

Mácula hiperpigmentada en región dorsal

Florencia Feijoo¹, Carolina Ugarte², Ada Laura López Di Noto³, Carolina Marcucci³, Graciela Sánchez⁴ y Gladys Merola⁵

► CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 18 años de edad, sin antecedentes personales de relevancia.

Consultó a nuestro servicio por una dermatosis congénita localizada en cara posterior de hombro derecho. Al **examen físico** dermatológico presentaba una mácula hiperpigmentada de contornos difusos e irregulares, de tonalidad azulada, sobre la cual asentaban múltiples pápulas de color azul más intenso, localizada en cara posterior de hombro derecho, asintomática (Fig. 1).

Exámenes complementarios: dermatoscopia con luz polarizada y toma biopsia para estudio histopatológico de la lesión.

A la **dermatoscopia** con luz polarizada se observaron múltiples zonas de pigmentación homogénea, en distintas tonalidades de azul y marrón, con acúmulos de pigmento de color azul más oscuro por sectores (Fig. 2).

Se realizaron dos tomas biopsia para **estudio histopatológico**, una correspondiente a la zona macular y la otra a nivel de una de las pápulas. En la primera muestra, en una vista panorámica con tinción de hematoxilina eosina, se observa una discreta elongación de crestas a nivel de la epidermis y algunas células aisladas en todo el espesor dérmico (Fig. 3). A mayor aumento se distinguen aislados melanocitos dendríticos, con abundante pigmento melánico, entre las fibras colágenas de la dermis profunda (Fig. 4).

En la segunda muestra se observa una densa infiltración de elementos celulares con y sin melanina, con mayor fibrosis entre medio (Fig. 5). A mayor aumento se aprecian melanocitos dendríticos y melanocitos amelanóticos con fibrosis entre los elementos celulares (Fig. 6).

Su diagnóstico es...



Fig. 1: Mácula hiperpigmentada de contornos difusos e irregulares, de tonalidad azulada, sobre la cual asentaban múltiples pápulas de color azul más intenso, localizada en cara posterior de hombro derecho.

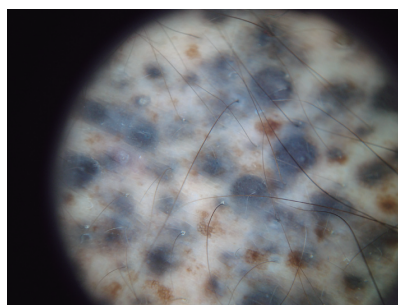


Fig. 2: Dermatoscopia con luz polarizada: se observaron múltiples zonas de pigmentación homogénea, en distintas tonalidades de azul y marrón, con acúmulos de pigmento de color azul más oscuro por sectores.

¹ Médica concurrente de 1° año de dermatología

² Instructora de residentes

³ Médica dermatóloga de planta

⁴ Médica Dermopatóloga

⁵ Jefa de la División de Dermatología

División de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

Los autores declaran no tener conflictos de interés

Correo electrónico: florenciafeijoo@hotmail.com

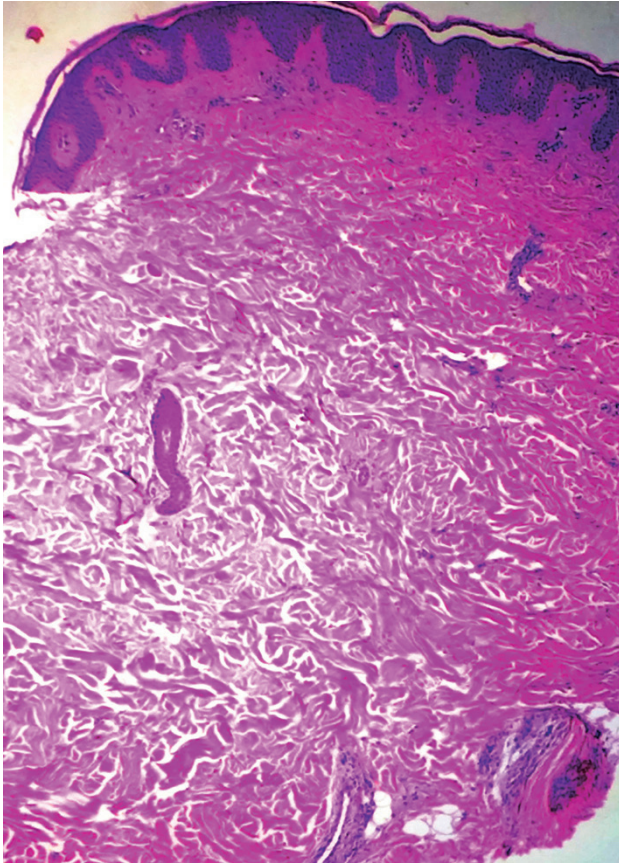


Fig. 3: En la primera muestra, en una vista panorámica, con tinción de hematoxilina eosina se observa una discreta elongación de crestas a nivel de la epidermis y algunas células aisladas en todo el espesor dérmico.

