

## CASO CLÍNICO

# Nevus de Spitz eruptivos múltiples: reporte de un caso

## *Multiple eruptive spitz naevi: case report*

Zoila Valdivia<sup>1</sup>, Javier Tolentino<sup>2</sup>, Francisco Bravo<sup>3,4</sup>

### RESUMEN

El nevus de Spitz, también llamado melanoma benigno juvenil, puede presentarse en una de tres formas distintas, dentro de ellas la forma eruptiva diseminada es una variante extremadamente rara con pocos reportes de casos previos. Describimos el caso de un paciente varón, de raza blanca y de 13 años de edad, con un tiempo de enfermedad de diez meses caracterizado por la presencia de pápulas asintomáticas múltiples, las cuales iniciaron en tronco y se fueron extendiendo a cara y extremidades, compatibles con nevus de Spitz.

**Palabras claves:** Nevus de Spitz, Melanoma benigno juvenil.

### SUMMARY

Spitz naevi, also called juvenile benign melanoma, may occur in one of three forms, among them the eruptive disseminated form is an extremely rare variant with only few reports of previous cases. We present the case of a white male patient of 13 years old with a disease duration of ten months, characterized by the presence of multiple asymptomatic papules, which began on the trunk and subsequently spread to the face and limbs, being consistent with Spitz naevi.

**Keywords:** Naevi Spitz, Juvenile benign melanoma.

## INTRODUCCIÓN

En 1948 Sophie Spitz describió una serie de melanomas en niños como lesiones que seguían un comportamiento biológico y con criterios histopatológicos de malignidad, llamándolos melanomas juveniles<sup>1</sup>. De hecho, tan sólo un año más tarde, Arthur C. Allen incluyó a los melanomas juveniles en la categoría de lesiones pigmentadas benignas.

Originalmente se pensó que la lesión se producía en gran medida en los niños, pero ahora se sabe que más de la mitad de los casos de nevus de Spitz se detectan en pacientes mayores de catorce años y una cuarta parte ocurren en pacientes mayores de 30 años.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 13 años de edad, procedente de Lima y sin antecedentes patológicos ni familiares de importancia. Acudió a la consulta por lesiones papulares rojizas, asintomáticas y de diez meses de evolución, las cuáles refirió iniciaron en tórax extendiéndose luego a cuello, cara y extremidades.

Al examen físico se observaron múltiples lesiones papulares redondeadas, ovaladas, bien delimitadas, de color rosado, rojo y otras con tonalidad algo amarillenta, de alrededor de 3-9mm de diámetro en cara, cuello, tórax y extremidades, siendo aproximadamente en número de treinta. El resto del examen no presentó alteraciones (**Fotografías 1 a 3**).

<sup>1</sup> Residente de Dermatología. Hospital Alberto Sabogal-EsSalud. Callao-Perú.

<sup>2</sup> Médico asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Alberto Sabogal-EsSalud. Callao-Perú.

<sup>3</sup> Médico asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú.

<sup>4</sup> Médico dermatólogo. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú.

Correspondencia: Zoila Valdivia a [zoilavaldivia@hotmail.com](mailto:zoilavaldivia@hotmail.com)



Fotografía 1. Lesiones papulares rosado-rojizas en zona preauricular y cuello.



Fotografía 2. Lesiones papulares rosadas de 6mm de diámetro en tórax.

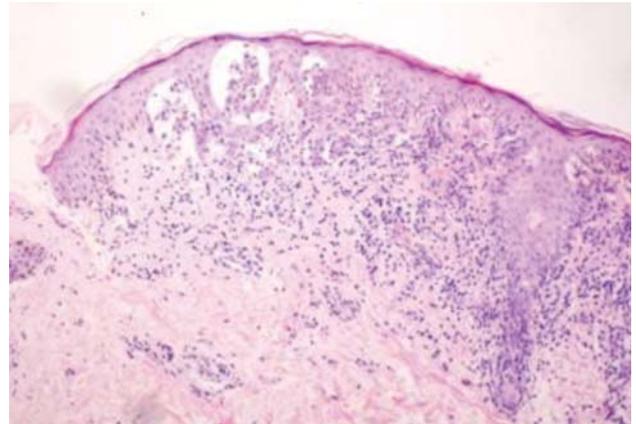


Fotografía 3. Lesiones papulares rojizas en cuello en número de ocho aproximadamente.

