



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE NEVOS DISPLÁSICOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL “MANUEL GEA GONZALEZ” DEL 2003 AL 2013.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

DERMATOPATOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. ESMERALDA PATRICIA OCHOA SÁNCHEZ.

TUTORES:

DRA. SONIA TOUSSAINT CAIRE

DRA. MARIA ELISA VEGA MEMIJE

MEXICO, DF.

AGOSTO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

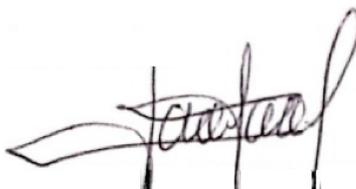
Este trabajo fue realizado en la Secretaría de Salud, Hospital General Dr. Manuel Gea González; División de Dermatología: Sección de Dermatopatología; por la Dra. Esmeralda Patricia Ochoa Sánchez con la dirección y supervisión de la Dra. Sonia Toussaint Caire y la Dra. María Elisa Vega Memije.

Este trabajo de Tesis con No. PROT. 06-85-2014 presentado por el alumno Esmeralda Patricia Ochoa Sánchez se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la tesis la Dra. Sonia Toussaint Caire, y la División de Enseñanza e Investigación a cargo del Dr. Octavio Sierra Martínez con fecha del para su impresión final.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'OSM', enclosed within a blue oval shape.

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

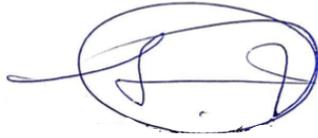
DR. OCTAVIO SIERRA MARTINEZ

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Sonia Toussaint Caire', written in a cursive style.

TUTOR PRINCIPAL

DRA. SONIA TOUSSAINT CAIRE.

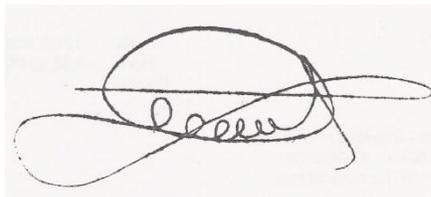
AUTORIZACIONES.



DR. OCTAVIO SIERRA MARTÍNEZ
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”



DRA. MARIA ELISA VEGA MEMIJE
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

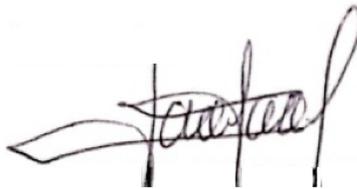


DR. LUCIANO DOMÍNGUEZ SOTO
JEFE DE LA DIVISIÓN DE DERMATOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”

COLABORADORES:

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized initial 'P' with a vertical line through it, and a smaller 'O' below it.

DRA. ESMERALDA PATRICIA OCHOA SÁNCHEZ

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of connected, flowing letters.

DRA. SONIA TOUSSAINT CAIRE

A handwritten signature in black ink, with the name 'M. Elisa Vega M.' clearly legible.

DRA. MARIA ELISA VEGA MEMIJE

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por ser siempre un ángel en mi vida, GRACIAS Gloria porque sin ti esto nunca hubiera sucedido.

A mi hija MaFer, eres el motor que me impulsa a seguir adelante todos los días, por ti todo vale la pena.

A la Dra. Sonia Toussaint, la Dra. Elisa Vega, porque sin su apoyo este trabajo no existiría, gracias por creer en mi, por su apoyo incondicional y amistad en los momentos difíciles, que es estos dos años han sido muchos...

A mis jefes de servicio y adscritos...Dr. Domínguez, Dra. Hojyo, Dr. Arenas, Dra. Domínguez, Dra. Lacy, Dr. Contreras, Verito, Adán, Gaby y Elsitita, gracias a todos ustedes por darme la oportunidad de pertenecer a este lugar, gracias por sus enseñanzas y por su cariño, porque todos ustedes han dejado una huella muy grande en mi, en el aspecto académico y en el personal...GRACIAS DERMAGEA una vez más!!