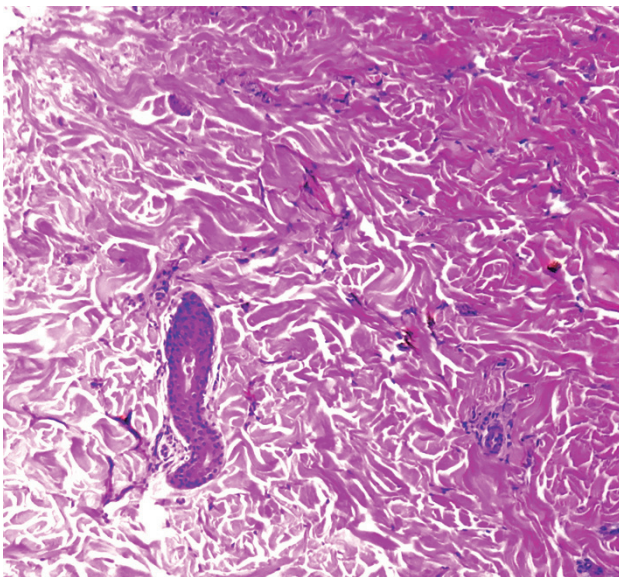


Fig. 4: A mayor aumento se distinguen aislados melanocitos dendríticos, con abundante pigmento melánico, entre las fibras colágenas de la dermis profunda

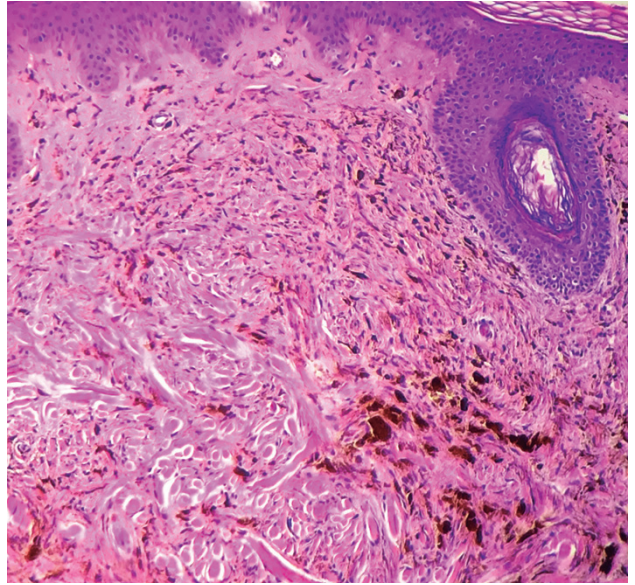


Fig. 5: En la segunda muestra se observa una densa infiltración de elementos celulares con y sin melanina, con mayor fibrosis entre medio.

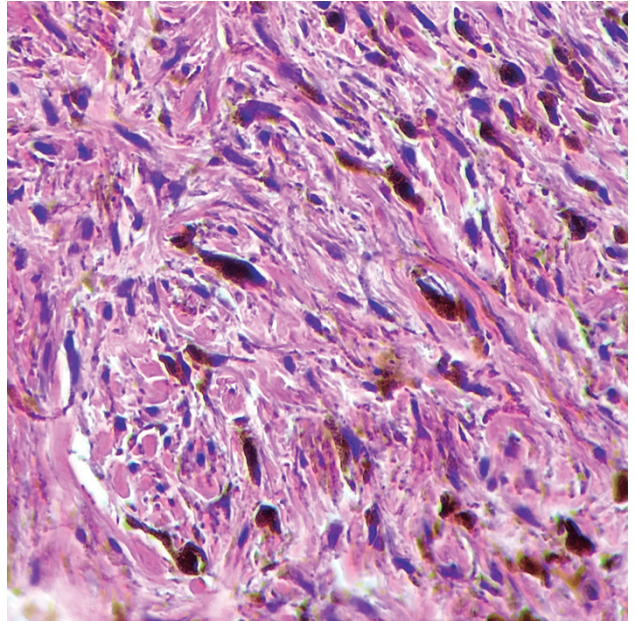


Fig. 6: A mayor aumento se aprecian melanocitos dendríticos y melanocitos amelanóticos con fibrosis entre los elementos celulares.

► DIAGNÓSTICO

Nevo azul en placa

► COMENTARIO

El **nevo azul en placa** es una variante infrecuente de nevo azul, descrito por primera vez por Tieche en 1906¹.

