

Artículo de revisión

Nevos melanocíticos y no melanocíticos. Revisión de la literatura

Daniel Alcalá Pérez,* Isabel Cristina Valente Duarte de Sousa**

RESUMEN

La palabra nevo deriva del latín *naevus*, que significa marca de nacimiento, y se emplea para describir un hamartoma, crecimiento exagerado de un tejido normal.^{1,4} El apellido que se le da al nevo nos indica el origen celular del mismo.¹ El reconocimiento clínico de los diversos tipos de nevos melanocíticos y no melanocíticos es de fundamental importancia para el dermatólogo, debido a que de ello dependerá la decisión terapéutica que deberá tomar. Se realiza esta revisión de nevos melanocíticos y no melanocíticos con el propósito de aclarar sus diferencias epidemiológicas, clínicas, evolutivas y de tratamiento.

Palabras clave: Nevo, nevo melanocítico, nevo no melanocítico, nevo congénito.

ABSTRACT

The word naevus means birthmark in Latin, and it is used to describe an hamartoma, which is the exaggerated growth of a normal tissue.^{1,4} The last name of the nevus indicates its cellular origin.¹ Clinical recognition of the different types of melanocitic and non-melanocitic nevi is of extreme importance to the dermatologist, since it guides the therapeutic options that have to be taken. This review has the intent of describing the major epidemiological, clinical, evolutionary and therapeutic differences of melanocitic and non-melanocitic nevi.

Key words: *Nevus, melanocitic nevi, non-melanocitic nevi, congenital nevi.*

INTRODUCCIÓN

Definición

La palabra nevo deriva del latín *naevus* que significa marca de nacimiento y se emplea para describir un hamartoma, crecimiento exagerado de un tejido normal.^{1,2} El apellido que se le da al nevo nos indica el origen celular del mismo.¹

Clasificación

Debido a que no existe a la fecha una clasificación didáctica de los nevos melanocíticos y no melanocí-

ticos, los autores proponen la siguiente clasificación (*Cuadro I*).

NEVOS MELANOCÍTICOS DE CÉLULAS NÉVICAS

Nevos adquiridos comunes

Epidemiología

La prevalencia de los nevos guarda relación con la edad, la raza y con factores ambientales y genéticos.^{1,2} El número total de nevos aumenta con la edad y presenta crecimiento rápido en la pubertad, con un pico máximo en la tercera década de la vida (aproximadamente a los 25 años de edad); después el número de nevos tiende a disminuir.^{1,2} Se presentan en ambos sexos; se ha observado que las personas con piel blanca tienen más nevos que las personas con piel oscura.⁴ Así mismo, se ha observado un mayor número de nevos en familiares de pacientes con antecedentes

* Médico adscrito al Servicio de Dermatología.

** Residente del 2º año de Dermatología.

de melanoma y en quienes se han expuesto excesivamente al sol.^{2,3}

Patogenia

La aparición de nevos se debe a la acumulación de melanocitos (nidos de melanocitos) en la epidermis, dermis o ambas, secundaria a una proliferación alterada de células névicas.^{2,4}

Se observan tres variedades histológicas, las cuales presentan características clínicas distintas:

1. **Nevos de unión:** Es una neoformación plana de aspecto macular de color café oscuro homogéneo. Histológicamente se observan nidos de melanocitos en la unión dermoepidérmica.^{1,2,4,5}
2. **Nevos compuestos:** Es una neoformación de aspecto papular que tiende a tener un color más claro que los nevos juntales (de unión). Histológicamente, la lesión corresponde a la presencia de nidos de melanocitos en la unión dermoepidérmica y en la dermis.^{1,2,5,6}
3. **Nevos intradérmicos:** Es una neoformación de aspecto papular del color de la piel o café claro. Son

CUADRO I. CLASIFICACIÓN DE NEVOS.*

Clasificación

Nevos melanocíticos

1. De células névicas

Nevos adquiridos comunes

- De unión
- Compuesto
- Intradérmico

2. Displásico

3. Congénito

- Tipo I (< 2 años)
- Tipo 2 (> 2 años)
- Pequeño (< 1.5 cm)
- Mediano/Grande (1.6 cm-19.9 cm)
- Gigante (> 20 cm)

