

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 129.

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D. SERVICIO DE DERMATOLOGIA

NUEVOS MELANOCITICOS: ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS E HISTOPATOLOGICOS.

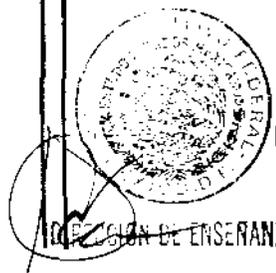
TESIS DE POSTGRADO

SECRETARIA DE SALUD HOSPITAL GENERAL DE MEXICO ORGANISMO DESCENTRALIZADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIZACION EN DERMATOLOGIA

PRESENTA:

DRA. IFIGENIA LOURDES ALVARADO FLORES



DIRECCION DE ENSEÑANZA

ASESOR DE TESIS: JEFE DE SERVICIO PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO DRA. GLADYS LEON DORANTES

HGM

Organismo Descentralizado

MEXICO, D. F.

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



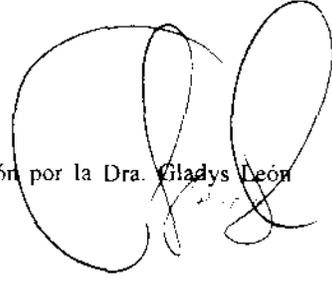
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo de tesis fue revisado y aceptado para impresión por la Dra. Gladys León Dorantes.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and curves, positioned to the right of the text.

DEDICATORIAS

A Dios, a quien debo el ser. Mi luz y mi bastión en la lucha cada día de mi vida.

A mi esposo Edgar, quien me acompaña y comparte conmigo tanto los buenos como los malos momentos y ha sabido impulsarme cuando me han faltado las fuerzas. Te amo, ahora y siempre.

A mis amados hijos, que son la luz de mi vida. Por ellos y para ellos este esfuerzo y los que estén por venir.

A mis amados padres, Godofredo e Ifigenia, quienes han sabido con su amor y enseñanzas forjar en mí un espíritu de lucha y disciplina.

Dios los bendiga por brindarme siempre su apoyo incondicional.

A mis hermanas, Verónica Lorena, Rossana María, Linda Ivonne y Fanny Angélica, mis amigas y compañeras en la vida, con quienes aprendí que el compartir es amor. Este esfuerzo también ha sido de ustedes.

También dedico esta tesis a: Mis abuelitos amados (Juana Micaela, Mariana y Alejandro) Q.D.D.G.

A mis sobrinos Paola, María Fernanda, Alejandro y Godito; por su amor y ternura.

A mis hermanos, Mario Roberto y Marco Mauricio.

A la Dra. Judith Pineda Pineda, por su amistad y apoyo incondicional. Gracias.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros: Dr. Amado Saúl, quien es para mí un ejemplo a seguir por su gran calidad humana y su franqueza en el trato, su dedicación a nuestro servicio y a la enseñanza de la Dermatología.

A la Dra. Gladys León, por apoyarnos durante estos tres años, y especialmente al final. Muchas Gracias.

Al Dr. Jorge Peniche, por su valiosa enseñanza y dirección.

A los doctores Patricia Mercadillo y Rafael Andrade, por sus enseñanzas y apoyo en la realización de este trabajo.

A la Dra. América Arroyo y personal de la unidad de Informática Médica del Servicio de Patología, por su apoyo logístico tan valioso.

A mis queridos maestros y amigos:

Dr. Enrique Peyro, Dra. Olga Isunza, Dra. Esperanza Martínez, Dr. José Sanabria, Dr. Eugenio Carrasco, Q.F.B. Alejandro Bonifaz, Dra. Ivonne Arellano, Dra. Amelia Peniche, quienes en todo momento colaboraron en mi formación, a todos ustedes mi cariño y agradecimiento.

A mis compañeras y amigas:

Hilda, Marce, Tere y Rosy. Finalmente lo logramos.

A Orlando, mi querido amigo, espero tengas mucha suerte.

INDICE

I.- Resumen	1
II.- Introducción	2
III.- Marco Teórico	
Definición.....	3
Sinonimia.....	3
Aspectos epidemiológicos.....	4
Etiopatogenia	6
Hallazgos Clínicos e Histológicos y comportamiento biológico.....	10
Diagnóstico diferencial	11
IV.- Trabajo de Investigación	
Justificación.....	16
Objetivos	16
Diseño del estudio.....	16
Material y método.....	16
Variables.....	16
Análisis estadístico.....	20
V.- Resultados.....	21
VI.- Conclusiones.....	27
VII.- Bibliografía.....	29
VIII.- Anexos.....	33

I. - RESUMEN

Los nevos melanocíticos son tumores constituidos por la proliferación benigna de células derivadas de los melanocitos. De acuerdo a su histología se clasifican en nevos de unión, compuestos e intradérmicos. Las características clínicas e histológicas determinan algunas variantes que son: Nevo de Spitz, Nevo de Sutton, Nevo congénito, Nevo displásico, Nevo de células fusiformes pigmentadas, Nevo de células redondas o balonizantes. A pesar de ser motivo de consulta y que son tumores bastante frecuentes (1 por cada 8.1 tumores benignos de la piel), son pocos los reportes a este respecto en nuestro medio.

Objetivo: Determinar las características clínica e histopatológicas de los casos de nevos melanocíticos registrados en el Servicio de Dermatopatología y en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México.

Diseño: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo.

Material y método: Se revisaron los archivos del Servicio de Dermatopatología de enero de 1975 a Agosto de 1998, para identificar los casos diagnosticados como nevos melanocíticos, registrándose en un formato pre-establecido las variables clínicas e histopatológicas de cada caso.

Resultados: Se analizaron 2103 reportes histopatológicos de nevos melanocíticos. Correspondieron a nevos intradérmicos 1528 casos (72.6%), a congénitos, 400 casos (19%), a compuesto, 71 casos (3.4%), a de unión, 55 casos (2.6%), al Nevo de Spitz, 33 casos (1.6%), a displásico, 10 casos (0.5%) y a Nevo de Sutton, 6 casos (0.3%). En estos casos se identificaron 11 casos (0.5%) de nevos mixtos (intradérmico y nevo azul), dos casos (0.1%) de nevo congénito con melanoma maligno asociado, un caso (0.05%) de intradérmico con melanoma maligno y otro caso (0.05%) de intradérmico con nevo Spilus. Se identificaron además 50 casos de tumores de coalición (2.4%) en los que predominó la asociación de nevo intradérmico con quiste epidermoide, 14 casos (28%). La correlación clínico-patológica fue mayor en los nevos de Sutton y displásicos. En todos los casos se encontró predominió en el sexo femenino, entre la 2da y 4ta década de la vida.

INTRODUCCION

Los nevos melanocíticos de células névicas se piensa que se originan de células llamadas melanoblastos que migraron de la cresta neural hacia la piel, y que a nivel de la epidermis producen los nevos de unión, y en su migración subsecuente hacia la dermis dan lugar a los nevos compuestos y por último a los nevos intradérmicos.