Hay tres tipos de nevo azul: común, celular y, el menos frecuente, en placa; este último presentado por nuestro paciente. Todas estas variantes pertenecen a las melanocitosis dérmicas, caracterizadas por la presencia de melanocitos en la dermis².

Hay pocos casos descritos en la literatura. La variante en placa puede ser congénita o aparecer en la infancia, adolescencia o adultez^{2,3}. **Clínicamente** se presenta como una agrupación de numerosas máculas y pápulas azuladas en una área circunscripta, cuyo tamaño varía entre 1 a 25 cm de diámetro. Las lesiones pueden aparecer sobre piel normal o sobre una mácula lentiginosa⁴. Se encuentra localizada predominantemente en el tronco, pudiendo afectar también cuero cabelludo, cara, cuello, miembros superiores e inferiores.

Durante la evolución del nevo azul en placa es posible que se desarrollen nódulos dérmicos profundos que, si bien en la mayoría de los casos son de naturaleza benigna, hace necesaria la confirmación histológica de la lesión para descartar la degeneración maligna en un melanoma, de la cual hay sólo un caso descrito en la literatura⁴.

En la **histopatología** del nevo azul en placa podemos encontrar islotes de melanocitos dendríticos ricos en melanina entremezclados con las fibras de colágeno de la dermis reticular, de manera similar a lo que ocurre con el nevo azul común. Una característica peculiar de la variante en placa es que presenta melanocitos que impresionan benignos, sin atipia citológica, y que alcanzan el tejido celular subcutáneo y rodean folículos pilosos, nervios y vasos, sin alterar la arquitectura de las estructuras involucradas². En ciertas oportunidades, el compromiso perifollicular, perineural y perivascular de los melanocitos muestra un patrón plexiforme o reticular.

El **diagnóstico diferencial** se debe realizar con malformaciones vasculares glomuvenosas, tumores vasculares

múltiples en placa, el nevo moteado lentiginoso en placa o zosteriforme, el nevo de Spitz agminado, las metástasis satélites de melanoma maligno y con el nevo azul maligno⁴.

Dada la pequeña cantidad de casos reportados, no está establecido cuál es el riesgo de la transformación maligna ni cuál es el mejor tratamiento del nevo azul en placa.

La mayoría de los autores recomiendan la observación y el seguimiento de la lesión cada seis meses y sugieren que cualquier nueva lesión debe ser biopsiada². Esta conducta fue la que decidimos seguir con nuestro paciente, ya que desde el nacimiento no había presentado alteraciones o lesiones nuevas. Otros autores están de acuerdo con que la escisión quirúrgica de la lesión debe ser realizada en lesiones de pequeño tamaño y según la localización². Hay reportes en la literatura acerca de la terapia exitosa de las melanocitosis dérmicas con Q-switched-Neodyn-YAG laser, aunque se reportaron pobres resultados en el tratamiento de las lesiones papulosas de extremidades⁵. Savoia sostiene que pacientes con nevos azules congénitos y de gran tamaño deben ser controlados en forma regular, ya que tendrían mayor riesgo de transformación maligna e inclusive propone la remoción quirúrgica de la lesión en forma preventiva, antes que los nódulos subcutáneos se desarrollen⁶.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Wen, S.Y.: Plaque-type blue nevus. Review and an unusual case. **Acta Derm Venereol** 1997; 77: 458-459.
2. Agusti-Mejias, A.; Messeguer, F.; García, R.; Sánchez, J.L.; Alegre, V.: Plaque-type blue nevus on the palm. **Int J Dermatol** 2013; 52: 1405-1407.
3. Park, Y.M.; Kang, H.; Cho, B.K.: Plaque-type blue nevus combined with nevus spilus and smooth muscle hyperplasia. **Int J Dermatol** 1999; 38: 775-777.
4. Giménez Jovani, S.; Marcoval Caus, J.; Fortuño Ruiz, Y.; Krüger, M.; Sánchez-Schmidt, J.; Moreno-Carazo, A.; Peyrí-Rey, J.: Nevo azul en placa. **Actas Dermosifiliogr** 2002; 93: 594-596.
5. Algermissen, B.; Toppe, F.; Henz, B.M.; Berlien, H.P.; Haas, N.: Hypertrichotic plaque-type blue nevus – a novel type of dermal melanocytosis: report of an unusual case. **Acta Derm Venereol** 2002; 82: 61-62.
6. Savoia, F.; Gaddoni, G.; Re, G.; Crisanti, E.: The long history of a melanoma associated with a congenital large plaque type blue nevus with subcutaneous cellular nodules. **Dermatol Pract Concept** 2015; 5: 17-21.