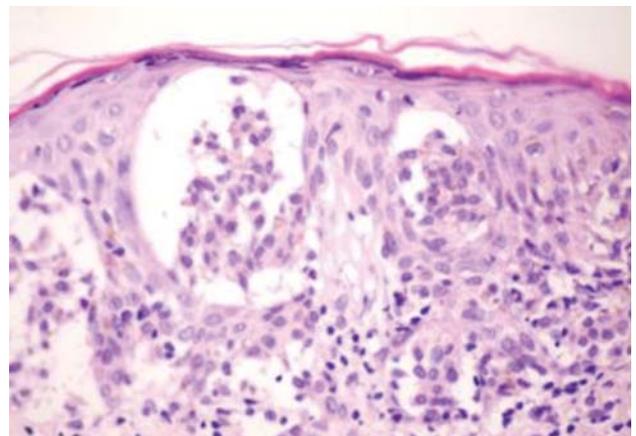
Entre los exámenes auxiliares que se realizaron se encontró un hemograma y perfil bioquímico sin alteraciones, con serología para VIH y virus de hepatitis negativas.

En la biopsia se hallaron nidos celulares de aspecto epiteliode e infiltrado en banda linfocítico compatible con nevus de Spitz (**Fotografías 4 y 5**). Se realizó inmunohistoquímica con S100, la cual resultó positiva (**Fotografía 6**).

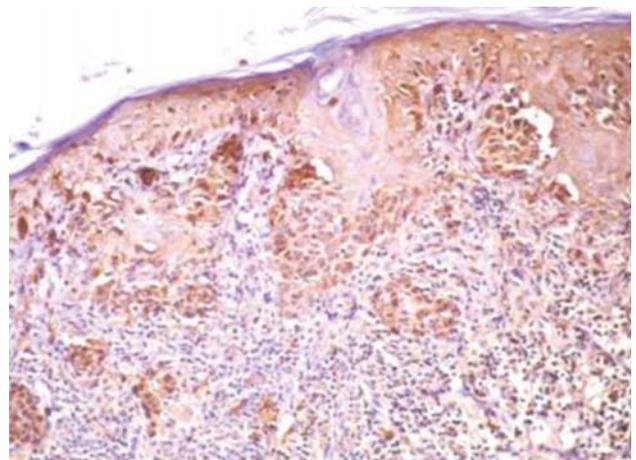
En el presente caso se optó por tomar biopsia de sólo una lesión y realizar seguimiento con una conducta conservadora, lamentablemente el paciente no acudió a los controles posteriores.



Fotografía 4. Biopsia de piel donde se evidencian nidos celulares intraepidérmicos e infiltrado mononuclear en banda. HE 10X.



Fotografía 5. A nivel intraepidérmico se evidencian células epiteliodes con citoplasma eosinofílico. HE 40X.



Fotografía 6. Inmunohistoquímica S100 positiva en células névicas. S100 40X.

## DISCUSIÓN

El nevus de Spitz<sup>1</sup>, originalmente llamado melanoma benigno juvenil, tiene también como sinónimos melanoma prepuberal, nevus de células epitelioides y fusiformes. Los nevus de Spitz son poco frecuentes, su incidencia aproximadamente es de siete por 100 000 habitantes<sup>2</sup>, y pueden presentarse de novo o estar asociados a una lesión melanocítica preexistente. La mayoría de reportes son en pacientes de raza blanca y con una historia de crecimiento rápido pero limitado, no siendo mayores de 6mm de diámetro.

Clínicamente se pueden presentar de tres formas<sup>3</sup>: la forma solitaria ó clásica que se caracteriza por una pápula rosada o roja, dura, de superficie lisa, elevada, redondeada y bien circunscrita, frecuentemente sobre una base hiperpigmentada. La segunda forma es la agminata, en la que se presentan lesiones con distribución localizada o segmentaria, de número variable, localizadas mayormente en cara, espalda y extremidades, las cuáles pueden desarrollarse sobre piel normal o máculas hipo o hiperpigmentadas congénitas. Finalmente la forma eruptiva diseminada, la cual es sumamente rara, habiéndose reportado pocos casos en la literatura, en pacientes con un promedio de 23 años de edad; las lesiones tienen una aparición abrupta comprometiendo toda la superficie corporal respetando palmas, plantas y cuero cabelludo. Esta forma eruptiva sería la que nuestro paciente presenta<sup>4-6</sup>.

Se mencionan algunos factores que podrían producir cierta injuria en la forma eruptiva diseminada, estimulando finalmente la piel y ayudando a la aparición de las lesiones como son quemaduras solares, pubertad, embarazo, uso de drogas endovenosas, radioterapia, quimioterapia, infección por VIH, enfermedad de Adisson y eritema multiforme, entre otras; sin embargo no se conoce a ciencia cierta cuál es el mecanismo de acción o la influencia final de las mismas en la lesión.

Dentro de los exámenes auxiliares de ayuda al diagnóstico tenemos la dermatoscopia y la biopsia cutánea.