Se piensa que estos nevos son proliferaciones benignas con alguna ventaja del crecimiento sobre los melanocitos basales a su alrededor. Los factores que conducen a su ocurrencia son pobremente comprendidos, pero podrían incluir influencias genéticas así como agentes ambientales, principalmente exposición solar. Sus variantes especiales son: Nevo de células balonzantes, Nevo en halo, Nevo de Spitz, Nevos congénitos y displásicos

En este trabajo nos limitaremos a describir algunas de las características clínicas e histopatológicas de una serie de casos.

III.- MARCO TEORICO.

Definición :

El término **NEVO** ha sido utilizado en dos sentidos en la literatura dermatológica: en una acepción amplia, para referirse a malformaciones caracterizadas por exceso de un tejido maduro normalmente presente en la piel (hamartoma) y en un sentido específico, para designar tumores constituidos por la proliferación benigna de células derivadas de los melanocitos, a los cuales se les conoce como **nevus pigmentados o melanocíticos**. (1)

Sinonimia:

A los **nevus melanocíticos** o nevocíticos se les ha llamado de diferente forma: nevus pigmentarios, nevus pigmentados pilosos, nevus melanocíticos, nevus melanocíticos benignos, nevus pigmentados benignos, nevus nevo-celulares, lunares, nevus, nevi, nevus compuestos, nevus dérmicos y términos anglosajones como " mole " y " *naevus* ". (2)

Para Darier los nevus nevocíticos son deformidades circunscritas de la piel de origen embrionario evolutivo, que aparecen a cualquier edad, su crecimiento es variable y evolucionan a distinto tamaño. (3)

Para Rook es un tumor benigno y usualmente pigmentario, formado por la proliferación de melanocitos en la unión dermo-epidérmica en nidos y que emigran hacia la dermis. (4)

Para Ackerman la palabra nevo es empleada para designar clínicamente las marcas de nacimiento, y el término "lunar pigmentado" para lesiones adquiridas. (5)

Los nevus melanocíticos pueden estar compuestos por células névicas, melanocitos epidérmicos o dérmicos.

Las lesiones benignas integradas por células névicas se denominan nevos melanocíticos. Se dividen en nevos de unión, compuestos e intradérmicos y sus variantes especiales son: 1) nevo de células redondas o balonzantes, 2) nevo en halo o de Sutton, 3) nevo de Spitz, 4) nevo de células fusiformes pigmentadas, 5) nevo congénito y 6) nevo displásico.

Aspectos Epidemiológicos:

Los nevos melanocíticos son tumores bastante frecuentes, 1 de cada 8.1 tumores benignos de la piel según lo determinado en la tesis " Tumores Benignos de la piel ". (6)

Los nevos melanocíticos adquiridos aparecen después de los primeros 6 a 12 meses de vida, aumentan de tamaño con el crecimiento e involucionan en la vida adulta. (7)

La prevalencia de estas lesiones en europeos blancos según lo determinado en un estudio en 432 individuos, es de 0 a 2 lesiones en la primera década de la vida, 10 a 16 en la segunda década, 24 a 16 en la tercera década, 19 a 10 en la cuarta década, 15 a 12 en la quinta década, 12 a 4 en la sexta década y 3.5 a 2 de la séptima a la novena décadas. (8)

En un estudio en australianos blancos el número promedio de nevos por persona fue de 43 para hombres y 27 para mujeres en la segunda y tercera décadas de la vida, y decreció a escasas lesiones en la sexta y séptima décadas. (12) Una prevalencia similar se ha documentado en población de Nueva Zelanda. (10)

80% de los individuos australianos entre 12 y 70 años estudiados tuvieron uno o más nevos. (9) En europeos blancos 84% de los sujetos examinados tenían uno o más nevos. (8)

Existen escasos reportes sobre prevalencia de nevos en población menor de 5 años de edad. En un estudio en el Japón, 16 a 40% de los niños de 3 años tenían nevos.(11)

No existen diferencias bien establecidas en cuanto a la distribución de nevos por sexos. La prevalencia de nevos promedio en australianos blancos en edad postpuberal pareció ser mayor en hombres (28 por persona) que en mujeres (18 por persona). (9)

En Nueva Zelanda, en adultos con edades entre 20 y 69 años, el número promedio de nevos por persona fue igual para hombres y mujeres. (10) Entre australianos blancos prepúberes se ha encontrado mayor prevalencia de nevos en el sexo masculino (12), pero no así en niños blancos entre 8 y 16 años en Suiza (13), en niños blancos de 8 ó 9 años en Inglaterra (14), o en blancos entre 30 y 50 años en Suecia. (15)

La prevalencia de los nevos varía también según las razas. En negros la prevalencia general de nevos es mayor en aquellos con pieles más claras.(16) En un estudio en 390 negros en Uganda, el 7% no presentó nevos, en el resto el promedio fue 7 nevos por persona.(17) En negros americanos se encuentra un promedio de 2 a 8 nevos por persona. (18) . En Indúes la prevalencia es de 6 nevos por persona. (19)

En cuanto a la topografía de los nevos, la prevalencia de bandas pigmentadas en el lecho ungueal parece estar relacionada con la raza, encontrándose en un estudio en 800 individuos japoneses presente en 20% en sexo masculino y 23% en el sexo femenino. (20)

En la población negra la presencia de éstas bandas ungueales parece presentar una relación directamente proporcional con la edad, encontrándose en 2.5% en individuos de 0 a 3 años de edad y aumentando esta proporción hasta 96% en personas mayores de 50 años.(21)

La presencia de lesiones pigmentadas acrales es más alta en negros, encontrándose una prevalencia de estas lesiones en palmas del 19 al 25% y en plantas del 18 al 22%, en comparación con la prevalencia en blancos de 6% en palmas y 8% en plantas. (16,22)

Las lesiones pigmentadas en genitales son comunes, siendo más frecuentemente encontradas en hombres que en mujeres. (23,24)

Las lesiones pigmentadas de la mucosa oral (excepto las de las encías) son muy raras. (25)

La densidad de nevos en general parece ser mayor en piel expuesta que en piel no expuesta al sol.

En México existen pocos trabajos al respecto. En un muestreo realizado de 10 años en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México de 1954 a 1963, se encontró 317 casos de nevos en general, entre 28,101 casos dermatológicos generales y entre 2,597 casos de tumores benignos de la piel, lo que representa un caso por cada 8.1 de tumores benignos. (6)

En otro estudio sobre marcas cutáneas congénitas en 1000 niños recién nacidos, realizada en 1985 se encontró la presencia de nevo congénito en 16 casos (1.6%), 9 en el sexo masculino (56.2%) y 7 en el femenino (43.7%). (26)

Por último, en un estudio de 500 pacientes de diferentes edades y ambos sexos a quienes se revisó intencionadamente en busca de la presencia de nevos melanocíticos, se encontró que el 84% de los individuos examinados presentaron 1 ó más nevos melanocíticos adquiridos y 0.8% nevos melanocíticos congénitos. El promedio de nevos para la mujer fue de 10.8 (mediana = 7) y para el hombre 11.8 (mediana=8). En la mujer se encontró la mayor cantidad de nevos en la tercera década de la vida, con un promedio de 14 (mediana=9.5) y en el hombre en la cuarta década, con un promedio de 14.6 (mediana=9). En este estudio la prevalencia de lesiones pigmentadas acrales fue de 11.8% en palmas y 4.3% en plantas. En genitales fue de 1.6%. (27)

Etiopatogenia:

