

Halo nevo. Nevo de Meyerson con rasgos de nevo de Sutton

Halo Nevo. Meyerson's nevus with Sutton's nevus aspects

Emiliano Ferrero¹, Juliana Martínez del Sel², Myriam Dahbar³, Miguel Allevato⁴, Hugo Cabrera⁵

Resumen

En 1971 Meyerson describió un halo inflamatorio alrededor de un nevo melanocítico. Este tipo de nevo fue denominado nevo de Meyerson. El halo nevo de Sutton, también denominado leucodermia centrífuga adquirida, fue descrito en 1916 y se caracteriza por hipomelanosis que rodea a un nevo melanocítico.

Se comunica el caso de una paciente con un nevo melanocítico con halo eccematoso (nevo de Meyerson) cuyo patrón histológico combina caracteres de nevo de Sutton con nevo de Meyerson (Dermatol Argent 2010;16(4):283-286).

Palabras clave: nevo halo, nevo de Meyerson, nevo de Sutton, fenómeno de Meyerson, halo eccematoso, halo eritematoso, halo acrómico.

Abstract

In 1971 Meyerson described an inflammatory halo surrounding a melanocytic nevus, and is called Meyerson's nevus. Sutton's halo nevus, also called leukoderma acquisitum centrifugum, was described in 1916 and is characterized by hypomelanosis surrounding a melanocytic nevus.

We present a patient with a nevus that clinically resembles Meyerson's nevus but has the histological pattern of both Sutton's and Meyerson's nevi (Dermatol Argent 2010;16(4):283-286).

Key words: halo nevus, Meyerson's nevus, Sutton's nevus, Meyerson's phenomenon, eccematous halo, erythematous halo, acromic halo.

Fecha de recepción: 11/5/2009 | **Fecha de aprobación:** 30/7/2009

1. Médico cursista.
2. Instructora de Residentes.
3. Médica de planta.
4. Jefe de División.
5. Profesor Titular Consulto UBA.

Cátedra y División Dermatología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Córdoba 2351. CABA. Rep. Argentina.

Correspondencia

Dr. Miguel Allevato: Av. Córdoba 2351. (C1120AAS) CABA, Rep. Argentina.
Tel: 59508816 | Fax: 59508816 | e-mail: catedradermatologia@hotmail.com

Caso clínico

Mujer de 17 años que cursa un embarazo de 10 semanas. Consulta por una lesión de un año de evolución localizada en flanco izquierdo, intensamente pruriginosa. Al examen físico se observa un nevo melanocítico rodeado por un halo eritematoso de 2,5 cm de diámetro, con una fina descamación en su superficie (**Foto 1**). Refiere haber realizado tratamiento tópico con glucocorticoides, sin respuesta. Se extirpa completamente el nevo, abarcando parte del halo eccematoso.

El estudio histopatológico del halo revela epidermis con parakeratosis focal, espongirosis, elongación de crestas interpapilares y exocitosis linfocitaria; en dermis superior se observa un denso infiltrado inflamatorio a predominio linfocitario con escasos eosinófilos, moderada cantidad de pigmento melánico y melanófagos (**Fotos 2 y 3**). Se realiza inmunohistoquímica para proteína S 100, que exalta las células névicas, ocultas por el gran infiltrado inflamatorio (**Foto 4**).

Diagnóstico histológico: nevo nevocítico que combina características histológicas de nevo de Meyerson y de nevo de Sutton.

Comentarios

Se denomina *halo nevo* a los cambios en la piel que circundan a determinados nevos nevocíticos, aunque también pueden verse alrededor de otras lesiones como nevos rubí, epitelomas, melanomas, cicatrices, queratosis seborreicas o fibrohistiocitomas.¹ Existen tres formas de *halo nevo*: halo acrómico o *nevo de Sutton*, halo eccematoide o *nevo de Meyerson* y halo purpúrico o *nevo "en diana" -targetoid-*. También hemos visto reacción esclerodermiforme alrededor de nevo melanocítico: *halo esclerodérmico*. Recientemente se ha descrito el *halo nevo sin halo*: es un nevo con hallazgos histológicos de halo acrómico pero sin halo clínicamente detectable.^{1,2}