En los últimos 20 años la dermatoscopia<sup>1,7</sup> ha tomado importancia como un método de ayuda diagnóstica no invasiva; en el caso del nevus de Spitz presenta tres patrones dermatoscópicos: en estallido de estrella, globular y atípico (**Cuadro 1**)<sup>1</sup>. Los patrones dermatoscópicos deben tenerse en cuenta al momento de evaluar a los pacientes con nevus de Spitz. En el caso del paciente que presentamos no se contó con dicha evaluación.

Histológicamente el nevus de Spitz clásico consiste en melanocitos con forma de huso o fusiformes y/o melanocitos epitelioides; se describen también nidos epidérmicos agrupados en una orientación vertical llamados en patrón de lluvia con fisura artefacto en el perímetro, dichos nidos son bastante uniformes, no confluentes y espaciados regularmente, con poco o ningún patrón de propagación pagetoide. Dentro de los cambios se ven también acantosis epidérmica, hipergranulosis e hiperqueratosis. En un 65 a 85% se encuentran a lo largo de la interfase dermoepidérmica los cuerpos de Kamino como globulos eosinofílicos con microestructura fibrilar.

Los marcadores inmunohistoquímicos, MIB-1 y Bcl-2, también sirven de ayuda diagnóstica, siendo negativos en el nevus de Spitz y positivos en el caso de melanoma.

El nevus de Spitz atípico comparte características histológicas con la forma clásica, aunque pueden tener características de malignidad. Histológicamente se ve pleomorfismo, aumento de la celularidad, pérdida de la cohesión celular, propagación pagetoide epidérmica, ausencia de cuerpos de Kamino, núcleos con alto grado de atipia, alta tasa mitótica basal y variabilidad de nidos en tamaño, forma y orientación.

El comportamiento de un nevus de Spitz atípico no se puede predecir, existen reportes de metástasis y lesiones malignas con características tipo Spitz que causan defunciones, las cuales deben tenerse en cuenta.

En 1999 Spatz<sup>2</sup> propuso criterios para determinar el riesgo de malignidad en nevus de Spitz atípicos en niños (**Cuadro 2**).

**Cuadro 1.** Patrones morfológicos de nevus de Spitz<sup>1</sup>.

		
Estallido de estrella	Globular	Atípico

**Cuadro 2.** Criterios de malignidad en nevus de Spitz atípicos en niños<sup>2</sup>.

1. Edad mayor de 10 años.
2. Tamaño de la lesión mayor de 10mm.
3. Presencia de ulceración.
4. Compromiso subcutáneo.
5. Actividad mitótica en componente dérmico con más de cinco mitosis por mm<sup>3</sup>.

Existe controversia en cuanto al manejo del nevus de Spitz. Algunas autores indican sólo observación, mientras que en otros señalan la exéresis de la lesión dejando un margen de

5-10mm, esto debido a que el potencial biológico del nevus de Spitz no está totalmente entendido y existen reportes de casos donde las lesiones han presentado metástasis<sup>8</sup>.

## CONCLUSIÓN

Se presenta el caso debido a la poca frecuencia de la forma eruptiva diseminada, así como para recalcar la importancia del seguimiento, ya que al presentar el paciente múltiples lesiones la opción quirúrgica se torna difícil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FERRARA G, ARGENZIANO G, SOYER HP, CHIMENTI S, DI BLASI A, PELLACANI G et al. The spectrum of Spitz nevi: a clinicopathologic study of 83 cases. *Arch Dermatol.* 2005;141(11):1381-7.
2. SULIT DJ, GUARDIANO RA, KRIVDA S. Classic and atypical Spitz nevi: review of the literature. *Cutis* 2007;79(2):141-6.
3. DAWE RS, WAINWRIGHT NJ, EVANS AT, LOWE JG. Multiple widespread eruptive Spitz naevi. *Br J Dermatol.* 1998;138(5):872-4.
4. LEVY RM, MING ME, SHAPIRO M, TUCKER M, GUERRY D 4th, CIRILLO-HYLAND VA et al. Eruptive disseminated Spitz nevi. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57(3):519-23.
5. SONG JY, KWON JA, PARK CJ. A case of Spitz nevus with multiple satellite lesions. *J Am Acad Dermatol.* 2005;52(2 Suppl 1):48-50.
6. MORGAN CJ, NYAK N, COOPER A, PEES B, FRIEDMANN PS. Multiple Spitz naevi: a report of both variants with clinical and histopathological correlation. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31(3):368-71.
7. PELLACANI G, LONGO C, FERRARA G, CESINARO AM, BASSOLI S, GUITERA P et al. Spitz nevi: In vivo confocal microscopic features, dermatoscopic aspects, histopathologic correlates and diagnostic significance. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(2):236-47.
8. GELBARD SN, TRIPP JM, MARGHOOB AA, KOPF AW, KOENIG KL, KIM JY et al. Management of Spitz nevi: a survey of dermatologists in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47(2):224-30.