



112/12
4
2. ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

NEVO DE BECKER
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 177 CASOS.

TEMA DE TESIS RECEPCIONAL

Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

P R E S E N T A

Dr. Francisco Javier Galindo Talamantes

Jefe del Servicio: **Dr. Armando Saul C.**

Asesor de Tesis: **Dr. Jorge Peniche R.**



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1990



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 está 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.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	
Historia	2
Frecuencia	5
Raza	5
Sexo	6
Edad de inicio	6
Edad al momento de la consulta	7
Topografía	8
Morfología	9
Evolución	12
Nevo de Becker con hiperplasia de músculo liso	13
Asociaciones extracutáneas	15
Nevo de Becker familiar	16
Factores etiopatogénicos	16
Histopatología	18
Microscopía electrónica	19
Historia natural	20
Tratamiento	21
III. METODO, MATERIAL Y PROCEDIMIENTO	22
IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	24
V. CUADROS, GRAFICAS Y FIGURAS	30
VI. CONCLUSIONES	38
VII. ICONOGRAFIA	40
VIII. RESUMEN	42
IX. BIBLIOGRAFIA	43

INTRODUCCION

El nevo de Becker es un hamartoma, que se manifiesta clínicamente como una mancha pigmentada, pilosa en la mayoría de los casos y que se presenta con más frecuencia en la región -- subclavicular, aunque puede aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea.

El nevo de Becker es una lesión que se presenta generalmente en la pubertad y con un ligero predominio en el sexo masculino.

Esta lesión es generalmente asintomática y de curso benigno; sin embargo se han reportado casos con alteraciones extracutáneas asociadas.

El objetivo de este trabajo es analizar las características epidemiológicas, clínicas, histológicas y las alteraciones extracutáneas asociadas del nevo de Becker, en los pacientes que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital General de México, S.S.. Se realizó un diseño de estudio retrospectivo, longitudinal y observacional, encontrándose 177 pacientes con nevo de Becker desde 1975 a 1990.

HISTORIA

En 1949, Willian Becker publicó con el nombre de "Concurrent melanosis and hypertrichosis in the distribution of naevus unius lateris", dos casos de una característica afección - que se localizó en la región escapular, en forma de una placa hiperpigmentada y pilosa. Estos casos se presentaron en dos -- hombres de 17 y 24 años de edad, los cuáles referían el antecedente de una quemadura solar que había precedido a la aparición de las lesiones. Histopatológicamente observó hiperpigmentación de la capa basal, con aumento de la melanina en la epidermis y la dermis superficial, además de los pelos gruesos pigmentados; también refirió no haber encontrado células névicas en la epidermis ni en la dermis. Becker comentó que este desorden puede ser llamado "Acquired nevus pigmentosus et pilosus" (1).

Posteriormente, en 1957, con el nombre de "Nevus epidérmico pigmentado e hipertrichósico", Fraim Bell y Rook (2) aportaron otros 10 casos, todos muy parecidos a los anteriormente señalados por Becker. Ocho años después (en 1965) Copeman y -- Wilson Jones, mencionaron 24 casos personales, de los que en 4 existía el antecedente de su aparición tras una intensa exposición solar, además 12 del total de los casos tenían una localización atípica; estos autores propusieron la denominación de "Nevus epidérmico de Becker" (3).

En 1967, Siemens realizó un minucioso estudio de conjunto recolectando un total de 23 casos, de los que el mismo reconoció que cuatro eran dudosos. En su trabajo analiza además, otras observaciones publicadas en la literatura por Fegeler Holtzschmidt y Kohrs en 1953, Goedbloed en 1954, Fegeler y Schreiner en 1954 y Kappel en 1956 (4).

Kopf y Yuppa, en 1968, también refirieron el desarrollo de una zona pigmentada asintomática en la porción superior de la espalda (5). Tres años después, Mascaró informó acerca de 21 casos, de los cuales, 11 fueron mujeres y 10 varones, comentando sobre las características clínicas, histopatológicas, ultraestructurales y las alteraciones extracutáneas asociadas (6).

Luego siguieron publicaciones como la de Ruffi en 1972, donde informa sobre un caso de nevo de Becker asociado a esclerodermia localizada (7). El informe de Svindland y Wetteland en 1975, también resulta muy interesante, ya que menciona el caso de un joven de 19 años de edad, el cual desarrolló, 6 meses después de la vacunación con BCG, un nevo de Becker en la zona de la aplicación, encontrando histopatológicamente, además de los cambios característicos de la melanosis de Becker, infiltrados granulomatosos perifoliculares ricos en células epiteloides y gigantes, sugiriendo la intervención de micobacterias atípicas en la etiopatogenia del nevo de Becker (8).

Posteriormente, en 1978, Urbanek y Johnson reportaron dos casos de nevo de Becker con hamartoma de músculo liso; estos au

tores hacen la aclaración de que Stokes, en 1923, ya había informado de una lesión clínicamente similar a los casos descritos por Becker, pero asociada histológicamente a una hiperplasia de músculo liso subyacente, e igualmente no congénita (9).

Desde entonces han surgido algunas publicaciones con respecto al nevo de Becker al valorarse nuevos aspectos sobre su etiopatogenia (3,8,10,11,12,13), participación de estructuras mesodérmicas (14,18), diversas asociaciones patológicas cutáneas, óseas, vasculares y glandulares (6,7,19,20), síntomas asociados (14,21,22), su carácter congénito (6,15,16,18,23) y familiar (22,24).

Sin embargo, creo que el nevo de Becker ha motivado escasa atención en la bibliografía, debido con toda probabilidad, a su carácter benigno y poca ostensibilidad, sobre todo en etapas precoces.

FRECUENCIA

La frecuencia del nevo de Becker no está bien documentada, se cree que sea una lesión bastante frecuente, solo que, - como suele localizarse sobre todo en zonas cubiertas, no es común que ocasione sintomatología.

Mascaró comenta que se trata sin lugar a dudas de un proceso frecuente, como lo demuestra el hecho de que los autores que lo han buscado sistemáticamente hayan podido reunir un número importante de casos en poco tiempo (6). Este autor reúne 21 pacientes de nevo de Becker en dos años y medio (6).