4. Nevo de Spitz

Melanocitos epidérmicos

Léntigo simple
Léntigo solar
Léntigo segmentario
Nevo Spilus

Melanocitos dérmicos

Nevo de Becker
Mancha mogólica
Nevo de Ito
Nevo de Ota
Nevo Azul
Nevo fuscoceruleus

Nevos de células de componentes dérmicos (hamartomas dérmicos)

Sebáceo

Verrugoso

Comedónico

Ecrino

Apocrino

Lipomatoso

* Clasificación propuesta por el Dr. Daniel Alcalá Pérez y la Dra. Isabel Cristina Valente Duarte de Sousa.

más elevados y su color es más claro que los nevos compuestos. Histológicamente se observan nidos de melanocitos en la dermis.^{1,4,5}

Variantes clínicas

Halo nevo

También conocido como nevo de Sutton,^{1,2,4} leucoderma adquirido centrífugo vitíligo perinevico, nevo leucopigmentario o leucoderma perinevoide. Esta lesión corresponde a un nevo de células névicas con un halo acrómico alrededor.^{1,2,4} Son más frecuentes en la espalda, en pacientes menores de 20 años y se presentan por igual en ambos sexos.^{1,2,4} Su etiopatogenia se desconoce, sin embargo se cree que la aparición del halo acrómico se debe a una respuesta inmunitaria del huésped ante melanocitos displásicos o a un daño parecido al que se presenta en el vitíligo.² Histológicamente corresponden a nevos de unión, compuestos o intradérmicos.^{2,4} Es importante recordar que hasta un 20% de los pacientes con halo nevo desarrollan melanoma y nevos displásicos² (Figura 1).

TRATAMIENTO

Debido a su benignidad, estas lesiones no requieren tratamiento.^{1,2,4} Sin embargo, en cualquier nevo que cambie de aspecto se recomienda vigilancia estrecha.^{1,4} Las lesiones estéticamente inaceptables pueden ser retiradas quirúrgicamente, siempre comunicándole al paciente que en su lugar presentará una cicatriz.²



Figura 1. Halo nevo.

Nevos displásicos/atípicos

Sinónimos

Nevo BK, nevo de Clark, nevo con trastornos de la arquitectura (recomendado por US National Institutes of Health, enero 1992).²⁻⁴

Generalidades

Están presentes en el 5-59% de la población^{2,3} después de la 1ª década de la vida y pueden manifestarse de forma eruptiva después de los 60 años.² Suelen ser lesiones esporádicas; sin embargo, se ha descrito mayor incidencia de melanoma en familiares de pacientes con nevos atípicos.^{2,4} Se considera que tienen un fenotipo normal las personas con menos de 25 nevos en toda la superficie corporal, por lo que se recomienda una vigilancia estrecha para detectar la existencia de atipias en aquellos pacientes con más de 50 nevos melanocíticos.² El síndrome de nevo atípico consiste en más de 100 nevos melanocíticos en la superficie corporal, con nevos mayores a 8 mm y 1 nevo clínicamente atípico.³ La aparición de estas lesiones se ha asociado con más frecuencia a fototipos I y II, sobre todo en aquellos pacientes con exposición solar intensa e intermitente, así como quemaduras solares dolorosas.³

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A las lesiones melanocíticas se les debe estudiar principalmente 4 características generales: simetría, tamaño, color y bordes (Cuadro II).^{2,4} Los nevos atípicos se caracterizan por ausencia de imagen en espejo (asimetría), un tamaño de 3-15 mm el cual tiene una correlación directa con el nivel de atipia (a mayor tamaño, mayor atipia), márgenes mal definidos e irregulares, superficie relativamente plana, macular en la periferia y con patrón en empedrado central frecuente.^{2,4} El color varía, generalmente se presentan 3 tonos de café, sin embargo hay que tomar en consideración que a mayor número de colores mayor atipia.² Puede existir eritema dentro o fuera de la lesión, así como pelos terminales más gruesos que en el resto del cuerpo.⁴ Topográficamente son más frecuentes en el tronco y las áreas doblemente cubiertas (mamas en mujeres, abdomen y espalda en los hombres)^{2,4} Su evolución suele ser estable, sin embargo pueden preceder al melanoma.^{2,3}