El *nevo de Meyerson*, también conocido como halo eccema, halo dermatitis o halo eritematoso, fue descrito en 1971 por Meyerson, quien presentó 2 pacientes con eccema alrededor de un nevo melanocítico. Es un trastorno benigno que clínicamente se presenta como una placa eritematosa redondeada u oval, a veces con fina descamación, que circunda a un nevo melanocítico. Muy pruriginoso, afecta a personas jóvenes, con franco predominio masculino (relación hombre:mujer 2,7:1). Puede presentarse como lesión única o múltiples, éstas últimas de aparición conjunta o separadas por un período de tiempo. Desaparece de forma espontánea en semanas a meses y presenta satisfactoria respuesta al tratamiento local con corticoides, aunque puede recidivar.³ A diferencia del nevo de Sutton, no hay involución del nevo. Éste persiste sin modificarse, aun luego de la resolución del halo eccematoso. Se piensa que este fenómeno se debe a un mecanismo inmunológico mediado por células o a una reacción de hipersensibilidad.³ La histopatología es una imagen típica de eccema, con espongiosis, paraqueratosis y una reacción inflamatoria dérmica linfocitaria perivascular, a veces rica en eosinófilos. En general, el nevo es un nevo de la unión adquirido o un nevo compuesto, pero también puede corresponder a un nevo displásico o a un nevo congénito.³ El halo eccematoso también puede acompañar a otras lesiones cutáneas como nevos rubí, epitelomas, melanomas, cicatrices, queratosis seborreicas o fibrohistiocitomas. En estos casos recibe el nombre de *fenómeno de Meyerson*.^{4,6}

El *nevo de Sutton*, también llamado halo acrómico, vitiligo perinevico, nevo leucopigmentario o leucodermia adquirida centrífuga, es la



Foto 1. Nevo melanocítico rodeado por un halo eritematoso

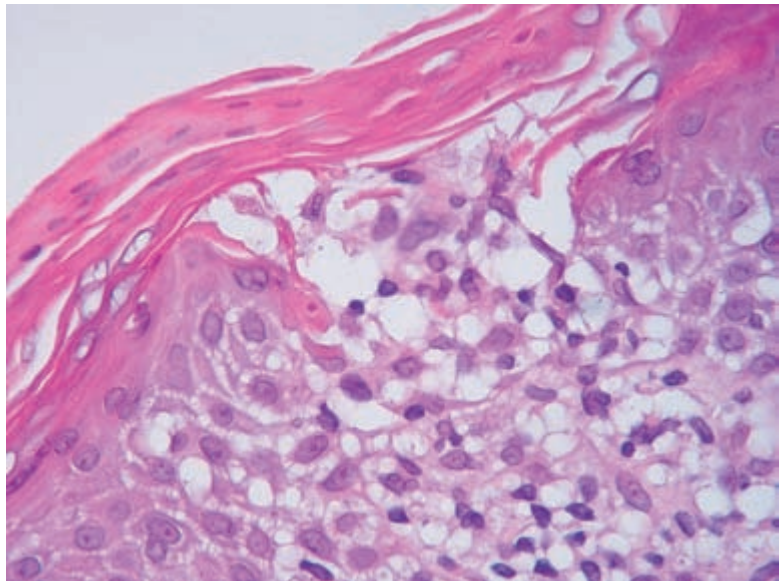


Foto 2. Espongiosis.

forma más común de nevo halo. Fue descrito por Hebra en 1916 y dado a conocer por Sutton en 1919. Se trata de un nevo melanocítico pigmentado que se rodea de un área despigmentada, lo que indica la involución del nevo. Asintomático, se ve sobre todo en la espalda de personas jóvenes, con predominio en el sexo femenino. Puede ser único o múltiple.² En 20-25% de los casos se asocia a vitiligo.³ La histopatología del halo revela, en su estado inicial, un denso infiltrado inflamatorio constituido fundamentalmente por linfocitos e histiocitos, con ocasionales mastocitos y células plasmáticas, que rodea

nidos de células névicas ubicadas en la dermis o en la unión dermoepidérmica. Existe desarreglo arquitectónico y algunos melanocitos pueden ser atípicos. Si no existen células névicas claramente identificables, como en el caso de nuestra paciente, el diagnóstico se presume por la presencia de melanófagos alrededor de los vasos capilares ec-tásicos, el infiltrado celular denso y la ausencia de melanina epidérmica con técnicas de impreg-nación argéntica.³ Mediante inmunotipificación se observó que predominan en el infiltrado los linfocitos T CD8+.² Los halo nevos acrómicos se producirían entonces como consecuencia de la respuesta del huésped frente a melanocitos névi-cos alterados de un modo inespecífico por estí-mulos físicos, químicos o por daño autoinmuni-tario, como en el vitiligo.⁷ Otra hipótesis plan-tea que el halo despigmentado se desarrollaría como respuesta inmunitaria frente a células névicas con alteraciones antigénicas asociadas con progresión tumoral (displasia).⁷ El tratamiento de los pacientes con halo acrómico se debe ha-cer de forma individualizada y depende de la clí-nica. Si no se identifican atípías clínicas, el nevo halo de Sutton no requiere tratamiento.⁷ Sin em-bargo, cuando se considera que es inductor de vi-tiligo se recomienda la extirpación.³