INDICE

Glosario.....	9
Relación de tablas y figuras.....	10
Resumen.....	11
Abstract.....	12
1. Introducción.....	13
2. Marco Teórico.....	15
3. Justificación.....	16
4. Planteamiento del problema.....	16
5. Objetivos.....	17
6. Hipótesis.....	17
7. Material y Métodos.....	17
7.1 Diseño del estudio.....	17
7.2 Universo de estudio.....	17
7.3 Población blanco.....	18
7.4 Tamaño de la muestra.....	18
7.5 Criterios de selección.....	18
7.6 Definición de variables.....	18
7.7 Análisis estadístico.....	20
8. Resultados.....	20
9. Discusión.....	24

10. Conclusiones.....26

11. Bibliografía.....26

GLOSARIO:

HyE: Hematoxilina y eosina.

NMD: Nevo melanocítico displásico.

DRS: Dermis reticular superficial.

DRM: Dermis reticular media.

DRP: Dermis reticular profunda.

TCSC: Tejido celular subcutáneo.

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS:

TABLAS:

Tabla 1. Criterios histológicos para diagnóstico de nevo displásico.

Tabla 2. Aspectos demográficos.

Tabla 3. Aspectos histológicos.

.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los nevos displásicos, también conocidos como nevos de Clark, o nevo con atipia arquitectónica, se describe siendo un continuo entre los nevos adquiridos comunes y el melanoma, ya que son morfológica y biológicamente intermedios entre estas dos entidades. Se caracterizan por presentar alteraciones arquitecturales así como atipia citológica, similar a lesiones displásicas en otros órganos. La etiología de los nevos displásicos no está bien establecida. En nuestra población no existen en la actualidad reportes de prevalencia de nevos displásicos o su afección en fototipos mestizos.

OBJETIVOS: Caracterizar demográficamente la población portadora de nevos displásicos; Describir las características clínicas e histológicas de nevos displásicos; Evaluar la positividad de márgenes quirúrgicos así como los casos que presentaron recidivas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, tipo serie de casos. Se estudiarán expedientes de pacientes estudiados en la consulta externa de dermatología desde el 2003 al 2013 con diagnóstico de nevo displásico y que contaran con estudio histopatológico previo y tengan laminillas teñidas con hematoxilina y eosina evaluables así como fotografías clínicas y que hayan sido estudiados entre el 2003 y el 2013. Se recabarán variables demográficas, de tipificación del individuo e histológicas para caracterizar a la población portadora de nevos displásicos.

RESULTADOS: Se encontraron 44 pacientes con nevos displásicos de un total de 778 nevos recibidos en 10 años, lo que constituye un 5.6%. El 40.9% fueron mujeres (18 pacientes) y el 59.1% (26 pacientes) fueron hombres. La edad media de 37 años (rango de 14 a 77 años). De éstos nevos displásicos el 54.5% (24 pacientes) correspondieron a fototipo IV, 27.3% (12). La topografía más frecuente fue la espalda con un 61.4% (27 pacientes). En relación al tamaño la mayoría se encontraban entre 5 y 7 milímetros con un 43.2% (19 pacientes). El 84.1% se reportaron con bordes y pigmento irregulares (37 casos). La mayoría de los casos correspondían con nevos displásicos compuestos en un 79.5% (35 casos). El infiltrado inflamatorio se identificó en 41 casos (93.2%). La fibroplasia laminar concéntrica se reportó en 42 de los casos (95.5%). El grado de atipia reportada fue en 33 casos (75%) leve.