CUADRO II. COMPARACIÓN CLÍNICA DE NEVO ADQUIRIDO COMÚN, NEVO ATÍPICO Y MELANOMA.*

Características clínicas de los nevos adquiridos comunes, de los nevos melanocíticos atípicos y del melanoma ⁴			
Característica	Nevo adquirido común	Nevos atípicos	Melanoma maligno
Tamaño	Menos de 5-6 mm	3-15 mm	Generalmente más de 10 mm
Margen	Regular y bien definido	Irregulares y mal definidos	Más irregulares, poco definidos
Simetría	Sí	No	Gran asimetría
Coloración	Homogénea y regular	Irregular	Irregular
Color	Pardo, marrón, marrón oscuro, color piel	Pardo, marrón, marrón oscuro, negro, rosado	Pardo, marrón, marrón oscuro, negro, rosado, rojo, gris, azul, blanco
Superficie	Suele ser papulosa	Componente macular	Macular, nodular elevado
Marcas cutáneas	Acentuadas	En empedrada	Acentuación, desaparición y/o ulceración

* Adaptada de Bologna et al.

Variedades clínicas

Se pueden observar las siguientes formas clínicas:

1. Nevo en huevo frito: corresponde a una lesión pigmentada elevada central rodeada de un anillo macular más claro de márgenes mal definidos.^{2,3}
2. Nevo en ojo de Buey o en diana: corresponde a un nevo más claro en el centro que en la periferia.²
3. Variante lentiginosa o de tipo léntigo: corresponde a un nevo con superficie plana y homogénea de color café claro que se confunde con un léntigo.²
4. Variante parecida a la queratosis seborreica: corresponde a un nevo con superficie empedrada y pseudoquistes córneos.²
5. Variante eritematosa: Toda la lesión carece de pigmento y muestra una superficie homogénea rosada o rojiza.²
6. Simuladores de melanoma: corresponde a lesiones con un grado de asimetría y variedad de colores que sugieren melanoma. El estudio histológico es el que decide.²

HISTOPATOLOGÍA

En los cortes histológicos de estas lesiones se observan melanocitos atípicos, hiperplasia melanocitaria y alteración

estructural (variaciones del tamaño, forma y afinidad tintorial).^{1,2,4} En la dermis papilar se observa fibrosis eosinofílica concéntrica con infiltrado linfocitario perivasculoso.^{2,5}

TRATAMIENTO

La conducta médica a seguir dependerá de la cantidad de nevos, de los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos del paciente.^{3,4} Como regla general, cualquier lesión sospechosa deberá ser reseada con 2 mm de margen para estudio patológico.^{2,4} En caso de que el reporte histopatológico sea compatible con atipia severa, se deberán ampliar los márgenes a 5 mm por la elevada frecuencia de desarrollo de melanoma *in situ*.² El seguimiento de los pacientes con nevos atípicos deberá realizarse cada 3-6 meses.^{2,4} Se recomienda el seguimiento con fotografías o dibujos de sus características y localizaciones.^{2,3} Las lesiones atípicas que no sean visibles para el paciente (espalda) se deben resear² (Figura 2).

Nevos congénitos

Clasificación

La clasificación de los nevos congénitos se hace en base a su tamaño o a su posibilidad de resección

quirúrgica.^{2,4} Algunos autores han clasificado estas neoformaciones en tipo 1 cuando aparecen antes de los 2 años y tipo 2 si se presentan después de esa edad⁴ (*Cuadro III*).