En 1981, Tymen revisó 19032 reclutas, encontrando 100 jóvenes con nevo de Becker. Este autor concluye que la frecuencia de esta melanosis en la región de Rhône-Alpes (Francia) es de 1 caso por cada 193 hombres entre las edades de 17 a 26 años, - es decir, un porcentaje de 0.52 (11).

RAZA

Esta lesión pigmentada no es exclusiva de la raza blanca, ya que se han descrito casos en negros, indomalayos, iraníes - (3) y en latinoamericanos.

SEXO

Muchas de las publicaciones coinciden en una mayor frecuencia para el sexo masculino, aunque la proporción varía según los reportes; los dos casos originales de Becker fueron varones (1), en el reporte de Frain Bell y Rook 9 fueron hombres y solo hubo una mujer (2), en la publicación de Copeman y Jones 22 fueron masculinos y dos correspondieron al sexo femenino (3), en los casos de Siemens 15 fueron hombres y 8 fueron mujeres, en la estadística de Tymen, los 100 casos correspondieron a hombres, pero cabe aclarar que este estudio se realizó exclusivamente en una población masculina (11). Sin embargo, existen publicaciones donde la relación hombre:mujer es de 1:1; así por ejemplo, en los 21 casos de Mascaró, 11 fueron mujeres y 10 fueron varones (6), en la publicación de Naranjo, 8 casos correspondieron a mujeres y 7 a hombres (10).

EDAD DE INICIO

La mayoría de los autores concuerdan en que esta lesión se inicia generalmente en la pubertad; sin embargo, este aspecto a menudo es difícil de precisar, ya que es muy probable que las lesiones aparezcan antes de lo que el paciente cree, ya que el desarrollo insidioso de las mismas, la ausencia de molestias subjetivas, así como su frecuente localización en las

regiones cubiertas del cuerpo, hacen que a menudo pasen inadvertidas, hasta que se oscurecen y se cubren de pelo largo y obscuro (6).

En la serie de Mascaró, 8 casos iniciaron entre los 11 y 16 años de edad; 25 pacientes de la estadística de Tymen iniciaron entre los 10 y 15 años (11); de los 15 casos de Naranjo, 10 refieren haber iniciado entre los 11 y 16 años. Sin embargo, son frecuentes también los casos de inicio precoz, así observamos que de los 100 casos de Tymen, 51 pacientes iniciaron antes de los diez años de edad (11); esta misma edad de inicio la presentaron 2 pacientes de Naranjo (10), Karo también menciona un caso congénito de nevo de Becker con hamartoma de músculo liso (15); en ocasiones la edad de inicio puede ser tardía, como es el caso de la serie de Siemens, que apareció a los 38 años (4).

EDAD EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA

Con frecuencia el nevo de Becker es casualmente descubierto en el transcurso de una exploración sistemática, o bien en ocasión de un examen por otro motivo (6), como sucedió en la serie de los 100 casos de Tymen, ya que en este estudio se revisaron 19032 jóvenes reclutas, al momento de ser admitidos para realizar su Servicio Militar (11). Mascaró refiere que también se descubren muchos casos durante una exploración por o--

tra afección dermatológica; comenta también que la edad en que los pacientes consultan oscila entre los 14 y los 45 años (6).

TOPOGRAFIA

La localización más típica es la región escapular, desde esta zona las lesiones pueden extenderse hacia el hombro, el brazo y, en casos poco frecuentes, llegar incluso hasta el codo. Son también frecuentes otras localizaciones torácicas, como el resto de la espalda y el pecho, donde pueden adoptar una distribución zoniforme (3,6). Cuando llega hasta la axila afecta los bordes de la misma respetando, en cambio, el hueco. Nunca sobrepasa la línea media ni en el pecho, ni en la espalda. Además de las localizaciones torácicas (las más frecuentes y típicas), no es excepcional que el proceso asiente en la región lumbosacra, en el abdomen o en las nalgas, sin rebasar tampoco la línea media (6).

En las extremidades superiores afecta especialmente los brazos y muy frecuentemente la región deltoidea; en las extremidades inferiores puede verse en los muslos y en las piernas sobre todo en la región pretibial (6).

El cuello también puede llegar a ser asiento del nevo de Becker, a veces por extensión de una mancha en el pecho, el hombro o en la cara. La localización facial es rara, en la serie de Mascaró esta topografía se presentó en 4 pacientes (6).

Ambos lados del cuerpo parecen igualmente afectados; en la serie de 100 casos de Tymen, 32 se localizaron en la región supramamaria y la escapular, 13 en la región exclusivamente supramamaria, 7 en la región abdominal, 19 en la región dorsal, 23 en la zona lumbar, 3 en el miembro superior sin afectar el hombro y 3 en el miembro inferior. Solo un tercio de los casos de esta gran serie, correspondieron a la localización clásica, la supramamaria. En esta localización, es donde se encuentran los casos más típicos, más extensos y los más pilosos (11).

Se han descrito también formas bilaterales y múltiples(3), aunque Mascaró dice que sí se pueden presentar varias lesiones, pero siempre de un solo lado (6).

MORFOLOGIA

Las lesiones consisten en manchas pigmentadas de color pardo o pardo-oscuro, de aspecto sucio. En ocasiones la pigmentación es muy poco aparente, presentándose únicamente como una tonalidad algo más bronceada del tegumento. En otros casos, en cambio, la coloración es muy oscura. Dicha pigmentación puede ser homogénea o moteada, con presencia de piel de color normal en plena mancha pigmentada (6). Tymen describe un espectro que va del marrón claro al marrón oscuro; en su estadística, el 75% presentan una tonalidad marrón claro (11).

Los límites de la lesión son irregulares, con contornos geográficos, pero precisos y perfectamente distinguibles de la piel normal vecina. Junto a la mancha de mayor tamaño suelen existir otros elementos menores, que dan a la melanosis un aspecto de "archipiélago"; Copeman y Wilson Jones se refieren a estas manchas satélites, como del tamaño de "huellas digitales" (3).

El diámetro mayor de la mancha se dispone horizontalmente en el tronco y en sentido longitudinal en las extremidades; por ello, dice Mascaró, es una lesión de aspecto zoniforme (6).