Existe un debate continuo sobre si los nevomelanocitos en la dermis se derivan de melanocitos epidérmicos que caen hacia la dermis o si los nevomelanocitos epidérmicos y dérmicos tienen origen dual. Estudios de microscopía de luz y microscopía electrónica proveen evidencia de que los nevos nevomelanocíticos son una proliferación benigna de nevomelanocitos que pueden estar en la epidermis, en la dermis o en ambas. (28)

La profundidad anatómica de los nevomelanocitos en la piel puede influenciar el aspecto morfológico, la actividad enzimática y la reactividad antigénica. A diferencia de los melanocitos, los nevomelanocitos se encuentran libres, carecen de desmosomas o puentes intercelulares y tienen procesos citoplasmáticos pseudópodos (menos prominentes que los de los melanocitos epidérmicos y no se visualizan ordinariamente con microscopia de luz). Las mitocondrias y los aparatos de Golgi son similares en ambos.(29)

Se puede postular que los nevos nevomelanocíticos se originan de melanoblastos defectuosos (" nevomelanoblastos ") que migran de la cresta neural hacia la epidermis, y que a este nivel producen los nevos de unión y que en su migración subsecuente en la dermis dan lugar a los nevos compuestos y por último a los nevos intradérmicos. Se piensa que estos nevos son malformaciones del desarrollo (hamartomas) o proliferaciones benignas con alguna ventaja del crecimiento sobre los melanocitos basales a su alrededor.

Los factores que conducen a su ocurrencia son pobremente comprendidos, pero podrían incluir las influencias genéticas, así como agentes ambientales, principalmente exposición solar. (33)

Clasificaciones:

Existen numerosas y complejas clasificaciones sobre los nevos y tumores pigmentarios, siendo la más didáctica la de Pinkus y Mehregan que clasifica los tumores y malformaciones melanocíticas y nevocíticas como sigue:

A.- Melanocitos epidérmicos:

- 1.- Nevos o malformaciones
 - a.- Efélides
 - b.- Nevo de Spilus
 - c.- Nevo de Becker
 - d.- Nevo despigmentado

- 2.- Neoplasias de melanocitos epidérmicos
 - a.- Léntigo simple
 - b.- Léntigo senil
 - c.- Léntigo maligno (Melanosis precancerosa de Dubreuil)
 - d.- Melanoacantoma
 - e.- Melanoma maligno melanocítico

B.- Melanocitos Dérmicos:

- 1.- Malformaciones
 - a.- Mancha mongólica
 - b.- Nevo de Ota
 - c.- Nevo de Ito
 - d.- Nevo Azul

2.- Neoplasias

- a.- Nevo azul celular
- b.- Nevo azul maligno

C.- Células Névicas (Nevos Melanonevocíticos)

1.- Malformaciones

- a.- Nevo de unión
- b.- Nevo compuesto
- c.- Nevo intradérmico
- d.- Nevo de Spitz
- e.- Nevo gigante congénito
- f.- Nevo de células balonzantes
- g.- Nevo de Sutton
- h.- Nevo pigmentado con manchas agrupadas

2.- Neoplasias

- a.- Melanoma maligno nevocítico

Dicha clasificación fue modificada por la autora. (30,31) *

Otra clasificación es la referida por Lever , que considera solo las lesiones benignas:

A.- Melanocitos epidérmicos:

- 1.- Léntigo simple
- 2.- Eférides o pecas
- 3.- Máculas melanóticas del síndrome de Albright
- 4.- Melanosis de Becker
- 5.- Lentigo solar o senil
- 6.- Manchas café con leche de la neurofibromatosis

B.- Melanocitos Dérmicos

- 1.- Mancha mongólica
- 2.- Nevo de Ota
- 3.- Nevo de Ito
- 4.- Nevo Azul

C.- De Células Névicas

- 1.- Nevo de unión
- 2.- Nevo compuesto
- 3.- Nevo intradérmico
- 4.- Variantes especiales:
 - a.- de células redondas o balonzantes
 - b.- en halo o Nevo de Sutton
 - c.- Nevo de Spitz
 - d.- de células fusiformes pigmentadas
 - e.- congénito
 - f.- displásico. (32)

Otra clasificación es la de los nevos congénitos según su tamaño (Clasificación de Kopf):

- A.- Pequeños: miden 1.4 cm o menos
- B.- Medianos: miden 1.5cm a 19.9 cm
- C.- Gigantes: miden 20.0 cm o más. (15)

Hallazgos Clínicos e Histológicos:

Los nevos melanocíticos en general son lesiones bien circunscritas, redondas u ovoideas, que miden de 2 a 6 mm de diámetro. Su aspecto es simétrico en relación a otras lesiones névicas.

Los nevos en palmas y plantas, aún si son compuestos, no alteran la superficie de la piel, probablemente debido al grosor del estrato córneo. Fuera de esta topografía los nevos pueden ser papilomatosos, nodulares, pediculados o planos y su pigmentación varía desde color de la piel, color rosa, café claro a oscuro o negruzcos, coloraciones parduzcas, azulosas, grisáceas, rojas o blanquecinas no son hallazgos típicos y deben hacer sospechar de presencia de melanoma maligno. (33)

Las lesiones más elevadas y menos pigmentadas tienden a tener un componente intradérmico más importante, mientras que las lesiones más planas y más pigmentadas tienen un componente de unión o compuesto más prominente.

En general, los nevos de unión se presentan como lesiones maculares con pigmentación uniforme y oscura; los nevos compuestos muestran grados variables de elevación y su pigmentación es más clara. Los nevos intradérmicos son más elevados y su pigmentación va desde tonos café claros hasta color piel. Sin embargo se enfatiza que existe considerable traslape clínico entre los tres tipos de lesiones.(33)

Histológicamente estas lesiones se caracterizan por la presencia de colecciones de células névicas en la unión dermo-epidérmica o en la dermis. Estas células se disponen en nidos o en cordones y tienen forma redonda, ovoide, o fusiforme. Las células névicas más superficiales contienen melanina granular y citoplasma más abundante. A medida que profundizan en la dermis su contenido citoplasmático disminuye y las células recuerdan morfológicamente a los linfocitos. A este nivel se disponen con más frecuencia en cordones lineares.(32)

Diagnóstico diferencial :

El diagnóstico diferencial de los nevos melanocíticos incluye efélides, léntigo simple, léntigo solar, queratosis seborreica, queratosis liquenoide, queratosis actínicas pigmentadas, dermatofibroma, neurofibroma, fibroma blando, nevo epidérmico, nevo displásico y melanoma.(33)

Variedades clínicas:

Nevo de Sutton.

El nevo en halo se caracteriza por la presencia de un nevo melanocítico rodeado por un halo hipocrómico o acrómico bien circunscrito. Estos nevos se localizan típicamente en la espalda pero pueden encontrarse en cualquier sitio. Histológicamente este nevo puede corresponder a un nevo de unión, compuesto o intradérmico. El nevo central se encuentra rodeado por un infiltrado de células mononucleares, linfocitos e histiocitos.