Epidemiología

Suelen estar presentes desde el nacimiento (tipo 1), sin embargo pueden no ser evidentes hasta después de los 2 años de edad (tipo 2).^{2,4} La incidencia de estos nevos no está bien establecida, sin embargo algunos autores citan que el 1% de los recién nacidos presentan un nevo congénito.¹ Este tipo de nevos se asocian a otras neoplasias mesenquimales como el rabdomiosarcoma,



Figura 2. *Nevos atípicos múltiples.*

el liposarcoma, los tumores neurales malignos y más comúnmente las neoplasias melanocíticas atípicas.⁷

Se estima que el riesgo acumulativo probable en toda la vida de transformación maligna en el caso del nevo melanocítico congénito gigante es del 5 al 15%. El riesgo parece ser mayor en los primeros años de vida (3-5 años)¹ y tienen mayor riesgo de que presenten melanosis neurocutánea.⁸

Patogenia

La patogenia no está bien establecida, sin embargo se cree que la aparición de estas lesiones es secundaria a una mutación en el gen RAS que da origen a una migración temprana de los melanocitos y a su aparición en la piel fetal antes del día 40 de gestación.^{2,4}

Características clínicas

La topografía más frecuente es la región lumbar. Morfológicamente, es una neoformación homogéneamente pigmentada, de forma y tamaño variable, con bordes regulares bien delimitados, superficie con pelos terminales gruesos.^{1,2,4} El crecimiento suele ser paralelo al desarrollo.^{1,2,4} Los nevos grandes se asocian a lesiones satélites más pequeñas.^{1,4}

TRATAMIENTO

Cuando son pequeños suelen ser benignos, y a menos que presenten datos de atipia únicamente se deben vigilar.² Se han comunicado casos de regresión espontánea de los nevos melanocíticos congénitos presentes en piel cabelluda, por lo que en estos casos se recomienda la conducta expectativa.⁹ Los nevos grandes presentan un riesgo elevado de melanomas, razón por la cual se deben extirpar siempre y cuando sea posible por su extensión y localización.^{1,2,4,7} Cuando el nevo es tan grande que la extirpación quirúrgica no es un opción viable, se puede optar por vigilancia estrecha

CUADRO III. CLASIFICACIÓN CLÍNICA Y MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS NEVOS MELANOCÍTICOS CONGÉNITOS.^{2,4}

	Clínico	Quirúrgico
Pequeños	Menor a 1.5 cm	Resección simple
Medianos/ grandes	1.5-19.9 cm	Resección con uso de injerto
Gigantes	Más de 20 cm Cubren grandes áreas del cuerpo Riesgo mayor de melanoma	No resecable o resección por etapas

cada 3-6 meses o bien hacer la resección quirúrgica en tiempos.^{1,2}

Nevo de Spitz

Sinónimos

Melanoma juvenil de Spitz, tumor de células fusiformes y epitelioides, melanoma benigno juvenil, nevo melanocítico fusiforme-epitelioides, *nevus prominens et pigmentosus*.^{2,4}

Características clínicas

Se denomina nevo de Spitz a una neoformación de aspecto papular, de color rosa-café, de 2 mm-2 cm con bordes bien delimitados y superficie lisa, con telangiectasias.^{2,4} Aparecen antes de los 40 años de edad, y se presentan por igual en ambos sexos.² Su patogenia se desconoce, se han encontrado en forma eruptiva a VIH, quimioterapia, embarazo y pubertad, entre otros.⁴ Se presentan con mayor frecuencia en la cabeza y el cuello (42%) pero es lo mismo en cualquier topografía.^{2,4} No se ha establecido con exactitud el riesgo de malignización de esta entidad, pero se han comunicado casos de nevos de Spitz diseminados que presentaban convulsiones, con alteraciones en el electroencefalograma.⁴

Histopatología

En los cortes histológicos se observan nidos de melanocitos de gran tamaño (lo doble de lo normal) y células fusiformes que se extienden desde la epidermis hasta la dermis reticular adoptando un patrón en cuña invertida.^{2,4-6}

TRATAMIENTO

Debido a la evolución incierta de la lesión hacia melanoma, se recomienda la extirpación quirúrgica para estudio histológico.²