CONCLUSIONES: Los nevos melanocíticos displásicos en la población mestiza son relativamente menos frecuentes y presentan solo un grado discreto de atipia. Es posible que sean una fase en la evolución de un nevo melanocítico común y no necesariamente una lesión precursora.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: The dysplastic nevi, also called Clark nevi, or nevus with architectural atypia described being continuous between the common acquired nevi and melanoma, as they are morphologically and biologically intermediate between these two entities. They are characterized by architectural and cytological abnormalities, similar to dysplastic lesions in other organs atypia. The etiology of dysplastic nevi is not well established. In our population, there are currently no reports of prevalence of dysplastic nevi or condition in phototypes mestizos. **OBJECTIVES:** To characterize the carrier population demographically dysplastic nevi; Describe the clinical and histologic features of dysplastic nevi; To evaluate the surgical margin positivity and cases developed recurrences. **MATERIAL AND METHODS:** An observational, retrospective, descriptive case series study was conducted. Records of patients studied in the outpatient dermatology from 2003 to 2013 with a diagnosis of dysplastic nevi and count prior histopathology and have lamellae stained with hematoxylin and eosin and evaluated clinical photographs that have been studied from 2003 will be studied demographic variables and 2013 will be sought from the individual and histological typing to characterize the carrier population displásicos. **RESULTS:** We found 44 patients with dysplastic nevi from a total of 778 received nevi were found in 10 years, which is 5.6 %. 40.9% were women (18 patients) and 59.1% (26 patients) were men. The mean age of 37 years (range 14-77 years). Of these dysplastic nevi 54.5% (24 patients) were of phototype IV, 27.3% (12). The most frequent site was the back with a 61.4% (27 patients). Regarding the size most were between 5 and 7 millimeters and 43.2% (19 patients). 84.1% were reported with irregular edges and pigment (37 cases). Most cases compounds dysplastic nevi correpondian with a 79.5% (35 cases). The inflammatory infiltrate was identified in 41 cases (93.2%). The concentric laminar fibroplasia reported in 42 of the cases (95.5%). The degree of atypia was reported in 33 cases (75%) mild. **CONCLUSIONS:** dysplastic melanocytic nevi in the mestizo population are relatively less frequent and have only a modest degree of atypia. There may be a phase evolution of a common melanocytic nevi and not necessarily a melanoma precursor lesion.

1. INTRODUCCION

Los nevos displásicos, también conocidos como nevos de Clark, o nevo con atipia arquitectónica, se describe siendo un continuo entre los nevos adquiridos comunes y el melanoma, ya que son morfológica y biológicamente intermedios entre estas dos entidades. (1) Se caracterizan por presentar alteraciones arquitecturales así como atipia citológica, similar a lesiones displásicas en otros órganos. (2-4)

La etiología de los nevos displásicos no esta bien establecida. Como en el caso del melanoma, éstos aparentemente resultan de la interacción genética, con la susceptibilidad del huésped y factores ambientales.

Se caracterizan clínicamente por presentar 2 o 3 tonalidades de color en superficie, un diámetro que oscila entre 3 y 15 mm, ser asimétricos y tener unos bordes irregulares. Pueden aparecer de forma aislada o un gran número de ellos. Desde el punto de vista histológico se han definido como criterios de atipia la presencia de hiperplasia melanocítica lentiginosa persistente, atipia nuclear, fibroplasia lamelar, fibroplasia eosinofílica concéntrica e infiltrado linfocitario escaso (5).

TABLA 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE NEVO DISPLÁSICO (NIH)

CRITERIOS HISTOLÓGICOS DE NEVO DISPLÁSICO (NIH)

MAYORES (MANDATORIOS)

HIPERPLASIA LENTIGINOSA O DE MELANOCITOS CONTIGUOS

ATIPIA DE MELANOCITOS FOCAL

CRITERIOS MENORES (AL MENOS 2)

“FENÓMENO DE HOMBROS”

FUSION DE LOS PROCESOS INTERPAPILARES

FIBROSIS LAMINAR CONCÉNTRICA

INFILTRADO INFLAMATORIO PERIVASCULAR SUPERFICIAL

Clinics (Sao Paulo). Mar 2011; 66(3): 493–499

Solo un pequeño porcentaje de nevos displásicos progresa a melanoma (6,7), pero su presencia indica un riesgo 10 a 15 veces mayor que en pacientes que no lo padecen (8,9). El riesgo aumenta con el número de lesiones (nevos benignos o displásicos).

Después de la biopsia inicial, el tratamiento a seguir depende en gran parte del reporte histopatológico. Éste normalmente reporta el grado de atipia celular así como los márgenes involucrados. No existe un sistema estandarizado para la descripción en nevos displásicos, generándose ambigüedad, ya que un patólogo puede referir como displasia severa algo que otro patólogo podría llamar melanoma in situ, modificando esto el manejo y el pronóstico del paciente.