Hemos encontrado tan sólo 3 trabajos en la li-teratura consultada que relacionen *nevo de Meyerson con nevo de Sutton*. En uno de ellos se relata el caso de un hombre que tras una exposi-ción solar sufre quemaduras importantes en es-palda y extremidades y al tiempo desarrolla halo eccematoso alrededor de 4 nevos y halo hipopi-gmentado alrededor de uno.⁸ En el caso de nues-tra paciente no se observaba halo acrómico y tampoco se pudo establecer relación alguna con exposición solar como desencadenante de la der-matosis. En otra publicación se relata el caso de una paciente con un nevo de Meyerson de 6 me-ses de evolución, que luego de su extirpación de-sarrolla un nevo de Sutton. La lesión que pre-sentaba nuestra paciente combinaba caracte-res de nevo de Sutton y de nevo de Meyerson, sin desarrollo de halo acrómico posterior a la extir-pación, aun luego de 2 años de seguimiento.⁴ La tercera publicación comenta el caso de un hom-bre con síndrome del nevo displásico y enferme-dad de Behçet, tratado con IFN-alfa-2b, que al duplicar la dosis desarrolla 15 lesiones eccemato-sas, 12 alrededor de nevos melanocíticos y 3 ve-cinas a nevos; el eccema desapareció al disconti-nuar la terapéutica.⁶

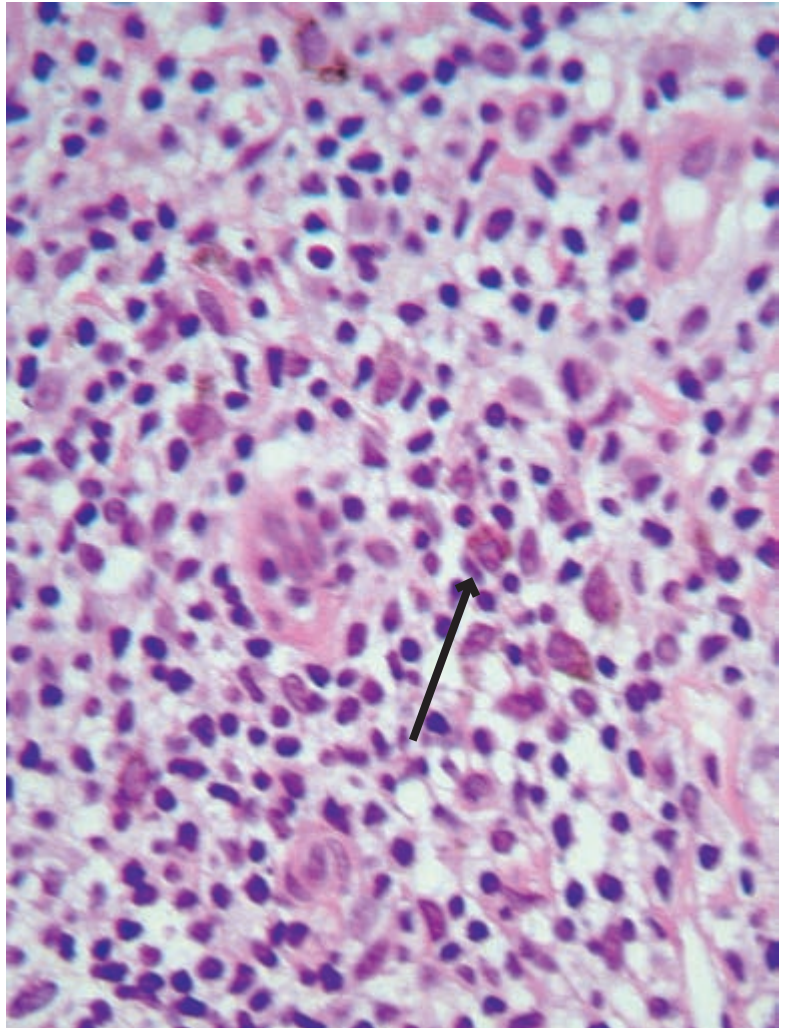


Foto 3. Denso infiltrado linfocitario y melanófagos (flecha).

