Mosaico de colores en la región frontal

Colourful mosaic on the forehead

Irene Salgüero-Fernández^{1*}, M. Ángeles Álvarez-López¹, Javier Fraga-Fernández² y Cristina Villegas-Fernández¹

¹Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Sanitas La Moraleja; ²Servicio de Anatomía Patológica, Histiocitomed. Madrid, España

Resumen

El nevo congénito tipo nevus spilus papular se ha descrito como un mancha café con leche sobre la que aparecen superpuestas lesiones papulares y en ambas lesiones se encuentran características que son indistinguibles clínica e histológicamente de los nevos melanocíticos congénitos medianos y grandes. Esta lesión se caracteriza por la aparición de una amplia variedad de colores y tamaños y en muchos casos continúa su desarrollo en fase posnatal.

Palabras clave: Nevo melanocítico congénito tipo nevus spilus papular. Dermatoscopia. Mutaciones RAS

Abstract

Nevo spilus-type phenotype has been described in which large café-au-lait macules have superimposed lesions that are indistinguishable both clinically and histopathologically from medium/large congenital melanocytic nevi (CMN), exhibit a wide variety of colors and sizes, and continue to develop postnatally in many cases.

Key words: Congenital nevus type papular spilus nevi. Dermoscopy. RAS mutations.

Introducción

Se presenta el caso de un varón de dos meses con una lesión congénita en la región frontal que plantea distintos diagnósticos diferenciales.

Caso clínico

Paciente de dos meses de edad, que sufre desde el nacimiento una lesión en la región frontal izquierda; en la exploración dermatológica se identifica una mancha marrón difusa de bordes mal delimitados que afecta

prácticamente a toda la región frontal izquierda; sobre la mancha se reconocen múltiples lesiones pigmentadas irregulares que se superponen unas con otras de varios colores (marrones, rojas y negras) (Fig. 1A). En la exploración dermatoscópica se observa un fondo marrón claro homogéneo sin signos de lesión melanocítica, sobre la que hay lesiones papulares marrón claro y marrón oscuro, negras, rojas y rosadas que se superponen entre sí, regulares, cada una en solitario, pero con un aspecto irregular visto en conjunto. Como criterios de lesión melanocítica pueden observarse

Correspondencia:

*Irene Salgüero-Fernández
E-mail: irenebsf@hotmail.com;
irenebsf@hotmail.com

Fecha de recepción: 29-05-2020
Fecha de aceptación: 02-08-2020
DOI: 10.24875/MCUT.20000029

Disponible en internet: 16-07-2021
Med Cutan Iber Lat Am. 2021;49(2):110-111
www.MedicinaCutaneaLA.com

0210-5187/© 2020 Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología A.C. (CILAD). Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Figura 1. A: clínica de la lesión. B: dermatoscopia de la lesión. C: hematoxilina-eosina, imagen panorámica. D: hematoxilina-eosina (x40).

glóbulos marrones, proyecciones y zonas homogéneas de pigmento (Fig. 1B).

¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

Melanoma infantil, nevo congénito tipo *nevus spilus* (nevo moteado) papular, mosaicismo pigmentario o nevo de Spitz.

Pruebas complementarias

Se realizó una biopsia cutánea y se observó una lesión melanocítica que afectaba a toda la dermis. Los melanocitos mostraban abundante citoplasma, hiperromasia nuclear y nucleolo evidente. Se identificaron mitosis aisladas con una frecuencia $< 1/\text{mm}^2$. No se reconoció atipia (Fig. 1C-D).

Diagnóstico

Nevo melanocítico congénito tipo *nevus spilus* papular. En 2001, Schaffer, et al. describieron un nuevo tipo de *nevus spilus* en el que, sobre la mancha café con leche, se hallaban lesiones pigmentadas que eran clínica e histológicamente indistinguibles de los nevos melanocíticos congénitos medianos o gigantes; este tipo de nevo se denominó *nevus spilus* tipo nevo melanocítico congénito (NMC)¹.

En este tipo de *nevus spilus*-NMC se han descrito mutaciones en NRAS², aunque distintas de las localizadas en el nevo melanocítico congénito; y es también

diferente en términos genéticos del *nevus spilus* típico en el que se detectan mutaciones en HRAS³. En este caso no se realizó estudio de las mutaciones señaladas por no tener disponibilidad en el servicio.

En el seguimiento de estos pacientes puede ser de utilidad la dermatoscopia, si bien en caso de dudas siempre debe efectuarse una biopsia diagnóstica. En casos muy irregulares, en los cuales el seguimiento puede ser complicado, debe considerarse la extirpación completa de la lesión⁴; en este paciente se prefirió la resección completa y la reconstrucción mediante expansores tisulares en el servicio de cirugía plástica.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Schaffer JV, Orlow SJ, Lazova R, Bolognia JL. Speckled lentiginous nevus: within the spectrum of congenital melanocytic nevi. Arch Dermatol. 2001 Feb;137(2):172-8.
2. Kinsler VA, Krengel S, Riviere JB. Next-generation sequencing of nevus spilus-type congenital melanocytic nevus: exquisite genotype-phenotype correlation in mosaic RASopathies. J Invest Dermatol. 2014 Oct;134(10):2658-60.
3. Groesser L, Herschberger E, Sagrera A. Phacomatosis pigmentokeratotic is caused by a postzygotic HRAS mutation in a multipotent progenitor cell. J Invest Dermatol. 2013 Aug;133(8):1998-2003.
4. Meguerditchian AN, Cheney RT, Kane JM 3rd. Nevus spilus with synchronous melanomas: case report and literature review. J Cutan Med Surg. 2009 Mar-Apr;13(2):96-101.