, *Arch. Dermatol.*, 1990, 126: 539-540.
50. Guillot B., Bessis D., Barnéon G., Monpoint S. et al. Malignant melanoma occurring on a "naevus on naevus", *Br. J. Dermatol.*, 1991, 124: 610-611.
51. Stern J.B., Haupt H.M., Aaronson C.M. Malignant melanoma in a speckled zosteriform lentiginous nevus, *Int. J. Dermatol.*, 1990, 29: 583-584.
52. Rhodes A.R., Mihm M.C. Jr. Origin of cutaneous melanoma in a congenital dysplastic nevus spilus, *Arch. Dermatol.*, 1990, 126: 500-505.
53. Wagner R.F. Jr, Cottel W.I. In situ malignant melanoma arising in a speckled lentiginous nevus, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1989, 20: 125-126.
54. Brufau C., Moran M., Armijo M. Naevus sur naevus, à propos de 7 observations, trois associées à d'autres dysplasies, et une à un mélanome malin invasif, *Ann. Dermatol. Venereol.*, 1986, 113: 409-418.
55. Vion B., Belaïch S., Grossin M., Préaux J. Les aspects évolutifs du naevus sur naevus: revue de la littérature à propos de 7 observations, *Ann. Dermatol. Venereol.*, 1985, 112: 813-819.
56. Nguyen K.Q., Pierson D.L., Rodman O.G. Mosaic speckled lentiginous nevi, *Cutis*, 1982, 30: 65-68.



## PIENSE EN... Eritema discrómico perstans

Julia Lipovetzky y Mariana Santos



» 1



» 2



» 3



La solución, en la pág. 196

## Cuestionario de autoevaluación

### 1. ¿Cuál es la histopatología del nevo spilus?

- a. Lentigo simple más nevo compuesto o de la unión
- b. Lentigo simple
- c. Nevo de juntura
- d. Nevo de juntura mas nevo compuesto

### 2. ¿Cuál es la prevalencia del nevo spilus?

- a. 50%
- b. 2%
- c. 25%
- d. 12%

### 3. ¿Por qué se considera al nevo spilus con características de nevo melanocítico congénito?

- a. Tiene una aguda demarcación en la línea media
- b. Siguen a lo largo de las líneas de Blaschko
- c. Mayormente aparece al nacimiento o en la infancia
- d. Todas son correctas

### 4. El potencial maligno del nevo spilus subtipo papuloso:

- a. Es mayor que el del subtipo maculoso
- b. Es menor que el del subtipo maculoso
- c. Tienen el mismo potencial de malignidad
- d. No tiene potencial de malignidad el subtipo papuloso

### 5. El 48% de los casos de melanoma en nevo spilus:

- a. Es de tamaño gigante
- b. Es de tamaño pequeño
- c. Es de tamaño mediano
- d. Es zosteriforme

### 6. El 72% de los melanomas sobre nevo spilus:

- a. Es MES
- b. Es MN
- c. Es MD
- d. Es metastásico

### 7. La aparición de melanomas en nevo spilus es más frecuente en:

- a. Sexo masculino adulto
- b. Sexo femenino en infancia
- c. Sexo masculino en infancia
- d. Sexo femenino adulto

### 8. La localización más frecuente de melanoma sobre nevo spilus en hombres es:

- a. Cuello
- b. Miembros inferiores
- c. Tronco
- d. Miembros superiores

### 9. Las metástasis de melanoma sobre nevo spilus:

- a. Nunca se han informado.
- b. Se vieron en el 40% de los casos
- c. Se vieron en menos del 10% de los casos
- d. Se vieron en más del 80% de los casos

### 10. El riesgo de transformación maligna aumenta cuando:

- a. El nevo spilus aparece en la infancia
- b. El nevo spilus es mayor a 4 cm
- c. El nevo spilus es zosteriforme
- d. a y b son correctas

Respuestas correctas vol. XXI – N° 2 / 2015

1, c | 2, a | 3, b | 4, d | 5, a | 6, b | 7, a | 8, d | 9, c | 10, b