En estadios posteriores es difícil distinguir las células névicas del infiltrado linfoide. Ocasionalmente se pueden identificar en esta zona células névicas degeneradas. Las zonas periféricas del nevo se caracterizan por disminución o ausencia de melanocitos basales y presencia de melanina en la membrana basal. El mecanismo por el cual se producen estas lesiones es desconocido. El nevo puede presentar involución completa hasta en 50% de los casos. (32)

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial se debe establecer con otras proliferaciones melanocíticas con halos tales como nevo congénito, nevo displásico atípico, nevo azul, nevo de Spitz y melanoma. Y con otras lesiones no melanocíticas con halos tales como dermatofibromas, queratosis seborreicas, verrugas planas, molusco contagioso, carcinoma basocelular, liquen plano, psoriasis y sarcoidosis.

Nevo de Spitz,

El nevo de Spitz varía en tamaño de 2 mm. hasta 2 cm., con un diámetro promedio de 8 mm. También son lesiones bien circunscritas, generalmente nodulares y varían en color de rosa a bronce o café oscuras. Generalmente el color es homogéneo y los márgenes bien definidos. Ocasionalmente pueden presentar costras o erosiones en su superficie. La presencia de telangiectasias es frecuente. (33)

Su localización más frecuente es en cabeza y cuello en el 42% de los casos en una serie. (34) Estas lesiones son generalmente adquiridas, pero pueden ser congénitas hasta en el 7% de los casos. Pueden ocurrir en todos los grupos de edad, pero son raras después de los 40 años. En la serie de Weedon y Little 33% ocurrieron en individuos menores de 10 años, 36% en individuos entre 10 y 20 años y 31% en mayores de 20 años. (35)

El aspecto histológico de estas lesiones es único. Típicamente se encuentran nidos de células epitelioides grandes, células fusiformes o ambas, usualmente extendiéndose desde la epidermis hacia la dermis reticular. Se observan frecuentemente células mononucleares y células epitelioides multinucleadas gigantes. Estas células se extienden en la dermis subyacente en forma de fascículos y en forma aislada.

Su historia natural no ha sido aún bien establecida. La vasta mayoría de estas lesiones tienen un curso benigno, sin embargo, debido a la imagen histológica tan parecida a la de algunos melanomas, la presencia de variedades atípicas y ocasionalmente de metástasis, existe la creencia de que el melanoma puede asociarse en algunas ocasiones a estas lesiones.

Se ha descrito una variedad agresiva denominada nevo de Spitz maligno que da metástasis a ganglios linfáticos regionales. (33)

Diagnóstico diferencial:

La forma típica no pigmentada debe diferenciarse más frecuentemente de granuloma telangiectásico, otros tipos de hemangioma, verrugas, molusco contagioso, xantogranuloma juvenil, dermatofibroma, mastocitoma y otros nevos melanocíticos (particularmente nevo intradérmico).

Nevo de células fusiformes pigmentadas.

El nevo de células fusiformes pigmentadas se considera una variante del nevo de Spitz. Ocurre con menor frecuencia que el primero. Raras veces es congénito, la edad promedio al momento del diagnóstico es 25 años. Afecta más a mujeres que a hombres y se localizan con mayor frecuencia en las extremidades, siendo el muslo el sitio más afectado. Cerca del 20% de estas lesiones se localizan en el tronco y 8.8% se presentan en el área de la cabeza y el cuello. Usualmente son planos o ligeramente elevados, bien circunscritos, midiendo en promedio 3 mm (rango de 1.5 a 10 mm). El color es uniforme, usualmente café oscuro o negro. Las irregularidades en la pigmentación no son comunes y generalmente no hay historia familiar de melanoma o de nevos displásicos.(36)

Histopatología: Este nevo se caracteriza por la proliferación de melanocitos fusiformes, a menudo muy pigmentados en la unión dermo-epidérmica. En contraposición con el patrón infiltrante difuso del nevo de Spitz, éste crece en nódulos compactos, desplazando al tejido conectivo. (32-33)

Diagnóstico diferencial:

Se debe establecer con melanoma nodular, nevo displásico, nevo azul, lesiones vasculares y carcinoma basocelular pigmentado.

Nevo de células balonizantes.

El nevo de células redondas carece de características clínicas que lo distinguen de otras lesiones melanocíticas. Es excepcional, en general es solitario, algo elevado, blando y color pardo claro. Mide 5 mm o menos. Histológicamente presenta células redondas epidérmicas aisladas o agrupadas que en la dermis se disponen en lóbulos de tamaño variable separados por bandas delgadas de tejido conectivo. Las células redondas son bastante más grandes que las células nevícas habituales. Miden entre 20 y 40 micras y tienen núcleo pequeño, redondeado y central. En la microscopía electrónica se encuentra que las células redondas poseen manchas vacuoladas grandes, formadas por agrandamiento, degeneración y coalescencia de los melanosomas, por lo que su matriz laminar no se melaniza.(32)

Nevo displásico.

El nevo displásico se caracteriza por la presencia de irregularidades en su forma y coloración. Su tamaño usualmente es 6 mm o más. Histológicamente exhibe proliferación de melanocitos atípicos, con presencia de nidos de células névicas en la unión dermoepidérmica y en la dermis, así como presencia de infiltrados linfocíticos y fibroplasia. La mayoría de estos nevos son compuestos y estables, sin embargo existe evidencia de que algunas lesiones pueden evolucionar a melanomas malignos.

Hay estudios que documentan alteraciones en el contenido del DNA y presencia de anticuerpos monoclonales dirigidos contra antígenos melanocíticos. Las progresivas anomalías en el contenido de DNA y el incremento en la reactividad hacia los antígenos melanocíticos se han correlacionado con grados progresivos de atipia celular, los que a su vez explican la progresión de estos nevos a melanoma.

Diagnóstico diferencial:

Se debe establecer con otros nevos melanocíticos adquiridos, con nevo congénito pequeño, nevo de células fusiformes pigmentado, nevo de Spilus y melanoma maligno.

Nevos congénitos.

Los nevos congénitos son nevos melanocíticos presentes al nacimiento. Consisten de proliferaciones benignas de nevomelanocitos que pueden estar intraepidérmicos, dérmicos o ambas. Se clasifican según su tamaño en pequeños, cuando miden menos de 1.5 cm de diámetro, medianos cuando miden entre 1.5 cm hasta 19.9 cm de diámetro y gigantes los mayores de 19.9 cm.

Histológicamente el nevo congénito se compone del mismo tipo de células névicas presentes en los nevos melanocíticos adquiridos. En contraste con los nevos melanocíticos adquiridos, los nevos congénitos exhiben infiltración de la dermis reticular o del tejido subcutáneo. Es característico observar células névicas dispuestas en " fila india ", así como células névicas rodeando los anexos y las paredes de los vasos.

En su comportamiento biológico es relevante su potencial para degeneración maligna, más importantemente su relación con melanoma maligno. (32-33)

Diagnóstico diferencial:

Los nevos congénitos gigantes pilosos son distintivos. Son posibles diagnósticos diferenciales nevo de Becker y raramente un nevo de Spilus que puede imitar su apariencia. Los nevos menores de 1 cm deben diferenciarse de nevo displásico, melanoma maligno, nevo epidérmico pigmentado, queratosis seborreicas y más raramente de carcinoma epidermoide pigmentado o enfermedad de Paget mamaria o extramamaria pigmentada.