NEVOS MELANOCÍTICOS EPIDÉRMICOS

Léntigo simple

Es una neoformación de aspecto macular color café claro de coloración homogénea, bien delimitado, que aparece a edades más tempranas y que guarda poca o ninguna relación con la exposición solar (comparadas con el lentigo solar).^{2,4} Se desconoce la frecuencia

exacta;² afecta por igual a todas las razas y se presenta en ambos sexos.² Las lesiones aisladas suelen existir desde el nacimiento, sobre todo en los niños de piel oscura más que en los de piel clara.⁴ El número de léntigos aumenta con la edad.⁴

La patogenia se desconoce, sin embargo siempre hay que descartar su asociación con síndromes genéticos como Peutz-Jeghers (lentiginosis oral y poliposis intestinal), LEOPARD (lentiginosis asociada a alteraciones electrocardiográficas, hipertelorismo ocular, estenosis pulmonar, alteraciones genitales, retraso mental y sordera) y LAMB (léntigos asociados a mixomas auriculares, mucocutáneos y nevos azules).²

La histología de estas lesiones demuestra aumento de melanocitos con aumento de melanina en la capa basal y melanófagos en la dermis.^{2,5} A la microscopia electrónica se observan macroglóbulos de melanina en melanocitos, queratinocitos y melanófagos.^{2,4} Debido a la benignidad de los léntigos, no se requiere tratamiento.² Sin embargo, en caso de lentiginosis generalizada se deberá estudiar al paciente en busca de otras alteraciones.²

Léntigo segmentario

El léntigo segmentario es el término usado para designar casos que aparecen con distribución segmentaria, dermatómica o zosteriforme;² es poco frecuente y no tiene predilección por sexo o raza.² Se desconoce su patogenia, sin embargo se sabe que la distribución segmentaria indica un trastorno en el desarrollo de los melanocitos.² Aparece desde el nacimiento o durante la infancia.² Morfológicamente está constituido por manchas individuales que miden 2-10 mm y bien delimitadas.^{2,4} La histología muestra hiperplasia melanocítica y de las crestas epidérmicas, como en un léntigo simple.⁵

Nevo Spilus

También conocido como nevo sobre nevo, nevo lentiginoso moteado o nevo lentiginoso zosteriforme; este nevo corresponde a una neoformación pigmentada plana de aspecto macular (léntigo) con moteado más oscuro en la superficie (nidos de melanocitos) que pueden ser de aspecto macular o papular.^{1,2,4,10} Aparece desde el nacimiento o en la infancia y afecta por igual a ambos sexos.^{1,10} La patogenia se desconoce, pero debido a su distribución segmentaria, se cree que puede ser secundaria a una malformación localizada de los melanocitos.² La topografía más frecuente es el tronco o las extremidades.^{2,4,10} El moteado aumenta con la

edad y se hace más evidente tras la exposición solar.² Histológicamente, la parte macular muestra la histología de un léntigo simple, mientras que las partes moteadas presentan la estructura de un nevo de unión, o de uno compuesto.^{5,10} Se recomienda realizar un seguimiento seriado de estas lesiones por la probabilidad de que den lugar a un melanoma.²

Nevo de Becker

Sinónimos

Melanosis de Becker, hamartoma pigmentado de Becker, melanosis nevoide, nevo epidérmico piloso pigmentado.^{2,4}

Características fundamentales

Clínicamente se presenta como una neoformación de aspecto macular hiperpigmentada y frecuentemente con pelo, localizada en el hombro, región submamaria y/o en la espalda.^{1,2,4} Afecta a todas las razas, suele aparecer en la segunda y tercera década de la vida, son 6 veces más frecuentes en hombres que en mujeres y la prevalencia en la población general se estima de 0.52%.² Generalmente asintomáticos, presentan crecimiento rápido durante uno o dos años y posteriormente su tamaño se estabiliza.^{2,4}

Su patogenia no está bien establecida, pero se cree que la hiperpigmentación guarda relación con niveles androgénicos, lo que explicaría su aparición en la pubertad y su asociación con hirsutismo, acné, hipertrofia de las glándulas sebáceas y engrosamiento dérmico.^{1,2,4} Así mismo, se ha asociado su aparición a la exposición solar extensa y/o las quemaduras solares previas.^{1,2,4} No se han descrito casos de malignización, pero sí su asociación con hipoplasia de mama, aureola, pezón y brazo ipsilaterales.^{1,2,4} Debido a la benignidad de las lesiones, no requieren tratamiento; no obstante, si el paciente lo desea, por razones estéticas, se podrá realizar con láser o electrólisis para el tratamiento de la hipertrichosis, con resultados poco satisfactorios^{1,2,4} (Figura 3).