En alrededor de la mitad de los casos, la mancha aparece con hipertrichosis, con pelos más largos, gruesos y oscuros -- que los de la región contralateral. Con frecuencia es el desarrollo progresivo de esta hipertrichosis lo que hace consultar al paciente (10).

Los pelos generalmente aparecen 1 ó 2 años después de haberse iniciado la mancha (3,25), sin embargo, este dato no pudo ser corroborado por Tymen (11); este autor observó 56 nevos de Becker pilosos y 44 no pilosos. Este autor intentó comparar los parámetros de la hipertrichosis en función de la localización, para tratar de ver si ciertas localizaciones son más frecuentemente el asiento de una forma pilosa, y observó que las formas de topografía abdominal son más a menudo pilosas que la media general; también observó que la presencia de pelos en las lesiones de localización lumbar fue ligeramente superior. Tymen

dice que con mucha cautela se podría plantear la hipótesis de que el frotamiento, que se lleva a cabo en la cintura, puede - constituir un factor favorecedor de la aparición de pelos (11).

Al tacto las lesiones suelen ser lisas; sin embargo, en los adultos pueden llegar a ser algo rugosas. Copeman y Wilson Jones mencionan que el centro de algunas lesiones presentan alteraciones en la textura de la piel, con discreto engrosamiento y corrugación (3). En ciertos casos se ha señalado una discreta hiperqueratosis folicular (6).

Tamaño.- La extensión que ocupa es habitualmente la de - la palma de una mano, pero en ocasiones pueden ser muy extensas (3,6). El promedio de la superficie ocupada por el nevo de Becker en la estadística de Tymen (11) fue de 125 cm² y 12 más de 500 cm².

Número.- Las lesiones pigmentadas suelen ser únicas, sin embargo, pueden llegar a ser múltiples (6,11,14,22), Mascaró - señala que las manchas múltiples siempre se localizan en un so lado del cuerpo.

Tymen observó casos bilaterales y simétricos (11), pero Mascaró y cols. cuestionan estas formas clínicas (6).

EVOLUCION

Las primeras alteraciones observadas son pequeñas manchas lenticulares que confluyen en placa discontinua y de tamaño diverso (10). Su extensión es centrífuga, pero llega un momento en el que las lesiones no progresan más y permanecen quiescentes (6). La lesión generalmente se extiende en 1 ó 2 años, para posteriormente permanecer estable. En algunos pacientes la pigmentación puede llegar a desvanecerse (3); sin embargo, en la mayoría de los casos, las lesiones persisten indefinidamente sufriendo pocas modificaciones (6).

Sintomatología asociada.- Por lo general, el nevo de Becker no produce molestias; sin embargo, se han reportado casos donde los pacientes han referido prurito en la zona pigmentada (21,22). Dobson observó 3 pacientes con un área pruriginosa localizada a las zonas escapular y subescapular; al examen histopatológico, estos pacientes presentaron una hiperpigmentación leve de la basal y cierta prominencia folicular, sospechando el autor que la disestesia esté representando un nevo de Becker oculto (21).

También se ha reportado la presencia de dolor intermitente en un nevo de Becker asociado a hiperplasia de músculo liso (14).

NEVO DE BECKER CON HIPERPLASIA DE MUSCULO LISO

Como mencionamos anteriormente, Stokes en 1923, había ya informado de una lesión clínicamente parecida a los casos descritos posteriormente por Becker, pero asociando histológicamente una hiperplasia de músculo liso (9). En 1978 Urbanek y Johnson señalaron 2 casos similares, luego siguieron publicaciones como la de Peyrí, Karo, Berger y Civatte (14,15,16,18).

Los cambios de esta lesión, incremento combinado de músculo, pelo y pigmento, sugieren que se trate de un hamartoma de la piel incluyendo el músculo liso, que es el mayor componente (15). La interacción mesénquimo-epitelial de este tipo de lesiones. La hipertricosis en el nevo de Becker es casi constante y algunos autores, como Burgreen y Ackerman, describen lesiones acneiformes en la melanosis de Becker, mientras que otros, Pinkus y Meheregán, observan la presencia de glándulas sebáceas hipertrofiadas. Estos hallazgos, así como los casos reportados por Stokes, Urbanek y Johnson pueden sugerir el papel folicular en la formación hamartomatosa del nevo de Becker (14).

Por otra parte, Civatte señala la dificultad para hacer el diagnóstico entre nevo de Becker y hamartoma de músculo liso congénito, diciendo que teóricamente estas dos lesiones, son entidades bien diferenciadas una de la otra, también comenta que pueden existir casos que se pueden calificar como "in-

termedios"; es decir, que por una parte el nevo de Becker se puede acompañar de discreta hiperplasia de músculo liso y el hamartoma de músculo liso congénito acompañarse de un aumento del número de folículos pilosos. Este autor señala 4 casos con los cuales ilustra las dificultades que se encuentran en el diagnóstico diferencial del nevo de Becker y del hamartoma de músculo liso congénito (18).

Hancke (26), en 1979, propone que el nevo de Becker debe ser reclasificado como un nevo organoide involucrando la epidermis, melanocitos y la dermis; dice además, que el espectro del nevo de Becker, cuando es congénito, puede incluir hamartomas de músculo liso. La relación entre el nevo de Becker y el hamartoma de músculo liso congénito ha sido debatida por varios autores; una teoría dice que ambos son hamartomas que combinan anomalías de elementos epidérmicos, melanocitos y elementos pilares. La melanosis de Becker cuando solo tiene cambio epidérmico, con un aumento mínimo del músculo liso, representaría un polo del espectro; el otro polo lo constituiría el hamartoma de músculo liso congénito. Otros autores piensan que el hamartoma de músculo liso congénito es una entidad no relacionada con el nevo de Becker, aunque compartan algunas características clínicas (23).

ASOCIACIONES EXTRACUTANEAS

Frain Bell y Rook mencionan la asociación de nevo de Becker con nevos dérmicos y epidérmicos y Calnan con siringomas, pero puede observarse en ocasiones la coexistencia con manifestaciones patológicas de mayor importancia, tales como el síndrome de Klippel-Trenaunay o un acortamiento de un miembro (6).