IV.- TRABAJO DE INVESTIGACION

JUSTIFICACION

A pesar de ser motivo de consulta y que son tumores bastante frecuentes, son relativamente pocas las publicaciones que se han realizado sobre este tema en nuestro medio.

OBJETIVOS:

1. Conocer algunas de las características clínicas e histopatológicas de los casos registrados de nevos melanocíticos en el Servicio de Dermatopatología del Hospital General de México.
2. Conocer el grado de correlación clínico-patológica en los casos de nevos melanocíticos.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

MATERIAL Y METODO:

Se revisaron los archivos del Servicio de Dermatopatología de enero de 1975 a agosto de 1998, y se seleccionaron los reportes con diagnóstico de nevos melanocíticos de células névicas. Los datos obtenidos se recolectaron en un formato diseñado previamente para tal efecto. La información obtenida fue codificada para su análisis posterior

VARIABLES:

Demográficas: Edad y Sexo

Características Clínicas:

1.- Topografía :

- piel cabelluda
- cara
- cuello
- tronco
- extremidades
- genitales
- plantas
- palmas

2.- Morfología:

- Tamaño de las lesiones en cm.
- Color : café
 - negro
 - color piel
 - pardo
 - azul
 - eritematoso
 - cualquier color con haloacrómico
 - negro brillante
 - color piel brillante
 - amarilla.
- Forma (plana, cupuliforme, nodular, polipoide)
 - Superficie (lisa, verrugosa)
 - Pelos (presentes, ausentes)
 - Telangiectasias (presentes, ausentes)
 - Base (sésil, pediculada, sin base)
- Borde (regular, irregular)
- Pigmento (regular, moteado, irregular)

Edad: en años

Sexo: femenino, masculino

Evolución (presente al nacimiento, aparición: infancia, adolescencia, adultez)

Diagnóstico clínico: - nevo de unión

- nevo compuesto
- nevo intradérmico
- nevo congénito
- nevo displásico
- nevo de Spitz
- nevo de Sutton
- sin diagnóstico
- diagnóstico clínico diferencial

Diagnósticos Histológicos:

- nevo de unión
- nevo compuesto
- nevo intradérmico
- nevo intradérmico con calcificación (nevo de Nanta)
- nevo congénito de unión
- nevo congénito compuesto
- nevo congénito intradérmico
- nevo con halo (nevo de Sutton)
- nevo displásico
- nevo de Spitz
- nevo mixto (nevo azul con nevo intradérmico)
- nevo intradérmico con nevo de Spilus
- nevo congénito con melanoma
- nevo intradérmico con melanoma

Hallazgos Histológicos:

- lipidización
- aspecto neuroide
- calcificación
- reacción inflamatoria o granuloma a cuerpo extraño
- sin hallazgos
- fibrosis
- aspecto neuroide con lipidización
- fibrosis con osificación
- con quiste epidermoide
- con atipia celular
- -hiperplasia melanocítica atípica
- aspecto neuroide con inflamación o granuloma
- con carcinoma basocelular
- con queratosis actínica
- con células balonizantes
- con otros tumores
- inflamación o granuloma con calcificación .

Diagnósticos clínicos diferenciales:

- carcinoma basocelular
- fibroma blando
- queratosis seborrética
- nevo azul
- nevo sebáceo
- angiofibroma
- granuloma piógeno
- melanoma maligno
- tumor de anexos
- neurofibroma
- papula fibrosa de la nariz
- angioqueratoma

- fibroqueratoma acral
- verruga viral
- hemangioma
- angioliopoma
- vitiligo
- xantomatosis
- nevo de spilus
- tricoepitelioma
- quiste epidermoide
- nevo epidérmico verrugoso
- linfocitoma cutis
- hidradenoma nodular
- hiperplasia sebácea
- nevo de Spitz

ANALISIS ESTADISTICO :

En virtud de ser un estudio observacional se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y su dispersión.

V.- RESULTADOS:

Se identificaron para su análisis 2103 casos diagnosticados histológicamente como nevos melanocíticos. (Tabla 1)

Variantes histológicas.

Se encontraron que 1528 casos (72.6 %) correspondieron a nevos intradérmicos, 400 casos (19%) a nevos congénitos, 71 casos (3.4%) a nevos compuestos, 55 casos (2.6%) a nevos de unión, 33 casos (1.6%) a nevos de Spitz, 10 casos (0.5%) a nevos displásicos, 41 casos (1.95%) a nevos de Nanta y 6 casos (0.3%) a nevos de Sutton.

Se identificaron 11 casos (0.5%) de nevos mixtos (intradérmico y nevo azul), dos casos (0.1%) de nevo congénito con melanoma maligno asociado, un caso (0.05%) de intradérmico con melanoma maligno y otro caso (0.05%) de intradérmico con nevo Spilus. (Tabla 1)

Se identificaron además 39 casos de tumores de coalición (1.85%) en los que predominó la coexistencia de nevo intradérmico con quiste epidermoide en 14 casos (35.9%), nevo congénito con quiste epidermoide en 3 casos (7.7%), nevo intradérmico con carcinoma basocelular en 3 casos (7.7%), nevo intradérmico con quiste infundibular en 7 casos (17.9%), con hiperplasia sebácea en 2 casos (5.1%), con tricoepitelioma en 2 casos (5.1%), con queratosis actínica, 2 casos (5.1%), con quiste dermoide, 2 casos (5.1%), con hamartoma tricosebáceo, un caso (2.6%), con hemolinfangioma, un caso (2.6%) y con hidrocistoma, un caso (2.6%) .

Características histológicas de los nevos.

Nevos intradérmicos.(n= 1528)

La lipidización se presentó en 79 casos (5.2%), el aspecto neuroide en 213 (13.9%), la fibrosis en 48 casos (3.1%), la calcificación en 41 casos (2.7%) y la reacción inflamatoria en 29 casos (1.9%). (Tabla 2)

Nevos compuestos (n= 71)

Predominaron los hallazgos histológicos característicos en 68 casos (95.8%), solo hubo fibrosis en 2 casos (2.8%) e hiperplasia melanocítica atípica en un caso (1.4%) (Tabla 3)

Nevo de unión (n=55)

En este nevo, 46 casos (83,6%) presentaron imagen histológica característica, 4 casos (7.3%) presentaron atípia celular, 2 casos (3.6%) tuvieron reacción inflamatoria, 2 casos (3.6%) más con hiperplasia melanocítica y un solo caso (1.8%) presentó lipidización.(Tabla 4)

Nevos congénitos (n= 398)

En los nevos congénitos predominaron los hallazgos característicos en 334 lesiones (83.9%), se presentó fibrosis en 16 casos (4%), calcificación en 13 casos (3.3%), reacción inflamatoria en 10 casos (2.5%), aspecto neuroide en 8 casos (2%) y lipidización en un solo caso (0.3%). (Tabla 5)

Nevo de Sutton (n= 6)

El 100 % de las lesiones presentaron hallazgos característicos.(Tabla 6)

Nevo displásico (n=10)

Solo 2 casos (20%) presentaron hallazgos histológicos característicos, 3 presentaron hiperplasia melanocítica atípica (30%) y en 5 casos (50%) hubo atípia celular. (Tabla 7)

Nevo de Spitz (n=33)

Presentaron hallazgos característicos 27 casos (81.8%) y presencia de fibrosis 6 casos (18.2%). (Tabla 8)

Características clínicas de los pacientes.