Con el reporte de displasia severa en el estudio histopatológico de una biopsia inicial en una lesión melanocítica, muchos clínicos realizan una biopsia excisional, ya que la distinción entre displasia severa y melanoma in situ es imprecisa así como por el riesgo potencial de evolución a melanoma.

En el caso de lesiones con displasia moderada o leve el manejo es menos rígido, se puede monitorear la lesión, o extirpar la lesión completamente.

2. MARCO TEORICO

La necesidad de extirpar un nevo melanocítico displásico basado en el grado de atipia así como de involucro de márgenes se ha evaluado previamente en algunos estudios. Ackerman y colaboradores demostraron que no había signos de melanoma en las biopsias excisionales de nevos displásicos (10,11). Un estudio reciente de 115 pacientes demostró que no había presencia de melanoma en sitios donde previamente se había extirpado un nevo displásico, con o sin márgenes negativos, con un seguimiento promedio de 17.4 años (12). A dos años de seguimiento en el estudio, solo el 3% de los pacientes

presentó recurrencia al examen físico, y ninguno correspondió a nevo displásico con atipia severa o melanoma en la excisión inicial. Inclusive los márgenes positivos no se asociaron con lesiones recurrentes en estudios con seguimiento a 5 años. (13, 14)

Por otra lado, en otro estudio realizado en Estados Unidos el 53% de los nevos displásicos se extirpaban de forma incompleta.

3. JUSTIFICACION

Se requieren más datos sobre los resultados clínicos de nevos displásicos y así poder guiar a los dermatólogos clínicos para tomar una decisión correcta en relación al manejo y seguimiento de pacientes con nevos displásicos. En nuestra población no existen en la actualidad reportes de prevalencia de nevos displásicos o su afección en fototipos mestizos. Es importante explorar esta parte ya que el comportamiento del nevo displásico en fototipos claros esta bien estudiado así como su evolución a melanoma, no así en fototipos oscuros.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No existe un sistema estandarizado para la descripción en nevos displásicos, así como para su manejo, generándose ambigüedad, ya que un patólogo puede referir como displasia severa algo que otro patólogo podría llamar melanoma in situ, modificando esto el manejo y el pronóstico del paciente.

Si se encontraran constantes en los hallazgos clínicos e histológicos se podría mejorar la exactitud diagnóstica de los nevos displásicos y esto ayudaría a tomar una mejor decisión en relación al manejo definitivo del paciente así como su seguimiento.

¿Cuál es la caracterización demográfica e histológica de nevos displásicos en el servicio de Dermatología del Hospital “Dr. Manuel Gea González”

5. OBJETIVOS

1. Caracterizar demográficamente la población portadora de nevos displásicos.
2. Describir las características clínicas e histológicas de nevos displásicos.
3. Evaluar la positividad de márgenes quirúrgicos así como los casos que presentaron recidivas.

6. HIPÓTESIS.

Es un estudio descriptivo y no requiere prueba de hipótesis.

7. MATERIAL Y METODOS

7.1 Diseño del estudio:

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo, tipo serie de casos.

7.2 Universo de estudio.

Pacientes estudiados en la consulta externa de Dermatología con diagnóstico de Nevo displásico y que se haya extirpado y se tenga estudio histológico.

7.3 Población blanco.

Pacientes estudiados en la consulta externa de dermatología desde el 2003 al 2013 con diagnóstico de nevo displásico.

7.4 Tamaño de la muestra.

Se incluirán todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de nevo displásico y que cuenten con laminillas del archivo de dermatopatología, estudiados en un periodo de tiempo, del año 2003 al 2013, por lo que no se calculó tamaño de muestra (A conveniencia).

7.5 Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión.** Expedientes de pacientes con diagnóstico de nevo displásico que cuenten con estudio histopatológico previo y tengan laminillas teñidas con hematoxilina y eosina evaluables así como fotografías clínicas y que hayan sido estudiados entre el 2003 y el 2013.
- **Criterios de exclusión.**
- Pacientes en los que no corresponda el estudio histopatológico.
- **Criterios de eliminación.** Expedientes incompletos o que no se cuente con la laminilla para su revisión.