Muy interesante es la asociación con esclerodermia localizada en la misma metémera (7); se ha visto también asociado con una erupción acneiforme (27), con nevo del tejido conectivo (17), con foliculitis perforante granulomatosa (28), con pitiriasis versicolor (12), con anomalías de tejidos blandos, incluyendo hipoplasia de la mama ipsilateral (3,6,22,30), con un escroto accesorio (20), con anomalías de tejidos óseos como espina bifida (10,30), con escoliosis torácica con hernia ción de T10 (6), con hipotrofia de brazo ipsilateral (19) y -- con pectus carinatum (30).

La importancia del nevo de Becker radica, además de su problema cosmético, en que puede ser un marcador cutáneo de -- melformación estructural (22). Lucky menciona que la melanosis de Becker, puede ser parte del espectro del síndrome del nevo epidérmico y esto llevar a una asociación con alteraciones extracutáneas (19).

NEVO DE BECKER FAMILIAR

Fretzin y Whitney, en 1985, reportaron el primer documento familiar de nevo de Becker en la literatura inglesa (24). Otro reporte reciente es el de Jain y Fisher, en 1980, los cuales reportaron la presencia de una placa pigmentada y pilosa en 2 hermanos, de 19 y 20 años de edad, el primero presentaba la lesión en hemitórax anterior derecho y el segundo en región escapular izquierda; las lesiones correspondieron a nevo de Becker tanto clínica como histopatológicamente (22).

La evidencia familiar del nevo de Becker es desconocida; sin embargo, los casos familiares vistos, muestran que es real (22).

FACTORES ETIOPATOGENICOS

Los factores etiopatogénicos son, hasta la fecha, parcialmente conocidos. En los casos originales de Becker (10), en cuatro de Copeman y Jones (3), en uno de Naranjo (10) y en 24 de Tymen (11) se destaca el antecedente de una exposición solar intensa, por el resultado de un estímulo actínico y hormonal sobre un grupo de células precondicionadas en tales áreas (3).

En un caso de Sviland y Wetteland, el desarrollo 6 me--

ses después de la vacunación con BCG, con presencia de infiltrados granulomatosos perifoliculares ricos en células epiteliales y gigantes, sugiere la posibilidad de que el BCG u otras micobacterias de menor virulencia puedan ser la causa de la lesión (8). Burgreen y Ackerman (27), señalan la asociación topográfica con erupciones acneiformes y Wright (12) menciona que el hallazgo de *Pitiriosporum orbiculare* en un caso personal pudiera ser un factor en el desarrollo del nevo de Becker, como fue propuesto por Urbanek y Johnson (9). La naturaleza lipofílica del *P. orbiculare* sugiere que el nevo de Becker, pudiera ser más factible para el desarrollo de este hongo, en virtud de que hay más tejido sebáceo secretor (12).

En 1984, Person, describe un caso de un hombre de 16 años, el cual presentaba un nevo de Becker; la medición de receptores androgénicos en la zona pigmentada demostró la misma cantidad que los de la piel genital; esto hace pensar al autor que el nevo de Becker representa una zona de receptores androgénicos hipersensibles y que todas sus manifestaciones clínicas son el resultado de la estimulación androgénica que ocurre en la pubertad; sin embargo, Person comenta que es aventurado asegurar que la causa del nevo de Becker sería por un aumento de receptores androgénicos en dicha zona.

Como vemos, la melanosis de Becker plantea en la actualidad numerosas incógnitas etiopatogénicas.

HISTOPATOLOGIA

La histología del nevo de Becker no es diagnóstica, pero presenta frecuentemente datos característicos (23). Becker, en su original, describió un aumento en la pigmentación de la capa basal y en la dermis superficial (1). Otros cambios son la acantosis moderada con cierta elongación de los procesos interpapilares y anastomosis de algunos de ellos (6,26). En algunas ocasiones pueden verse pseudoquistes de queratinización abrunta, como en las queratosis seborreicas; en ciertas preparaciones se ha observado vacuolización de las células Malpighianas (6). El número de melanocitos está ligeramente aumentado (29). En condiciones habituales no hay prácticamente infiltrado inflamatorio subyacente a la epidermis (6). La dermis generalmente está respetada, excepto por la presencia de algunos melanófagos (23).

Los anexos pilosebáceos son voluminosos, hipertróficos y el bulbo en ocasiones está incurvado y parece profundamente engastado en la hipodermis (6). Pueden existir también glándulas sebáceas grandes (23) y en algunos casos hiperplasia de músculo liso (9,14,15,16,18).

Un carácter sobre el cual insiste Mascaró (6), y también menciona Picascia (23), es la participación del tejido conjuntivo: la colágena dérmica se dispone en haces gruesos, densos y homogeneizados. Mascaró observó la participación conectiva -

en sus 21 casos (6). Frain-Bell y Rook, al describir su caso - número 10, señalaron que los haces de colágeno de la dermis superficial y media estaban engrosados y eran algo irregulares. Copeman y Jones describen fenómenos de hialinización del tejido conjuntivo en sus observaciones.

MICROSCOPIA ELECTRONICA

Los estudios ultraestructurales demostraron melanosomas aumentados en número y tamaño dentro de los melanocitos (29), de las células dendríticas de la capa basal y sobre el núcleo de los queratinocitos, expresando gran aumento de la actividad melanocítica en la síntesis del pigmento, semejante a la consecutiva a irradiación solar.

El número y tamaño de los complejos melanosómicos, dentro de los queratinocitos están aumentados; muchos complejos - contienen más de 10 melanosomas, en lugar del promedio habitual de 3 (6,10,29).

HISTORIA NATURAL

Aún cuando se han señalado casos congénitos o de inicio precoz, las lesiones, en la mayoría de las veces, aparecen antes de la pubertad, entre los 6 y 14 años de edad, según la raza, el sexo, el individuo y, probablemente, el clima y la exposición solar (1,3,10,11). El inicio, más frecuente en la época prepuberal, parece estar en relación con la estimulación androgénica de esta etapa. Si a menudo se advierten pigmentaciones más tarde, es por su carácter discreto y por la ausencia de molestias (6).