Variables demográficas.

Género.

En todas las variedades de nevos prevaleció la afectación en el sexo femenino, 81.7% en el caso de los nevos intradérmicos, 67.5% en los congénitos, 71.8% en los compuestos, 65.5% en los de unión, 69.7% en el de Spitz, 60% en el displásico y 66.7% en el de Sutton. (**Tablas 9 -15**)

Edad.

En los nevos intradérmicos la edad promedio fue de 34 (D.E. 14) años, en el congénito, de 19 (D.E.7) años, en el compuesto, de 29 (D.E. 14) años, en el de unión, de 27 (D.E. 15) años, en el de Spitz, de 12 (D.E. 7) años, en el displásico, de 30 (D.E. 4) años y en el de Sutton, de 26 (D.E. 4) años.

(**Tablas 9-15**)

Morfología.

El tamaño promedio de los nevos intradérmicos fue de 0.8 por 0.7 cms., de los congénitos de 3.6 por 2.5 cms., de los compuestos, de 1.0 por 0.6 cms., de los de unión, de 0.5 por 0.4 cms., del de Spitz, de 0.7 por 0.6 cms. Del displásico, de 1.0 por 0.8 cms. y del de Sutton, de 0.6 por 0.6 cms.

Topografía.

Nevo intradérmico. La topografía más frecuente fue la cara con 620 casos (40.9%), siguiendo piel cabelluda con 534 casos (35.2%), el cuello con 121 casos (8%) y tronco con 179 casos (11.8%). (**Tabla 9**)

Nevo congénito. La localización más frecuente fueron las extremidades con 109 casos (27.3%). También predominó la localización en cara con 93 casos (23.3%), además del tronco con 91 casos (23%). En piel cabelluda se registraron 67 casos (16.8%). (**Tabla 10**)

Nevo compuesto. Las plantas fueron la topografía más frecuente con 27 casos (38%), el tronco siguió en frecuencia con 26 casos (36.6%), después la cara con 8 casos (11.3%) y el cuello con 4 casos (5.6%). (Tabla 11)

Nevo de unión. También las plantas estuvieron afectadas en primer lugar, registrándose 26 casos (47.3%), en el tronco, 10 casos (18.2%), en cara y palmas 5 casos cada una (9.1%). (Tabla 12)

Nevo de Spitz. Las lesiones predominaron en cabeza con 16 casos (48.5%), 12 casos en piel cabelluda y 4 casos en cara. Las extremidades se afectaron en 15 casos (45.4%) y tronco solo en 2 casos (6.1%). (Tabla 13)

Nevo displásico. El tronco fue la topografía más frecuente al observarse 8 casos (80%) en éste. Los dos casos restantes se localizaron , uno en palmas y otro en cara. (Tabla 14)

Nevo de Sutton. En el tronco se registraron 2 casos (33.3%), en cara, 1 caso (16.6%), 1 caso en cuello y dos en otras localizaciones. (Tabla 15)

Diagnósticos diferenciales clínicos y correlación clínico-patológica.

Los diagnósticos clínicos con los cuales se remitieron las piezas histológicas fueron los siguientes.

- Nevo intradérmico:** 1292 casos mismo diagnóstico (85.3%)
- 64 casos como carcinoma basocelular
 - 66 casos como fibroma blando
 - 20 casos como queratosis seborréica
 - 10 casos como tumores de anexos
 - 10 casos como melanoma maligno
 - 53 casos otros (Tabla 16)

Nevo congénito : 374 casos mismo diagnóstico (93.5%)

- 1 caso como nevo epidérmico verrugoso
- 1 caso como linfocitoma cutis
- 1 caso como nevo displásico
- 10 casos como nevo intradérmico adquirido
- 3 casos como carcinoma basocelular
- 2 casos como nevo sebáceo
- 1 caso como queratosis seborreica
- 1 caso como nevo azul
- 6 casos otros. (**Tabla 17**)

Nevo compuesto: 13 casos mismo diagnóstico (18.3 %)

- 21 casos como nevo de unión
- 13 casos como nevo intradérmico
- 10 casos como nevo displásico
- 5 casos como queratosis seborreica
- 3 casos como melanoma maligno
- 1 caso como nevo sebáceo (**Tabla 18**)

Nevo de unión: 38 casos mismo diagnóstico (69.1 %)

- 6 casos como queratosis seborreica
- 3 caso como nevo displásico
- 2 casos como carcinoma basocelular
- 1 caso como melanoma maligno
- 5 casos otros (**Tabla 19**)

Nevo de Sutton : 6 casos mismo diagnóstico (100 %) (**Tabla 20**)

Nevo displásico : 10 casos mismo diagnóstico (100 %) (**Tabla 21**)

Nevo de Spitz : 13 casos mismo diagnóstico (39.4 %)

- 2 casos como granuloma telangiectásico
- 2 casos como angiofibroma
- 9 casos como nevo intradérmico
- 1 caso como angioqueratoma
- 1 caso como hemangioma
- 1 caso como tumor de anexos
- 1 caso como melanoma maligno
- 3 casos otros (**Tabla 22**)

VI. CONCLUSIONES

- 1.- Se identificaron 2103 casos diagnosticados histológicamente como nevos melanocíticos.
- 2.- La variedad clínica e histológica más frecuente correspondió al nevo intradérmico, 1528 casos (72.6%)
- 3.- Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron: nevo intradérmico (aspecto neuroide, lipidización y fibrosis), nevo compuesto (fibrosis e hiperplasia melanocítica atípica), nevo de unión (atipia celular, reacción inflamatoria e hiperplasia melanocítica), nevo congénito (fibrosis, calcificación, reacción inflamatoria), nevo de Sutton (no presentaron ninguno de estos hallazgos), nevo displásico (hiperplasia melanocítica atípica y atipia celular), nevo de Spitz (fibrosis).
- 4.- En todos los casos predominó el sexo femenino.
- 5.- La mayoría de los casos predominó entre la tercera y cuarta década de la vida, a excepción del nevo congénito y de Spitz
- 6.- La mayoría de los nevos midieron menos de un centímetro, excepto los nevos congénitos.
- 7.- La topografía más frecuente fue: nevo intradérmico y nevo de Spitz (cabeza); nevos compuesto, displásico y Sutton (tronco), nevo congénito (extremidades) y nevo de unión (plantas).

8.- Los diagnósticos diferenciales más frecuentes: nevo intradérmico (carcinoma basocelular y fibroma blando), nevo congénito (nevo epidérmico verrugoso y nevo displásico), nevo compuesto (nevo de unión y nevo intradérmico), nevo de unión (queratosis seborreica y nevo displásico), nevo de Spitz (nevo intradérmico, granuloma telangiectásico y angiofibroma).

9.- La correlación clínico-patológica fue mayor en el caso de nevos de Sutton y displásicos.

10.- Se registraron dos casos de melanoma maligno con nevo congénito, y un caso más en asociación con nevo intradérmico adquirido.

11.- Se encontraron 50 nevos intradérmicos asociados a otros tumores (quiste epidermoide, carcinoma basocelular, hamartoma tricosebáceo, quiste infundibular, hiperplasia sebácea, hemolinfangioma, tricoepitelioma, hidrocistoma y quiste dermoide).