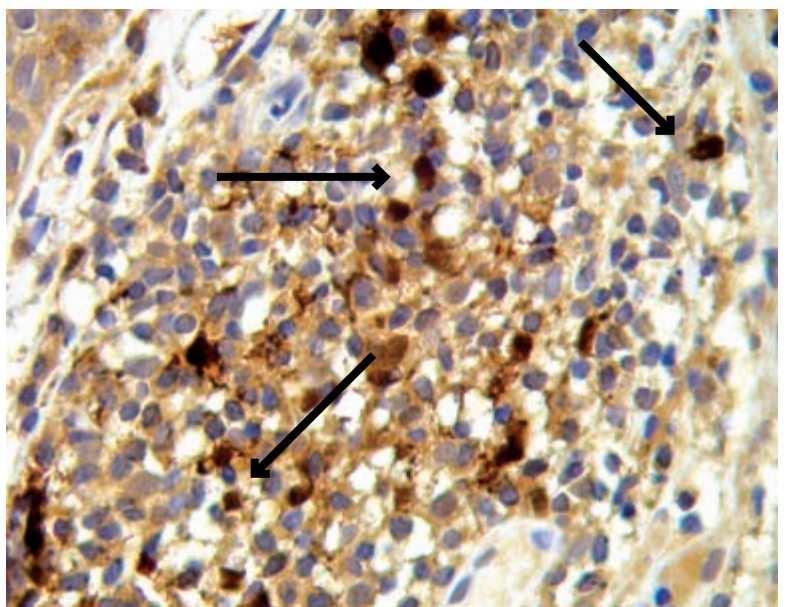


Foto 4. Proteína S100. Células névicas (flechas).

Conclusiones

Consideramos de interés comunicar este caso, en donde constatamos la asociación de *nevo de Meyerson*, dado por la clínica y la histología, con *nevo de Sutton*, dado únicamente por los hallazgos histológicos, en una misma lesión. Ambas dermatosis, bien conocidas, no son de observación frecuente en la práctica dermatológica diaria. Su coexistencia en una misma lesión no ha sido descrita en la bibliografía revisada. Destacamos también la satisfactoria respuesta, con resolución del halo eczematoso, luego de la extirpación del nevo, habida cuenta de la prolongada evolución (mayor a un año) y la refractariedad a los tratamientos previamente instaurados, sin recidiva ni aparición de nuevas lesiones luego de 2 años de seguimiento.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración de los doctores Lucila Donatti, Alberto Devès y Ariel Sehtman.

Referencias

1. Sotidiaris D, Lazaridou E, Patsatsi A. Does halo nevo without halo exist? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:1394-1396.
2. Vignale R, Piñeyro M, Macedo N. Halo nevo (Sutton). Descripción de 4 casos de nevos congénitos intradérmicos con ausencia histológica de inflamación celular inmune. *Arch Argent Dermatol* 2007;57:55-58.
3. Cabrera H, García S. Nevos. Buenos Aires, Editorial Actualizaciones Médicas, 1998:65-71.
4. Brandt O, Chritophers E, Fölster-Holst R. Halo dermatitis followed by the development of vitiligo associated with Sutton's nevi. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:101-104.
5. Marini M, Cabo H, Valdez R, Savarín M. Controversias en Dermatología: Nevo halo. *Dermatol Argent* 2000;6:402-407.
6. Krischer J, Pechére M, Salomon D, Harms M, et al. Interferon alfa-2b-induced Meyerson's nevi in a patient with dysplastic nevus syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:105-106.
7. Ruiz Maldonado R. Measuring congenital melanocytic nevi. *Pediatr Dermatol* 2004;21:178-179.
8. Petit A, Viney C, Gaulier A, Sigal M. Coexistence of Meyerson's with Sutton's nevus after sunburn. *Dermatology* 1994;189:269-270.



Severa reacción reversible al imiquimod durante el tratamiento del carcinoma basocelular nodular del párpado.

Dos pacientes con carcinomas basocelulares nodulares (CBC) del párpado fueron tratados en forma tópica con imiquimod al 5%. El primer caso experimentó dolor, eritema intenso, costras, ectropión retráctil y secreciones conjuntivales durante la segunda semana de tratamiento. Estos efectos mejoraron progresivamente hasta la sexta semana. Se observó desaparición completa del CBC. El segundo caso presentó, durante la tercera semana de tratamiento, dolor y una costra similar a quemadura de tercer grado. Dos meses después, se observó la desaparición completa del CBC. La ausencia total de cicatrices luego del tratamiento y la ausencia de ectropión cicatrizal fueron remarcables. Durante el tratamiento con imiquimod tópico para el CBC nodular de los párpados se pueden producir reacciones severas. Sin embargo, los resultados cosméticos excelentes persistieron después de haber concluido el tratamiento.

Huerva V, et al.
Ophthalmic Surg Lasers Imaging 2010;9:1-3.

LJ



Progreso de la investigación sobre epidermolisis ampollar: hacia tratamiento y cura.

En la zona de la membrana basal se encontraron mutaciones en 14 genes hasta el momento. Este progreso ha formado la base para el desarrollo de terapéuticas moleculares nuevas para esta enfermedad.

Navarini AA, et al.
Dermatology 2010 (para ser publicado).

LJ