NEVOS MELANOCÍTICOS DÉRMICOS

Mancha mogólica

También conocido como melanocitosis dérmica congénita, la mancha mogólica es más frecuente en razas de piel oscura^{2,4} Suele estar presente desde el nacimiento

y se resuelve comúnmente en la primera infancia.⁴ Clínicamente se presenta como una neoformación localizada, es única plana pigmentada de forma angulada redonda u oval, de bordes mal definidos clásicamente en la región lumbosacra o en la superficie interna de las regiones glúteas y algunas contienen pelos.^{2,4} No se han descrito casos de malignización, se considera una lesión benigna y debido a que muchas involucionan solas no es necesario el tratamiento.^{2,4}

Nevo de Ota y de Ito

Sinónimos

Nevo fusocelular oftalmomaxilar, melanosis bulbi congénita, melanosis bulborum y manchas mongólicas aberrantes, mancha mongólica aberrante persistente, melanosis ocular progresiva, melanosis oculodérmica.^{2,4}

Características fundamentales

El nevo de Ota es más común en razas de piel oscura (asiáticos y negros), predomina en mujeres (80%) y presenta dos picos de aparición, uno durante el primer año de vida (50-60%) y el otro en la pubertad (40-50%).^{1,2,4,10} La hiperpigmentación presente en estas lesiones, al igual que todos los nevos melanocíticos dérmicos, se debe a la presencia de melanocitos, los que no alcanzaron a llegar a la epidermis durante la vida fetal.^{2,10} Clínicamente se presentan como neoformaciones de aspecto macular que confluyen en grandes parches



Figura 3. Nevo de Becker.

mal delimitados, de color negro-grisáceo leve o acen-
tuado.^{4,10} Generalmente es unilateral y afecta las dos
primeras ramas del V par (oftalmomaxilar).^{1,2,4,10}

El nevo de Ito (nevo *fuscoceruleus acromiodeltoideus*)
es una variante clínica que se distingue del nevo de Ota
por su topografía en regiones supraclavicular, escapular
y deltoidea.^{1,2,4,10} La indicación de tratamiento es pura-
mente estética; sin embargo, en caso de afección de
la conjuntiva o esclerótica ipsilateral se deberá realizar
seguimiento oftalmológico por riesgo de desarrollar
melanoma² (Figura 4).

Nevo azul

Sinónimos

También conocido como nevo azul de Jadassohn-
Tieche, neuronevo azul, melanocitoma dérmico,
melanoma mesenquimal benigno, cromatofroma,
melanofibroma, nevo fuscoceruleus, constituye la for-
ma más frecuente de melanocitosis dérmica.^{1,2,4} Los
nevos azules son lesiones adquiridas que aparecen
durante la infancia o la adolescencia caracterizados
histológicamente por la presencia de melanocitos
fusiformes dendríticos muy pigmentados y abundan-



Figura 4. Nevo de Ota.

tes y de melanófagos en dermis.^{2,6} Clínicamente se
presentan como una neoformación pigmentada plana
de aspecto macular o papular de color azul oscuro-
grisáceo, de 0.5-1 cm de tamaño aproximadamente,
de límites mal definidos pero regulares.¹¹ La locali-
zación más frecuente es en el dorso de las manos o
de los pies (50%) pero pueden aparecer en cualquier
topografía.¹¹ Se consideran lesiones benignas, y no se
requiere tratamiento.¹

NEVOS NO MELANOCÍTICOS

También conocidos como nevus epidérmicos, estas
lesiones corresponden a hamartomas de células epite-
liales.² La clasificación se da en base al tipo de célula
histológica predominante.¹² Clínicamente presentan un
patrón de acuerdo a líneas de Blasco.^{2,12} Aparecen entre
el nacimiento y la adolescencia tanto en hombres como
en mujeres⁴ (Cuadro IV).

