

CASOS CLÍNICOS

Nevo azul clínica y dermatoscópicamente hipomelanótico

Clinically and dermatoscopically hypomelanotic blue nevus

Jorge Navarrete¹, María Eugenia Mazzei² y Julio Magliano³

RESUMEN

El nevo azul hipomelanótico (NAH) corresponde a una variable muy infrecuente de nevo azul y representa un desafío diagnóstico para el dermatólogo clínico. Presentamos el caso de una mujer de 40 años con un tumor papuloide, redondeado y grisáceo, ubicado en el brazo derecho, de 8 años de evolución. Se planteó que se trataba de un NAH y se le realizó una dermatoscopia y una biopsia escisional para anatomía patológica e inmunohistoquímica. Sin embargo, la histopatología mostró que era un nevo azul común. Destacamos

la discordancia clínico-patológica vista en este caso, ya que fue difícil sospechar un nevo azul común en la evaluación inicial y en la dermatoscopia.

Palabras clave: nevo azul hipomelanótico, melanoma desmoplásico, dermatoscopia.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (1):34-37

ABSTRACT

Hypomelanotic blue nevus is a rare variant of blue nevus, and a diagnostic challenge for the dermatologic clinician. We present a case of a 40 years old woman, with a grayish, round and asymptomatic papuloid tumor on her right arm, which developed eight years before consultation. With a clinical diagnosis of hypomelanotic blue nevus in mind, we performed a dermoscopy and an excisional biopsy was taken. Histopathology, however, showed a common blue nevus. We highlight

the clinical-pathological discordance seen in our case, since it was difficult to suspect blue nevus on first impression and with dermoscopy.

Key words: hypomelanotic blue nevus; desmoplastic melanoma, dermoscopy.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (1):34-37

¹ Médico de Posgrado de Dermatología
² Dermatóloga, Profesora Adjunta de Cátedra

³ Dermatólogo, Asistente de Cátedra
Cátedra de Dermatología Médico-Quirúrgica Prof. Dr. Miguel Martínez, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Contacto del autor: Jorge Navarrete
E-mail: jnavarrete90@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 28/4/2016

Fecha de trabajo aceptado: 3/2/2017

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 40 años, sin antecedentes personales ni familiares para destacar, consultó por presentar una lesión cutánea en el miembro superior derecho, asintomática, de 8 años de evolución, sin haber sufrido antes un traumatismo local.

En el examen físico se constató la presencia de una lesión localizada en la cara externa del segmento proximal del brazo derecho, caracterizada por un tu-

mor papuloide grisáceo, bien delimitado, de 5 mm de diámetro, redondeado, no infiltrado (Foto 1).

En la dermatoscopia se destacaba una coloración blanco-grisácea homogénea que, en un sector, presentaba un foco de pigmento gris azulado, sin otras estructuras (Foto 2).

Con el diagnóstico clínico probable de nevo azul hipomelanótico (NAH) se realizó una biopsia escisional que mostró, a nivel dérmico, una proliferación



FOTO 1: Tumor papuloide, grisáceo, redondeado, de 5 mm de diámetro, en la cara externa proximal del brazo derecho.



FOTO 2: Dermatoscopia: coloración blanco-grisácea homogénea. En un sector presenta un foco de pigmento gris azulado, sin otras estructuras.

de células fusiformes que se extendían hacia la dermis profunda, con pigmento melánico en cantidades superiores al 5% de los melanocitos, con predominio en profundidad, núcleos pequeños ovoideos o alargados, sin evidencia de mitosis. Se realizó el estudio inmunohistoquímico: S100, Melan-A (MART-1) y HMB-45 positivos (Foto 3).

Sobre esta base se hizo el diagnóstico histopatológico de nevo azul común, a pesar de que tenía una presentación clínica altamente sugestiva de NAH. No fue necesario realizar otro tratamiento, ya que se trataba de una lesión benigna, no asociada a malignización y que fue extirpada por completo.

COMENTARIOS

El nevo azul es una proliferación melanocítica dérmica benigna, clínicamente representada como una pápula o nódulo dérmico con intensa pigmentación melánica¹⁻³. Su coloración azul se debe a la absorción selectiva de la luz por la melanina presente en la dermis, fenómeno conocido como efecto Tyndall⁴.

El término NAH se reserva para los casos en los cuales el pigmento está presente en menos del 5% de los melanocitos, lo que les da un color más claro de lo habitual (celestes o blanquecinos)⁵. Los NAH se localizan con mayor frecuencia en las extremidades; pueden ser congénitos o aparecer a cualquier edad⁶.

El NAH es una entidad poco frecuente, y desde su descripción en 1997, se han publicado pocos casos³. Un estudio retrospectivo revisó las biopsias de 1.358 nevos azules y encontró que solo 38 (2,7%) presentaban escasa o ninguna pigmentación⁴.