VII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Saúl. A.; Peniche. J. "Tumores de piel". LECCIONES DE DERMATOLOGIA. 13º ed. Méndez Editores S.A. de C.V. México D.F. 1995:445-454.
- 2.- Manzanera. M.E.G. " Nevos Nevocíticos Correlación clínico patológica". TESIS UNAM 1980
- 3.- Walton R.G., Sage R.D., Farber E.M.: Electrodesecation of pigmented nevi, biopsy studies.: A preliminary report. Arch Dermatol & Syph. 1957; 76:193-199.
- 4.- Jurecka W., Lassman H., Sebhart W.: Relation of nevous elements to intradermal nevi: An electron microscopic study. Arch Dermatol Res 1978; 261:219-30.
- 5.- Ackerman B.A.: Histologic Diagnosis of inflamatory skin diseases. Edit Lea & Febiger, Philadelphia. 1978: 43,49,142,145-46.
- 6.-.- Chacón J.M.: "Tumores Benignos de la Piel " TESIS UNAM 1963:79-101.
- 7.- Fitzpatrick T.B., et al. Dermatology in General Medicine. Neoplasms: Benign Neoplasia, Hyperplasias and Dysplasia of Melanocytes. New York, 1995.
- 8.-.- Mackie R.M. et al: The number and distribution of benign pigmented moles in a helathy British population. Br J Dermatol 1985;113:167.
- 9.- Nicholls E.M.: Development and elimination of pigmented moles, and the anatomical distribution of primary malignant melanoma. Cancer 1973;32:191.
- 10.- Cooke K.R. et al: Frequency of moles in a defined population. J Epidemiol Community Health 1985; 39:48.

- 11.- Ogawa F. Et al.: Investigation of skin diseases: an examination made together with the mass examination of the three year old children in Monoka city. *J Pediatr Dermatol* 1982;1:111
- 12.- Imagama I. Et al.: Mechanism of recurrence of pigmented nevi following dermabrasion. *Acta Derm Venerol* 1976;56:353.
- 13.- Sigg C., Pelloni F.: Frequency of acquired Melanonevocitic nevi and their relationship to skin complexion in 939 school children. *Dermatologica* 1989: 179:123.
- 14.- Sorahan T. et al.: Benign pigmented nevi in children from Kidderminster England; prevalence and associated factors *J Am Acad Dermatol* 1990; 22:747.
- 15.- Auguitsson A., et al.: Prevalence of common and dysplastic nevi in a Swedish population. *Br J Dermatol* 1991; 124:152.
- 16.- Coleman W.P. et al: Nevi, lentigines, and melanomas in blacks. *Arch Dermatol* 1980;116:548.
- 17.- Lewis M.G. Johnson K.: The incidence and distribution of pigmented nevi in Ugandan Africans. *Br J Dermatol* 1968;80:362.
- 18.- Rampen F.H., de Wit P.E.S.: Racial differences in mole proneness. *Acta Derm Venerol (Stockh)*. 1989; 69:234.
- 19.- Reddy CRRM et al.: Incidence and evolution of moles and the relationship to malignant melanoma in Eastern India. *Int Surg*. 1976; 61:469.
- 20.- Tasaki, K.; On band of linear pigmentation of the nails. *Int.J. Dermatol* 1983; 33:568.

- 21.- Leyden J.J. et al.: Diffuse and banded melanin pigmentation in nails. Arch Dermatol 1972; 105:548.
- 22.- Allyn B., et al.: Incidence of pigmented nevi. JAMA 1963; 186:890.
- 23.- Cullen S.I.: Incidence of nevi: Report of survey of the palms, soles and genitalia of 10000 young men. Arch Dermatol 1962;86:40.
- 24.- Rock B. Et al.: Prospective study of vulvar nevi. J Am Acad Dermatol 1990;22:104.
- 25.- Buchner A., Henson L.S.: Pigmented nevi of the oral mucosa: a clinicopathological study of 32 new cases and a review of 75 cases from the literature. Oral Surg 1980; 49:55.
- 26.- Tajonar, A.M. del R. : "Marcas Cutáneas Congénitas" En 1000 niños recién nacidos examinados en el Hospital General de México. TESIS UNAM. México, D.F. 1985.
- 27.- Aristimuño M., Peniche, J.: Frecuencia de nevos melanocíticos en la población mexicana. Dermatol. Rev. Mex. 1990; 14 (5):347-54.
- 28.- Nickoloff B.J. et al.: Immunohistologic patterns of congenital nevoceleular nevi. Arch Dermatol 1986;122:1263.
- 29.- Gottlieb B. Et al.: Fine structure of the nevus cell. Arch Dermatol. 1965;92:81.
- 30.- Pinkus H., Mehregan, A.H.: A guide to Dermatohistopathology. New York. Appleton Century Crofts Inc . 1976, p441-468.
- 31.- Manzanera, M.E.: Nevos nevocíticos, Correlación clínico-patológica. Tesis UNAM 1980, 34-36.

32.- . Lever W.F. Nevos nevocelulares y Melanoma Maligno. Histopatología de la Piel. 7ª. Ed. Edit. Intermédica. Buenos Aires, Argentina.,1991:707-28.

33.- Barnhill R.L., Fitzpatrick T.B., Fandrey D., Keneth R.O., Mihm M. C. jr., Sober A J.: Color Atlas and Synopsis of Pigmented Lesions. Mc Graw Hill, New York. 1995:29-143.

34.- Coskey R.J.: Spindle cell nevi in adults and children. Arch Dermatol 1973; 108:535.

35.- Weedon D., Little,J.H.: Spindle and epithelioid cellnevi in children and adults. Cancer 1977; 40:217.

36.- Barnhill R.L., Mihm M.C. jr: The pigmented spindle cell naevus and its variants: Distintion form melanoma. Br J Dermatol 1989; 121:717.

ANEXOS

TABLA 1
NEVOS MELANOCITICOS (n=2103)

DIAGNOSTICO HISTOLOGICOS	# DE CASOS
NEVO INTRADERMICO	1515
NEVO COMPUESTO	71
NEVO DE UNION	55
NEVO CONGENITO:	
INTRADERMICO	340
COMPUESTO	50
DE UNION	8
NEVO DE SPITZ	33
NEVO DISPLASICO	10
NEVO CON HALO (DE SUTTON)	6
<u>TUMORES DE COALICION</u>	
NEVO MIXTO (INTRADERMICO + AZUL)	11
NEVO INTRADERMICO CON SPILLUS	1
NEVO INTRADERMICO CON MM	1
NEVO CONGENITO CON MM	2
TOTAL	2103

TABLA 2
NEVO INTRADERMICO (n=1515)

HALLAZGOS HISTOLOGICOS	# DE CASOS
CARACTERISTICOS	1094
ASPECTO NEUROIDE	166
LIPIDIZACION	54
FIBROSIS	47
CALCIFICACION *	39
REACCION INFLAMATORIA	29
LIPIDIZACION CON ASPECTO NEUROIDE	25
CALCIFICACION+FIBROSIS *	1
CALCIFICACION+REACCION INFLAMATORIA *	1
OTROS	59

* CORRESPONDEN A NEVOS DE NANTA
(41 CASOS)