Posteriormente las lesiones pueden seguir extendiéndose o bien permanecer estacionarias. En ocasiones, la mancha persiste sin cambios y en un momento determinado de la vida puede desarrollarse aún más vello. En algunos casos se puede observar la regresión parcial de las lesiones (6).

No es frecuente pero se pueden presentar casos de aparición tardía, en la vida adulta, pero es más probable que se trate de únicamente de un brote evolutivo tardío que revela un nevo de Becker poco manifiesto, que había pasado inadvertido (6).

TRATAMIENTO

En general, debido a la extensión de la lesión, no se recomienda el tratamiento quirúrgico, ya que el resultado cosmético sería poco aceptable.

El nevo de Becker, en ocasiones, puede acompañarse de anteraciones extracutáneas, por lo que es recomendable hacer una buena exploración física para así evitar trastornos secundarios.

METODO, MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

La metodología, utilizada en este estudio, fue un diseño de investigación descriptivo y observacional, mediante el estudio de conjunto en forma longitudinal y retrospectiva.

Se hizo una revisión de todos los expedientes con el diagnóstico clínico e histológico de nevo de Becker en las Unidades de Dermatología y Dermatopatología del Hospital General de México, S.S., en un período comprendido entre el 1º de Febrero de 1975 al 31 de Enero de 1990.

Los objetivos fueron los siguientes:

1. Obtener una visión general de las características epidemiológicas y clínicas del nevo de Becker en la población mexicana.
2. Establecer la frecuencia de nevo de Becker en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México, S.S.
3. Identificar las características clínicas e histológicas del nevo de Becker.
4. Correlacionar el nevo de Becker con otras alteraciones exocutáneas.

Una vez obtenida la muestra, se procedió a hacer una revisión completa de los casos, extrayéndose la información necesaria de acuerdo a una ficha ya elaborada que contiene las variables en estudio: Edad, sexo, localización, características clínicas de la lesión, evolución, diagnóstico clínico e histo

lógico y las alteraciones extracutáneas asociadas.

Los datos obtenidos fueron agrupados en tablas, sistema de barras, se obtuvieron porcentajes y la media.

RESULTADOS

De un total de 80.733 consultas de Dermatología general de primera vez, 10.893 (13.4%) correspondieron a tumores de la piel.

De las 80.733 consultas de Dermatología general de primera vez, 177 (0.21%) correspondieron a nevo de Becker. De las 10.893 consultas que correspondieron a Dermatocología, 177 (1.6%) correspondieron al nevo de Becker (Gráfica 1).

El número de casos vistos por año es de aproximadamente X (rango) = 11.1 ± 4.9 (Gráfica 2).

Hubo leve predominio del sexo masculino sobre el femenino, observándose el 54.9% (97 casos) en hombres y el 45.1% (80 casos) en mujeres (Gráfica 3).

A partir de la segunda década de la vida aumenta la frecuencia de la consulta por nevo de Becker, observándose el pico máximo entre los 16 y 20 años de edad, 87 casos (49.1%); de los 11 a los 15 años 36 casos (20.3%) y de los 21 a los 25 años de edad 25 casos (14.2%) (Gráfica 4).

Edad de inicio.-

De los 177 casos, 72 pacientes (40.6%) refirieron que la mancha había iniciado en la pubertad (entre los 11 y los 15 años de edad), mientras que 37 (20.9%) fueron prepuberales, la lesión había iniciado entre los 6 y los 10 años de edad, 33 re

firieron (18.6%) haber iniciado entre los 0 y 5 años de edad, - de éstos, 23 (12.9%) fueron congénitos. 27 casos (15.2%) fueron postpuberales, es decir, que se presentaron entre los 16 y los 20 años de edad, 4 (2.25%) entre los 21 y los 25 años, 2 (1.1%) entre los 26 y los 30 años de edad y 2 casos (1.1%) entre los 26 y 30 años de edad (Gráfica 5).

Distribución anatómica.-

112 casos (63.2%) se localizaron en el tronco; el 10.1% (18) en las extremidades superiores; el 9.5% (16) en las extremidades inferiores; el 7.3% (13) en la cara, el 3.3% (6) en el cuello, en 12 casos la lesión abarcaba más de 1 segmento: tronco y extremidad superior 4 casos (2.2%), tronco y extremidad inferior 2 casos (1.1%), 1 caso en hemicuerpo derecho (brazo, tronco, muslo y pierna), 3 casos (1.6%) en la cara y el cuello, 1 caso en el cuello y el tronco y 1 caso en la cara, cuello y el tronco.

En el tronco, la topografía de predilección fue la región subclavicular, 24.7%, luego le siguió la de la región escapular 16.3%, en brazo 7.2%, en la cara 7.2%, en el muslo 4.4%, - en el cuello 3.3% y en la pierna 3.2%, otras localizaciones -- fueron menos frecuentes (Cuadro 1 y figura 1).

Las lesiones se presentaron tanto en hemicuerpo derecho como en el izquierdo, predominando levemente en este último -- con 50.8% (90 casos) y con 49.1% (87 casos) en el lado derecho.

Casi todos los pacientes presentaron lesiones únicas, --

sin embargo, hubo 2 casos con lesiones múltiples. Un caso presentó 2 manchas, una en hemitórax anterior y posterior izquierdo de 14X8 cm, la otra en muslo y pierna izquierda de aproximadamente 30 cm, este paciente presentó además alteraciones extracutáneas. Otro caso fue el de 1 hombre de 14 años de edad - el cual presentó 2 manchas, una en rodilla y la otra en la pierna izquierda de 20X20 cm y 20X13 cm respectivamente.

Aspecto clínico.-

La mayoría de las lesiones consistieron en manchas que oscilaban entre el café obscuro (55%, 99 lesiones) al café claro (32.2%, 58 lesiones), la pigmentación fue uniforme y homogénea. Las lesiones de forme irregular estuvieron bien limitadas (límites cartográficos). En 54.8% (97 lesiones) presentaron -- manchas satélites de menor tamaño. Los diámetros de la mancha variaron mucho, desde 50 cm hasta 1.0 cm presentando como promedio 17.8 cm (Foto 1).

La mayoría de las lesiones fueron de superficie lisa, solo 2 casos eran levemente rugosas al tacto. En 19 casos (10.5%) presentaron lesiones papuloides en su superficie.