El mecanismo etiopatogénico del nevo azul no está del todo dilucidado. Se cree que surge a partir de melanocitos dendríticos latentes en la dermis, producto de una migración embriológica defectuosa desde la cresta neural¹.

En cuanto a la hiperpigmentación, es atribuible a la presencia de melanosomas inmaduros⁶. Los premelanosomas en las células del NAH permanecen no melanizados, si bien se ha detectado la presencia de la enzima tirosinasa. La presencia de inhibidores de la melanogénesis o la pérdida de la capacidad de sintetizar premelanosomas son los mecanismos propuestos que explicarían la falta de pigmento³. Se desconoce cómo la presencia de mutaciones en el gen GNAQ, encontrada en algunos NAH, podría influir en su expresión clínica⁵.

El diagnóstico con frecuencia corresponde a un hallazgo histopatológico, ya que clínicamente puede ser difícil de sospechar^{2,3}. Además de los atributos descritos, las características estructurales en forma de cuña invertida y la extensión hacia la dermis reticular a lo

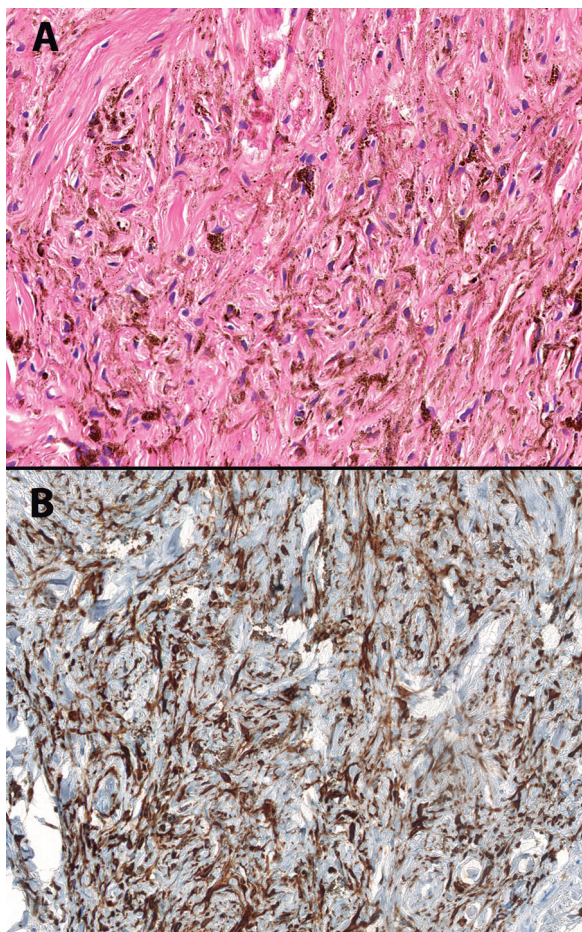


FOTO 3: Histopatología: **A)** (HyE, 40X) proliferación de células fusiformes en la dermis profunda con pigmento. Núcleos pequeños, ovoideos, sin evidencia de mitosis. Inmunohistoquímica: **B)** tinción positiva con S100, 40X.

largo de las estructuras anexas pueden ser de utilidad para orientar el diagnóstico¹.

La dermatoscopia permite apoyar el diagnóstico clínico, así como descartar diagnósticos diferenciales. El patrón homogéneo, ya sea monocromático, dicromático o policromático, en ausencia de otras estructuras, es altamente orientador de un nevo azul común, con una especificidad del 99% (en comparación con el melanoma) y del 96,8% (en comparación con el carcinoma basocelular), y una sensibilidad del 48,4%².

Los diagnósticos diferenciales clínicos incluyen el dermatofibroma, el carcinoma basocelular, el melanoma desmoplásico y las metástasis de melanoma^{2,3}. En la mayoría de los casos, los hallazgos clínicos y dermatoscópicos ayudan a establecer el diagnóstico con un alto grado de certeza².

Se describió una buena correlación entre la intensidad de la coloración azul visible en la dermatoscopia y la pigmentación objetivable mediante histopatología; sin embargo, el caso presentado representa una

excepción y, si bien la clínica era altamente sugestiva de NAH, la histopatología mostró una cantidad de pigmento en más del 5% de los melanocitos⁶. Creemos que esto podría deberse a una distribución más en profundidad de la melanina.