7.6 Definición de variables

ESTUDIOS DESCRIPTIVOS (o ANALITICOS SI APLICA)

Variables Principales		Variables Generales	
Variable	Escala (intervalo, ordinal,	Variable	Escala (intervalo, ordinal, nominal)

	nominal)		
Diagnóstico	Nominal	Edad Sexo Fototipo Topografía Severidad de la displasia Márgenes Simetría Bordes definidos Ulceración Proliferación lentiginosa Maduración Profundidad	Intervalo Cualitativa dicotómica Cualitativa ordinal Cualitativa ordinal Cualitativa Ordinal Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica

			Cualitativa ordinal
		Tipo de melanocitos	Cualitativa ordinal
		Núcleos hipercromáticos	Cualitativa dicotómica
		Grado de atipia	Cualitativa ordinal
		Recurrencia	Cualitativa dicotómica
		Melanoma asociado	Cualitativa dicotómica

7.7 Análisis Estadístico:

Se utilizó estadística descriptiva, resumiendo los resultados de las variables cualitativas en frecuencias absolutas y porcentajes.

8. RESULTADOS.

Se encontraron 44 pacientes que presentaron nevos displásicos en un periodo de 10 años, de un total de 778 nevos recibidos en 10 años, lo que constituye un 5.6%. El 40.9%

fueron mujeres (18 pacientes) y el 59.1% (26 pacientes) fueron hombres. La edad media de de 37 años (rango de 14 a 77 años). De éstos nevos displásicos el 54.5% (24 pacientes) correspondieron a fototipo IV, 27.3% (12) a fototipo III y un 18.2% a fototipo II (18.2%). La topografía más frecuente fue la espalda con un 61.4% (27 pacientes), seguida de hombro y tórax anterior en un 9.1% respectivamente (4 pacientes cada uno), muslos en un 6.8% (3 pacientes) y otras tipografías como mama, abdomen, frente, pubis y pantorrilla. En relación al tamaño de los nevos encontramos que la mayoría se encontraban entre 5 y 7 milímetros con un 43.2% (19 pacientes), de menos de 4 mm se encontró un 18.2% (8 pacientes), de 8 a 10 milímetros un 13.6% (6 pacientes) y únicamente 2 casos presentaron un tamaño mayor a 10 milímetros (4.5%). Se describieron clínicamente como manchas hiperpigmentadas el 97.7% y únicamente un caso se reportó como una neoformación eritematosa, la cual correspondió histológicamente con un Nevo de Spitz. En relación a los bordes y simetría se encontraron como regulares 7 casos que correspondió a un 15.9%, el resto 84.1% se reportaron como irregulares (37 casos). Ninguno de los nevos presentó ulceración.

Tabla 2. Aspectos Demográficos

Edad	Media 37 años (rango 14 a 77 años)
Sexo	Femenino 18 (40.9%)
	Masculino 26 (59.1%)
Fototipo	II 8 (18.2%)
	III 12 (27.3%)
	IV 24 (54.5%)
Topografía	Espalda 27 (61.4%)
	Hombro 4 (9.1%)
	Tórax anterior 4 (9.1%)
	Muslo 3 (6.8%)
	Mama 2 (4.5%)
	Abdomen 1 (2.3%)
	Frente 1 (2.3%)
	Pubis 1 (2.3%)
	Pantorrilla 1 (2.3%)
Simetría	Irregulares 37 (84.1%)
	Regulares 7 (15.9%)
Tamaño	<4 mm 8 (18.2%)
	5-7 mm 19 (43.2%)
	8-10mm 6 (13.6%)
	>10 mm 2 (4.5%)

En relación a los hallazgos histológicos se encontró que la mayoría de los casos correspondían con nevos displásicos compuestos en un 79.5% (35 casos), de los cuales uno fue un Nevo de Spitz y dos Nevos de Reed (Nevo de Spitz en su variante pigmentada), de los cuales el 100% presentó fenómeno de maduración. Se encontró la

presencia de proliferación lentiginosa de melanocitos únicamente en 9 casos (20.5%). El infiltrado inflamatorio se identificó en 41 casos (93.2%), de los cuales 15.1% (7 casos) lo presentaban de forma discreta. La fibroplasia laminar concéntrica se reportó en 42 de los casos (95.5%). El tipo de melanocitos que predominó fue el epitelioides en un 65.9% (29 casos), seguido del fusiforme en 34.1% (15 casos). El grado de atipia reportada fue en 33 casos (75%) leve, moderada en 9 casos (20.5%) y severa en solo 2 casos (4.5%). No se reportan recurrencias y solo un caso de nevo displásico estuvo asociado a melanoma.