TABLA 3
NEVO COMPUESTO (n=71)

HALLAZGOS HISTOLOGICOS	# DE CASOS
CARACTERISTICOS	68
FIBROSIS	2
HIPERPLASIA MELANOCITICA ATIPICA	1

TABLA 4
NEVO DE UNION (n=55)

HALLAZGOS HISTOLOGICOS	# DE CASOS
CARACTERISTICOS	46
ATIPIA CELULAR	4
REACCION INFLAMATORIA	2
HIPERPLASIA MELANOCITICA ATIPICA	2
LIPIDIZACION	1

TABLA 5
NEVO CONGENITO (n=398)

HALLAZGOS HISTOLOGICOS	# DE CASOS
CARACTERISTICOS	342
FIBROSIS	16
CALCIFICACION	13
REACCION INFLAMATORIA	10
ASPECTO NEUROIDE	8
CON QUISTE EPIDERMOIDE	4
LIPIDIZACION	5

TABLA 6
NEVO DE SUTTON (n=6)

HALLAZGOS	
CARACTERISTICOS	6

TABLA 7
NEVO DISPLASICO (n=10)

HALLAZGOS	
ATIPIA CELULAR	5
HIPERPLASIA MELANOCITICA ATIPICA	3
CARACTERISTICOS	2

TABLA 8
NEVO SPITZ (n=33)

HALLAZGOS	
CARACTERISTICOS	27
FIBROSIS	6

TABLA 9
NEVO INTRADERMICO (n=1515)

CARACTERISTICAS GENERALES	# DE CASOS
EDAD EN AÑOS	34 ± 14
SEXO:	
FEMENINO	1237
MASCULINO	278
TAMAÑO EN cms.	.8 X .7
TOPOGRAFIA	
CARA	620
PIEL CABELLUDA	534
CUELLO	121
TRONCO	179
OTROS	61

* 11 CASOS N. AZUL + INTRAD. 1 CASO N. SPILUS + INTRAD.
1 CASO N. INTRAD. + M.M. TOTAL 1528 CASOS

TABLA 10
NEVO CONGENITO (n=398)

CARACTERISTICAS GENERALES	# DE CASOS
EDAD EN AÑOS	19 ± 7
SEXO:	
FEMENINO	266
MASCULINO	132
TAMAÑO EN cms.	3.0 X 1.8
TOPOGRAFIA	
CARA	89
EXTREMIDADES	109
TRONCO	91
PIEL CABELLUDA	67
CUELLO	4
OTROS	38

TABLA 11
NEVO COMPUESTO (n=71)

CARACTERISTICAS GENERALES	# DE CASOS
EDAD EN AÑOS	29 ± 14
SEXO:	
FEMENINO	51
MASCULINO	20
TAMAÑO EN cms.	1.0 X .6
TOPOGRAFIA	
PLANTAS	27
TRONCO	26
CARA	8
CUELLO	4
OTROS	6

TABLA 12
NEVO DE UNION (n=55)

CARACTERISTICAS GENERALES	# DE CASOS
EDAD EN AÑOS	24 ± 16
SEXO:	
FEMENINO	35
MASCULINO	20
TAMAÑO EN cms.	.5 X .4
TOPOGRAFIA	
PLANTAS	26
TRONCO	10
CARA	5
PALMAS	5
OTROS	9

TABLA 13
NEVO DE SPITZ (n=33)

CARACTERISTICAS GENERALES	# DE CASOS
EDAD EN AÑOS	12 ± 7
SEXO	
FEMENINO	23
MASCULINO	10
TAMAÑO EN cms	.7 X .6
TOPOGRAFIA	
EXTREMIDADES	15
PIEL CABELLUDA	12
CARA	4
TRONCO	2

TABLA 14
NEVO DISPLASICO (n=10)

CARACTERISTICAS GENERALES	# DE CASOS
EDAD EN AÑOS	30 ± 4
SEXO	
FEMENINO	6
MASCULINO	4
TAMAÑO EN cms.	1.0 X .8
TOPOGRAFIA	
TRONCO	8
PALMAS	1
CARA	1

TABLA 15
NEVO DE SUTTON (n=6)

CARACTERISTICAS GENERALES	# DE CASOS
EDAD EN AÑOS	26 ± 4
SEXO	
FEMENINO	4
MASCULINO	2
TAMAÑO EN cms	.6 X .6
TOPOGRAFIA	
PIEL CABELLUDA	1
CARA	1
CUELLO	1
TRONCO	2
EXTREMIDADES	1

TABLA 16
NEVO INTRADERMICO (n=1515)

DIAGNOSTICOS	# DE CASOS
<u>CLINICO</u>	
NEVO INTRADERMICO	1198
SIN DIAGNOSTICO	36
NEVO COMPUESTO	25
NEVO DE UNION	12
OTROS	19
<u>DIFERENCIAL</u>	
CARCINOMA BASOCELULAR	66
FIBROMA BLANDO	66
QUERATOSIS SEBORREICA	20
TUMOR DE ANEXOS	10
MELANOMA MALIGNO	10
NEVO SEBACEO	8
NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO	7
NEVO AZUL	7
OTROS	31

TABLA 17
NEVO CONGENITO (n=398)

DIAGNOSTICOS

CLINICO

NEVO CONGENITO	372
NEVO INTRADERMICO	10
NEVO DE UNION	5
NEVO DISPLASICO	3

DIFERENCIAL

NEVO SEBACEO	2
QUERATOSIS SEBORREICA	2
NEVO AZUL	2
NEVO EPIDERMICO VERRUGOSO	1
LINFOCITOMA CUTIS	1

TABLA 18
NEVO COMPUESTO (n=71)

DIAGNOSTICOS	
CLINICO	
NEVO DE UNION	21
NEVO COMPUESTO	13
NEVO INTRADERMICO	13
NEVO DISPLASICO	10
SIN DIAGNOSTICO	5
DIFERENCIAL	
QUERATOSIS SEBORREICA	5
MELANOMA MALIGNO	3
NEVO SEBACEO	1

TABLA 19
NEVO DE UNION (n=55)

DIAGNOSTICOS	
CLINICO	
NEVO DE UNION	38
NEVO DISPLASICO	3
OTROS	5
DIFERENCIAL	
QUERATOSIS SEBORREICA	6
CARCINOMA BASOCELULAR	2
MELANOMA MALIGNO	1

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 20
NEVO DE SUTTON (n=6)

DIAGNOSTICOS	NEVO DE SUTTON
<u>CLINICO</u>	
NEVO DE SUTTON	6
<u>DIFERENCIAL</u>	0

TABLA 21
NEVO DISPLASICO (n=10)

DIAGNOSTICOS	NEVO DISPLASICO
<u>CLINICO</u>	
NEVO DISPLASICO	10
<u>DIFERENCIAL</u>	0

TABLA 22
NEVO SPITZ (n=33)

DIAGNOSTICOS	NEVO DE SPITZ
<u>CLINICO</u>	
NEVO INTRADERMICO	9
NEVO DE SPITZ	13
<u>DIFERENCIAL</u>	
GRANULOMA PIOGENO	2
ANGIOFIBROMA	2
ANGIOQUERATOMA	1
HEMANGIOMA	1
TU. ANEXOS	1
MELANOMA MALIGNO	1
OTROS	3