El 41% (74 lesiones) presentaron hipertricosis; los pelos eran más largos, gruesos y abundantes que en la región contralateral. El tiempo de evolución de la hipertricosis no se pudo obtener.

Aspecto histológico.-

El patrón histológico en la mayoría de las lesiones fue

el siguiente: Epidermis con acantosis moderada irregular, con alargamiento de los procesos interpapilares e hiperpigmentación de la basal. En la dermis, focos discretos de infiltrado inflamatorio linfohistiocitario y algunos melanófagos (Foto 3).

De los 117 casos, solo 9 presentaron hiperplasia de músculo liso (5.0%) (Foto 4).

Alteraciones extracutáneas.- (Cuadro 2).

Fueron 8 los pacientes que presentaron alteraciones extracutáneas asociadas. (Foto 2).

1º. Femenino de 9 años de edad, la cual presentaba una mancha congénita, de color café claro, pilosa, en la hemicara derecha. La histopatología fue compatible con nevo de Becker. A la inspección se apreció aumento de volumen de la hemicara afectada.

2º Femenino de 23 años de edad que presentaba en la cara anterior y posterior del hemitórax izquierdo, así como en el miembro inferior izquierdo, dos manchas de color café oscuro de 14X8 cm y 30 cm, con pelo en su superficie. Evolución 11 años. La histología de la mancha del hemitórax mostró: acantosis moderada, elongación de los procesos interpapilares, hiperpigmentación de la capa basal y en la dermis se observaron varios haces de músculo liso. En la biopsia de la mancha del miembro inferior no había hiperplasia de músculo liso. A la exploración física: Hipoplasia de la mama izquierda; el estudio radiológico demostró escoliosis lumbar de convexidad derecha, macroapófisis

transversa de la 5ª lumbar (sacralizada), síndrome de columna inestable y agrandamiento del miembro pélvico izquierdo de 1 cm con respecto al derecho.

3º. Femenino de 34 años de edad, que en pliegue submamario izquierdo presenta una mancha café obscura de 18X6 cm de forma irregular. Evolución de 22 años. La histopatología fue compatible con nevo de Becker. A la exploración física: hipoplasia de la mama izquierda.

4º. Femenino de 18 años de edad que en la región pectoral izquierda presenta una mancha café obscura de 10X9 cm, con algunas lesiones papuloides en su superficie. Evolución 5 años. La histología fue compatible con nevo de Becker. La paciente presentaba hipoplasia de la mama izquierda. El estudio radiológico mostró escoliosis dorsal de convexidad izquierda.

5º. Masculino de 19 años de edad, el cual presenta en la región pectoral izquierda una mancha café claro de 14X9 cm, de forma irregular, con 5 años de evolución. La histología fue compatible con nevo de Becker. A la inspección se observó discreta atrofia de la mama ipsilateral.

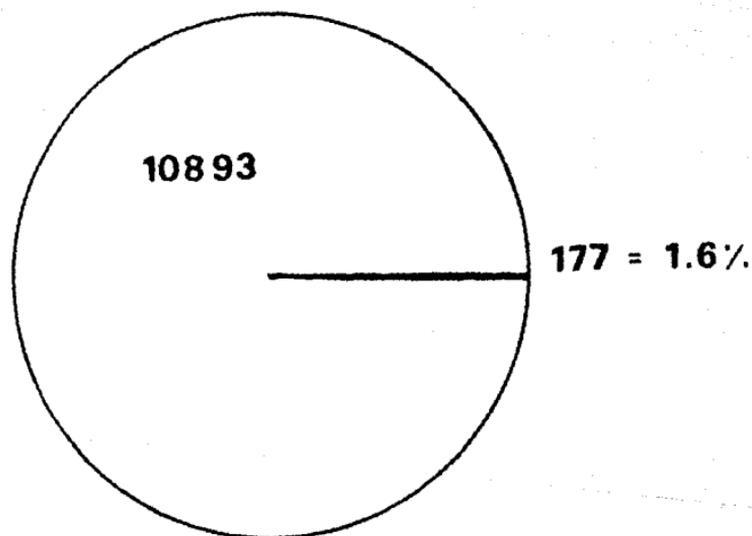
6º. Femenino de 13 años de edad, que presenta en mejilla y hemicuello derecho, una mancha de 21X16 cm de color café claro de forma irregular, con 6 años de evolución. La biopsia fue compatible con nevo de Becker. A la exploración física se observó hiperplasia del pabellón auricular derecho.

7º. Femenino de 22 años de edad, que presenta en la re--

gión mamaria izquierda una mancha café obscura de 16x14 cm, de forma irregular. Evolución 9 años. La histología fue compatible con nevo de Becker. La paciente presenta hipoplasia de la mama izquierda.

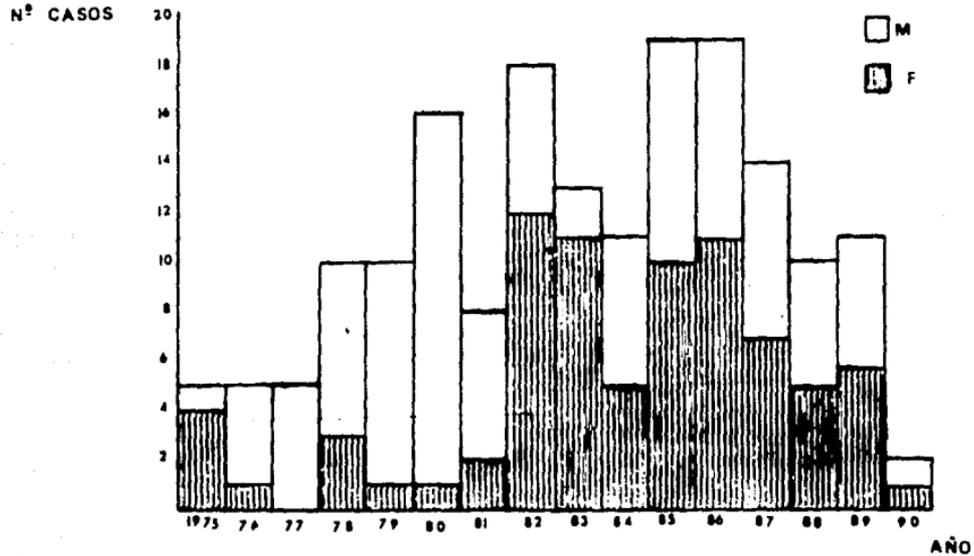
8°. Femenino de 13 años de edad, la cual presenta en la cadera, glúteo y la extremidad inferior derechos, una mancha de color café oscuro con hipertrichosis. Evolución de 2 años. La biopsia fue compatible con nevo de Becker. El estudio de medición ósea demostró hipertrofia del miembro afectado (1.5 cm más grande que el izquierdo).