Tabla 2. Aspectos histológicos.

Tipo de nevo	Nevo displásico unión 9 (20.5%)
	Nevo displásico compuesto 35 (79.5%)
Infiltrado inflamatorio	Presente 41 (93.2%)
	Discreto o leve 7 (15.1%)
Fibroplasia laminar concéntrica	Presente 42 (95.5%)
Melanocitos	Epitelioides 29 (65.9%)
	Fusiformes 15 (34.1%)
Grado de atipia	Leve 33 (75%)
	Moderada 9 (20.5%)
	Severa 2 (4.5%)

9. DISCUSION

En este estudio encontramos que el porcentaje de nevos displásicos que se presentan en una población mestiza como la que es atendida en un hospital de referencia como el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en un lapso de estudio de 10 años fue de un 5.6%. El nevo displásico es relativamente común en países como Australia o Inglaterra y se reporta en algunas series de 2-8 % y hasta en un 53% de los casos, y se asocia a melanoma en un 34-59% (14). Se ha estudiado y descrito en población caucásica (fototipos I,II). En la literatura no existen reportes previos en relación a la presencia y comportamiento de nevos displásicos en población mestiza. La topografía de mayor frecuencia fue la espalda como lo reportado previamente en la literatura en relación a los nevos displásicos. En cuanto al aspecto clínico la mayoría tenían bordes y pigmentación irregular, pero un porcentaje no discreto del casi 16% no presentó estas alteraciones, lo que nos habla de que no necesariamente la atipia citológica se acompaña de alteraciones en la clínica, como se ha reportado en estudios previos(15). En relación al tamaño, actualmente se consideran sospechosas lesiones de 5 milímetros en adelante. En este caso encontramos 18.2% de casos con 4 milímetros o menos que presentaban características histológicas de nevos displásicos, oscilando la mayoría de ellos entre 5 a 7 milímetros en su eje mayor. Casi el 80% de estos nevos displásicos fue compuesto, no abarcando más allá de la dermis media, siendo predominante el fenómeno de hombros en estos casos; más de 90% presentó fibroplasia laminar concéntrica, hallazgo importante para el diagnóstico histológico de nevos displásicos así como el infiltrado inflamatorio que se reportó en más del 90% de los casos. En este estudio el grado de atipia fue leve en el 75% de los casos y moderada en el 20% de los casos. Es importante mencionar que la atipia severa únicamente se observó en fototipos II, lo que sugiere que en nuestra población es menor el grado de afección así como la atipia citológica. En relación a esto,

es importante mencionar que en aún hay criterios que difieren al momento de realizar el diagnóstico histológico de un nevo displásico, e incluso puede variar de patólogo a patólogo según Pozo y cols. (16).

Piepkorn y cols (17) presentó la hipótesis de que la atipia histológica representa nada más que el patrón de crecimiento transitorio de un nevo melanocítico. Esta afirmación se basa en la observación de que los criterios histológicos previamente señalados para el nevo displásico, incluyendo grados menores de atipia citológica, se puede encontrar, en una combinación u otra, en los nevos comunes y en una alta tasa de prevalencia en la población general.

La contrahipótesis a esto es que el nevo atípico realmente es una lesión precursora del melanoma y que se requiere pruebas más rigurosas por métodos moleculares modernos que incorporen controles adecuados para su evaluación. Los datos empíricos que apoyan la hipótesis de que el nevo displásico es un precursor existen (17), pero hay que señalar que la expresión de la principal (y, potencialmente, la limitación de velocidad) de genes de susceptibilidad de melanoma hasta ahora identificado, a saber p16 (CDKN2A), no se encuentran sustancialmente alterados en nevos displásicos, contrariamente a las predicciones de que hipótesis (18).