Nevo sebáceo

El nevo sebáceo de Jadassohn y nevo organoide es un
tumor benigno de la glándula sebácea.^{2,12} Está presente
desde el nacimiento y se caracteriza por la presencia
de una placa linear verrugosa de color amarillo, alo-
pécica, con aspecto de cera, en piel cabelluda, cara,
tronco o mucosa oral.⁴ La presencia de este nevo se
ha asociado a otros tumores benignos como el sirin-
gocistadenoma papilífero, el tricoblastoma y malignos
como el carcinoma basocelular.¹² Histológicamente se
encuentran abundantes glándulas sebáceas inmaduras
localizadas en dermis superficial, a las que se asocian
malformaciones de la unidad pilosebácea.¹² Debido a
su evolución incierta, se recomienda la vigilancia de
estas lesiones y la extirpación en caso de crecimiento
rápido.^{2,4,12}

CUADRO IV. CLASIFICACIÓN DE LOS NEVOS NO MELANOCÍTICOS.*

Célula	Nombre
Queratinocitos	Nevo verrugoso
Glándula sebácea	Nevo sebáceo
Unidad pilosebácea	Nevo comedónico
Glándula ecrina	Nevo ecrino
Glándula apocrina	Nevo apocrino

* Depende de las células histológicamente predominantes.

Nevo verrugoso

También conocido como nevo epidérmico. Se localiza con mayor frecuencia en las extremidades inferiores o en regiones glúteas.¹² Debido al aspecto verrugoso de la lesión, el diagnóstico diferencial se debe hacer con psoriasis en placas.² Se caracteriza clínicamente por ser una neoformación exofítica de aspecto verrugoso, de bordes bien delimitados e irregulares. Generalmente están presentes desde el nacimiento o se desarrollan en la infancia. Histológicamente muestran hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis.¹²

Cuando son extensos, se pueden asociar al síndrome del nevo epidérmico en el que puede haber alteraciones en piel, ojos, sistema nervioso central, así como esqueléticas, cardiovasculares y urogenitales.¹² Existe una variante rara denominada nevo epidérmico verrugoso inflamatorio lineal (NEVIL) el cual se caracteriza por acompañarse de prurito, eritema y escama.²

El tratamiento recomendado es la vigilancia;² por motivos estéticos debe ser quirúrgico y la resección se deberá hacer hasta la dermis profunda para evitar recidivas.⁴ Existen casos raros de transformación a carcinoma basocelular o espinocelular^{2,12} (Figura 5).

Nevo comedónico

El nevo comedónico (sinónimos: comedonevo, nevo folicular queratósico, nevo acneiforme unilateral, nevo



Figura 5. Nevo verrugoso.

zoniforme) es un hamartoma raro de la unidad pilosebácea, presente desde el nacimiento o que aparece en la primera infancia.^{2,13} La topografía típica corresponde a zonas seboreicas (cara, pecho, extremidades superiores) y morfológicamente se observan comedones abiertos que se disponen en un patrón lineal, nevoide, bilateral o zosteriforme.^{4,13} Se puede asociar a alteraciones oculares y esqueléticas.¹³ Al igual que en el nevo verrugoso, existe una variante inflamatoria en la que se presentan quistes supurativos y lesiones acneiformes.⁴ Histológicamente se observan tapones córneos asociados a atrofia de glándulas sebáceas y/o folículos.⁵ El tratamiento se requiere únicamente en los casos inflamatorios;² puede ser quirúrgico o médico en el primer caso, y consiste en la aplicación tópica de tazaroteno, retinoides, tacrolimus, pimecrolimus, calcipotriol⁴ y en el segundo se realiza a base de extracción, escisión y/o dermabrasión de la lesión.^{2,4}