FRECUENCIA DEL NEVO DE BECKER
EN LA CONSULTA DE DERMATONCOLOGIA



GRAFICA 1

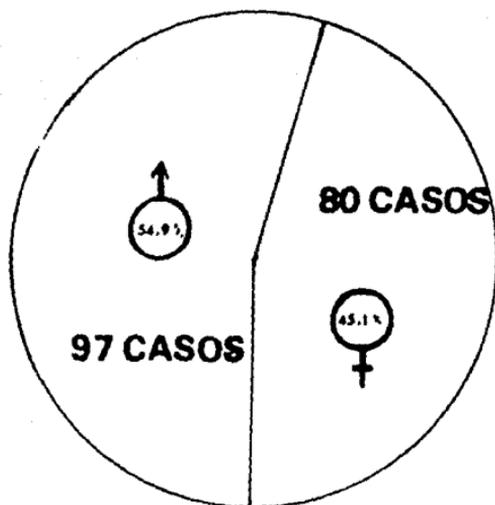
Nº DE CASOS VISTOS POR AÑO SEGUN EL SEXO



GRAFICA 2

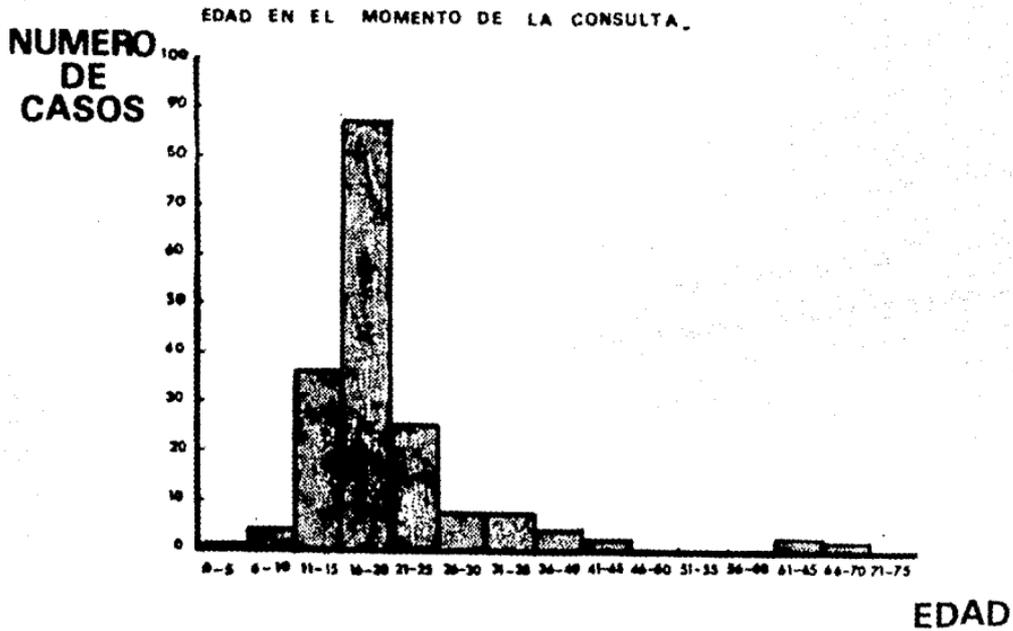
NEVO DE BECKER 177 CASOS

FRECUENCIA EN RELACION CON EL SEXO



GRAFICA -3

NEVO DE BECKER 177 CASOS

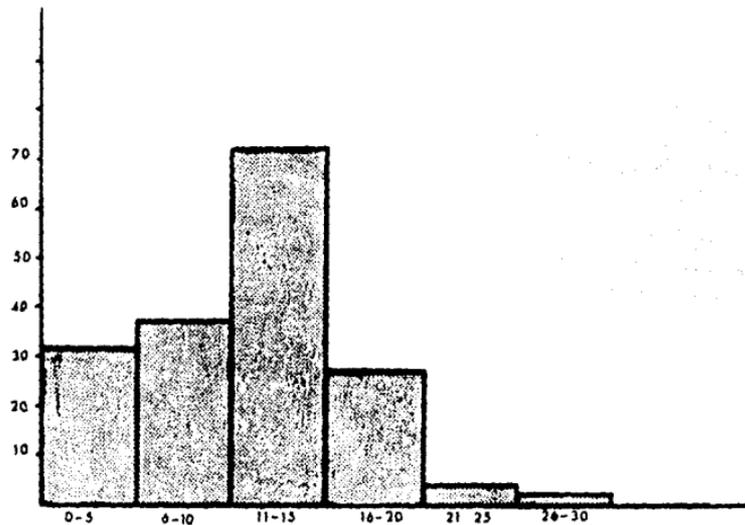


GRAFICA -4

NEVO DE BECKER 177 CASOS

Nº DE CASOS SEGUN LA EDAD DE INICIO

Nº CASOS



EDAD DE INICIO 34

GRAFICA 5

177 CASOS DE NEVO DE BECKER

LOCALIZACION

TOPOGRAFIA	Nº	%
Región ant. hemitórax izdo	24	13.4
Región ant. hemitórax drcho	20	11.2
Región escapular izda	16	8.9
Región escapular drcha	13	7.3
Hemicara drcha	9	5.0
Hombro drcho	7	3.9
Nalga izda	7	3.9
Brazo izdo	6	3.3
Hemicuello izdo	6	3.3
Flanco derecho	6	3.3
Brazo drcho	7	3.9
Muslo izdo	5	2.8
Hemicara izda	4	2.2
Muslo drcho	3	1.6
Pierna izda	3	1.6
Pierna drcha	3	1.6
Cara ant., lat. y post. de hemitórax izdo	3	1.6
Antebrazo drcho	2	1.1
Hombro y brazo drcho	2	1.1
Antebrazo izdo	1	0.5
Abdomen	"	"
Lumbosacro drcho	"	"
Pectoral y brazo izdo	"	"
Cuello y maxilar izdo	"	"
Lumbosacro y nalga drcha	"	"
Cuello y hombro drcho	"	"
Tórax drcho, hueso axilar y codo drchos	"	"
Muslo y ambos huecos poplíteos	"	"
Cuello, hombro, pectoral y pabellón auricular izdo	"	"
Hemicuello y mejilla drcha	"	"
Pliegue antecubital izdo	"	"
Cara ant. de cuello y maxilar inf.	"	"
Cadera, nalga y MPD	"	"
Región lumbar, iliaca, inguinal y muslo izdo	"	"
Pierna izda y ambas rodillas	"	"
Codo izdo	"	"
Flanco izdo	"	"
Tórax lateral izdo	"	"
Hemicuerpo derecho (brazo, hemitórax, muslo y pierna)	"	"

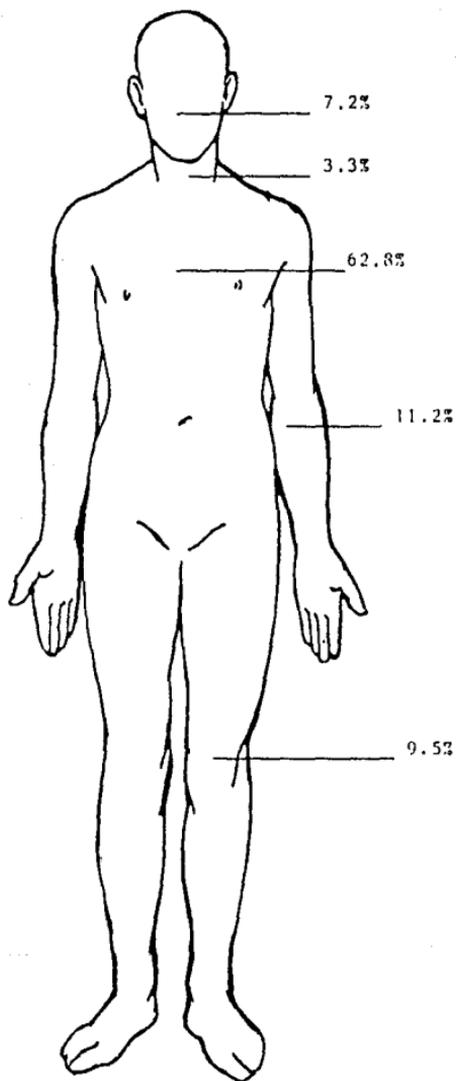


FIGURA 1

PACIENTES CON ALTERACIONES EXTRACUTANEAS ASOCIADAS

ANORMALIDAD	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	INICIO
1. Aumento de vol de hemicara afectada	9	F	Hemicara derecha	congénita
2. Hipoplasia mama izda Escoliosis convexidad derecha Macroapófisis transversa de 5º lumbar. Agrandamiento de MPI	23	F	Cara ant. y post. de hemitórax Miembro inf. izdo.	Adquirida
3. Hipoplasia mama izda	34	F	Pliegue submamario izdo	Adquirida
4. Hipoplasia mama izda Escoliosis dorsal convexidad izda.	18	F	Pectoral izda.	Adquirida
5. Atrofia mama izda discreta.	19	M	Pectoral izda.	Adquirida