Los estudios de relación de nevo displásico con melanoma se han hecho en pacientes caucásicos. En nuestro contexto es importante adentrar más el estudio de estas lesiones, ya que en nuestros resultados lo que prevalece son los nevos displásicos con atipia citológica leve, lo cual, en algún momento podría corresponder más como menciona Piepkorn con un estadio en la evolución de un nevo displásico y no en una lesión propiamente precursora, a diferencia de que lo que se observa en los nevos acrales en la población mestiza, los cuales si con un indicador de riesgo para melanoma acral lentiginoso, por nuestra predisposición racial.

10. CONCLUSIONES

Los nevos melanocíticos displásicos en la población mestiza son relativamente menos frecuentes y presentan solo un grado discreto de atipia. Es posible que sean una fase en la evolución de un nevo melanocítico común y no necesariamente una lesión precursora como los nevos acrales. Se requieren más estudios moleculares para evaluar el comportamiento y significado de los nevos displásicos en la población mestiza.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Goldstein A, Tucker M, Dysplastic nevi and melanoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Abril 2013; 22(4): 528-532.
2. Elder DE. Dysplastic naevi: An update. *Histopathology.* 2010;56:112–20
3. Elder DE, Goldman LI, Goldman SC, Greene MH, Clark WH., Jr Dysplastic nevus syndrome: a phenotypic association of sporadic cutaneous melanoma. *Cancer.* 1980;46:1787–94.
4. Greene MH, Clark WH, Jr, Tucker MA, Elder DE, Kraemer KH, Fraser MC, et al. Precursor naevi in cutaneous malignant melanoma: a proposed nomenclature. *Lancet.* 1980;2:1024.

5. Clark WJH, Reimer RR, Greene M, et al. Origin of familial malignant melanomas from heritable melanocytic lesions: the B-K mole syndrome. *Arch Dermatol*. 1978;114:732-8
6. Tucker MA, Fraser MC, Goldstein AM, Struewing JP, et al. A natural history of melanomas and dysplastic nevi: an atlas of lesions in melanoma-prone families. *Cancer* 2002;94(12):3192–209.
7. Halpern AC, Guerry D 4th, Elder DE, Trock B, et al. Natural history of dysplastic nevi. *J Am Acad Dermatol* 1993;29(1):51–7.
8. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer* 2005;41(1):28–44.
9. Naeyaert JM, Brochez L. Clinical practice. Dysplastic nevi. *N Engl J Med* 2003;349(23):2233–40.
10. Ackerman AB, Mihara I. Dysplasia, dysplastic melanocytes, dysplastic nevi, the dysplastic nevus syndrome, and the relation between dysplastic nevi and malignant melanomas. *HumPathol* 1985;16(1):87–91.
11. Cohen LM, Hodge SJ, Owen LG, Callen JP. Atypical melanocytic nevi. Clinical and histopathologic predictors of residual tumor at reexcision. *J Am Acad Dermatol* 1992;27(5 Pt 1):701–6.

12. Hocker TL, Alikhan A, Comfere NI, Peters MS. Favorable long- term outcomes in patients with histologically dysplastic nevi that approach a specimen border. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68(4) 545–51.
13. Kmetz EC, Sanders H, Fisher G, Lang PG, et al. The role of observation in the management of atypical nevi. *South Med J* 2009;102(1):45–8.
14. Dediol y cols. Dysplastic nevus, *Coll. Antropol.* 35(2011) Suppl. 2: 311-313.
15. Piepkorn M, Whither the Atypical (Dysplastic) Nevus? *Am J Clin Pathol* 2001;115:177-179
16. Pozo L, Naase M, Cerio R, et al. Critical analysis of histologic criteria for grading atypical (dysplastic) melanocytic nevi. *Am J Clin Pathol.* 2001;115:194-204.
17. Piepkorn M. A hypothesis incorporating the histologic characteristics of dysplastic nevi into the normal biological development of melanocytic nevi. *Arch Dermatol.* 1990;126:514-518.
18. Keller-Melchior R, Schmidt R, Piepkorn M. Expression of the tumor suppressor gene product p16INK4 in benign and malignant melanocytic lesions. *J Invest Dermatol.* 1998;110:932-938.