El diagnóstico diferencial de mayor jerarquía, por sus implicaciones pronósticas y terapéuticas, es el melanoma desmoplásico. Este muestra una proliferación de células fusiformes con escaso pigmento melánico, por lo que puede confundirse con el NAH. La presencia de mitosis y de infiltrado linfóide peritumoral, así como de una proliferación de melanocitos atípicos en la unión dermoepidérmica y en la epidermis, sugiere el diagnóstico de melanoma desmoplásico^{7,8}. La

inmunohistoquímica resulta de utilidad, dado que en estos últimos la mayoría son HMB-45 negativos⁸. Los melanocitos dendríticos del NAH son HMB-45 positivos y la mayoría (pero no todos) son S100, Melan A (MART-1) positivos^{1,6}.

Presentamos un caso clínico que representa una excepción a lo descrito en la literatura. Consideramos importante conocer esta variante clínica infrecuente de nevo azul común, de aspecto hipomelanótico, ya que puede ser una fuente de confusión. A menudo, la distinción clínica entre el melanoma desmoplásico, el NAH y el nevo azul común de aspecto hipomelanótico es dificultosa, y es necesario recurrir al estudio histopatológico y, en ocasiones, a la inmunohistoquímica.

BIBLIOGRAFÍA

- Zembowicz A, Phadke PA. Blue nevi and variants: an update. *Arch Pathol Lab Med* 2011;135:327-336.
- Ruiz-Leal AB, Domínguez-Espinosa AE. Dermatoscopia del nevo azul y sus variantes. *Dermatol Rev Mex* 2015;59:102-113.
- González M, Val-Bernal J, González M, Armesto S, et al. Nevo azul hipopigmentado: una variante poco frecuente del nevo azul. *Med Cutan Iber Lat Am* 2006;34:63-66.
- Bhawan J, Cao SL. Amelanotic blue nevus: a variant of blue nevus. *Am J Dermatopathol* 1999;21:225-228.
- Emley A, Nguyen L, Yang S, Mahalingam M. Somatic mutations in GNAQ in amelanotic/hypomelanotic blue nevi. *Hum Pathol* 2011;42:136-140.
- Ferrara G, Soyer HP, Malvehy J, Piccolo D, et al. The many faces of blue nevus: a clinicopathologic study. *J Cutan Pathol* 2007;34:543-551.
- Phadke A, Zembowicz A. Blue nevi and related tumors. *Surg Pathol* 2009;2:483-496.
- Zembowicz A, Granter S, McKee P, Mihm M. Amelanotic cellular blue nevus: a hypopigmented variant of the cellular blue nevus: clinicopathologic analysis of 20 cases. *Am J Surg Pathol* 2002;26:1493-1500.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Caso Clínico... PÚRPURA ANULAR TELANGIECTÁSICA DE MAJOCCHI

Respuestas correctas:

1) c; 2) d; 3) e; 4) e



FOTO 1: Mácula de disposición anular de bordes purpúricos con telangiectasias en cara interna de pierna izquierda.

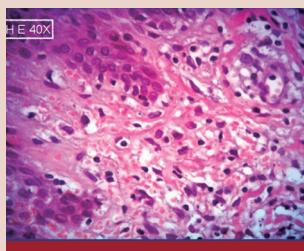


FOTO 2: En dermis superficial se observan estructuras vasculares, infiltrado linfocitario y marcada extravasación eritrocitaria.

La púrpura anular telangiectásica de Majocchi afecta a adolescentes y adultos jóvenes, con predilección por el sexo femenino. Si bien su etiología se desconoce, se han propuesto como factores desencadenantes, entre otros, fármacos, estasis venosa y contacto con tintes de la ropa. Clínicamente presenta máculas anulares de bordes purpúricos, con telangiectasias, localizadas con mayor frecuencia en las extremidades inferiores, pero también pueden afectar el tronco y las extremidades superiores. Las lesiones son casi siempre asintomáticas. En la histología puede observarse, en todas las dermatosis purpúricas pigmentarias, la presencia de hematíes extravasados, macrófagos cargados de hemosiderina, dilatación vascular, tumefacción de las células endoteliales y un infiltrado linfocitario perivascular, predominantemente de linfocitos T CD4⁺.

El diagnóstico diferencial debe efectuarse con las dermatosis purpúricas por contacto de la ropa, micosis fungoide, dermatitis por estasis, vasculitis leucocitoclástica, eritemas figurados y micosis superficiales. Dado que es una entidad autorresolutiva, no requiere un tratamiento específico.

BIBLIOGRAFÍA

- Lata S, Gupta S. Clinicoepidemiological study of pigmented purpuric dermatoses. *Indian Dermatol Online J* 2012;3:17-20.
- Mayo-Pampín E, De la Torre-Fraga C. Lesiones anulares en miembros inferiores. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95:647-649.
- Sardana K, Sarkar R, Sehgal VN. Pigmented purpuric dermatoses: an overview. *Int J Dermatol* 2004;43:482-487.