Nevo ecrino

El nevo ecrino es un hamartoma caracterizado por aumento en el número o tamaño de los ovillos ecrinos.^{4,5} Es una lesión rara que aparece comúnmente en la infancia, con una incidencia similar en hombres y mujeres.⁴ Clínicamente se presenta como una neoformación de la piel que pasa generalmente inadvertida y que no presenta hiperhidrosis.² Existe una variante denominada nevo ecrino angiomatoso en la cual sí hay hiperhidrosis localizada, y a veces dolor, se presenta clínicamente en extremidades inferiores y está constituida por varias neoformaciones de aspecto nodular que se



Figura 6. Nevo ecrino.

unen formando placas.⁴ Histológicamente se observa un aumento en el número o en el tamaño de los ovillos ecrinos.⁵ La forma angiomatosa se caracteriza además por aumento de capilares que envuelven a los ovillos.^{4,5} El tratamiento en casos de hiperhidrosis va desde el uso tópico de cloruro de aluminio, hasta el intralesional de toxina botulínica, o bien excisión quirúrgica de la lesión^{2,4} (Figura 6).

Nevo apocrino

El nevo apocrino puro es un tumor extremadamente raro.^{14,15} Aparece en la pubertad.¹⁶ La topografía más común son las axilas y el tronco.¹⁴⁻¹⁶ Clínicamente se observa una neoformación poco evidente del color de la piel, asintomática, que se caracteriza por hiperhidrosis localizada.¹⁶ Lo más característico en el estudio histológico es la presencia de numerosas glándulas apocrinas que se extienden desde la dermis reticular hasta el tejido celular subcutáneo.¹⁴⁻¹⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar L. Nevus melanocítico en la infancia. *Anales Españoles de Pediatría* 2001; 54(5): 477-483.
2. Bologna J et al. *Dermatología*. Madrid. Editorial Mosby, 2004: 1709-1713, 1733-1752, 1757-1785.
3. Naeyaert J, Brochez L. Dysplastic nevi. *N Engl J Med* 2003; 349: 2233-2240.
4. Wolff K et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7ª ed, Editorial McGraw-Hill: 1845-1851.
5. Elder D et al. *Lever's Histopathology of the skin*. Lippincott Williams & Wilkins 2005: 715-754, 805-808, 898, 1615-1618.
6. Carrera C y cols. Correlación histológica en dermatoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Criterios dermatoscópicos de nevus melanocíticos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2004; 32: 47-60.
7. Rolon M, Arredondo M. Melanoma originado en nevus melanocítico congénito. *Rev Asoc Col Dermatol* 2008; 16(4): 305-306.
8. Bittencourt F et al. Large congenital melanocytic nevi and the risk for development of malignant melanoma and neurocutaneous melanocytosis. *Pediatrics* 2000; 106: 736-741.
9. Vilarrasa E et al. Histologic persistence of a congenital melanocytic nevus of the scalp despite clinical involution. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59(6): 1091-1092.
10. Trindade F et al. Bilateral nevus of Ito and nevus spilus in the same patient. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59(2 Suppl 1): S51-52.
11. González C et al. Nevus azul hipopigmentado: una variante poco frecuente del nevus azul. *Med Cutan Iber Lat Am* 2006; 34: 63-66.
12. Dosik J. Epidermal nevus. *Dermatology Online Journal* 2001; 7: 14.
13. Lefkowitz A et al. Nevus comedonicus. *Dermatology* 1999; 199: 204-207.
14. Ando K et al. Pure apocrine nevus. A study of light-microscopic and immunohistochemical features of a rare tumor. *Am J Dermatopathol* 1991; 13: 71-78.
15. Neil JS et al. Apocrine nevus: light microscopic, immunohistochemical and ultrastructural studies of a case. *J Cutan Pathol* 1993; 20: 79-83.
16. Rabens SF, Naness JI, Gottlieb BF. Apocrine gland organic hamartoma (apocrine nevus). *Arch Dermatol* 1976; 112(4): 520-522.

Correspondencia:

Dr. Daniel Pérez Alcalá

Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,

Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,

06780 México, D. F.

Tel. 5519 6351

Correo electrónico: alcalad32@yahoo.com.mx