6. Hiperplasia pabellón auricular drcho	13	F	Mejilla y hemicuello drcho.	Adquirida
7. Hipoplasia mama izda	22	F	Reg. mamaria izda.	Adquirida
8. Hipertrofia miembro afectado.	13	F	Cadera, nalga y MPD.	Adquirida

CONCLUSIONES

1. FRECUENCIA: El nevo de Becker no es una lesión rara en la consulta de Dermatología, correspondiendo al 1.6% de los pacientes.
2. SEXO: NO hubo diferencia significativa de la frecuencia en relación con el sexo, observándose un leve predominio en el sexo masculino.
3. EDAD: La edad de presentación más frecuente fue en el período de la pubertad (entre los 11 y los 15 años de edad) con un 40.6%; se observó también, 20.9% en el período prepuberal, en la infancia se observó en un 18.6% y de éstos, 12.9% correspondieron a casos congénitos; el 15.2% se presentó en el período postpuberal.
4. LOCALIZACION: El sitio anatómico más afectado fue el tronco con un 63.2%, siendo la región subclavicular la más frecuente, con un 24.7%, la región escapular ocupó un 16.3%. En las extremidades superiores se presentó en un 10.1%, un 9.5% en las extremidades inferiores, el 7.3% en la cara y en el cuello el 3.3%.
5. TAMAÑO: La mayoría de las lesiones tuvieron un promedio de 17.8 cm.
6. ASPECTO CLINICO: Siempre fue en forma de una mancha de color café oscuro uniforme, observándose lesiones satélites de menor tamaño en el 54.8%.

7. HIPERTRICOSIS: En el 41% de las lesiones hubo participación de folículos pilosos, evidenciada clínicamente por hipertricosis.
8. MUSCULO LISO: En el 5% de las lesiones, la histopatología - demostró hiperplasia de músculo liso (nevo de Stokes-Becker), el cual no fué sospechado clínicamente.
9. ALTERACIONES EXTRACUTANEAS: Se observó asociación con lesiones extracutáneas en el 4.4% de los casos; predominando en el sexo femenino (87.5%). Las alteraciones extracutáneas asociadas fueron de partes blandas y de esqueleto. No se observó en ninguno de los casos síntomas neurológicos.
10. La alteración extracutánea más frecuentemente observada fue la hipoplasia de mama., un 62.5% de los casos, siendo de señalar que todos ellos correspondieron a la mama izquierda y en las alteraciones esqueléticas la más frecuente fue la escoliosis.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ICONOGRAFIA



Foto 1. Nevo de Becker en cara posterior
de hombro y brazo.

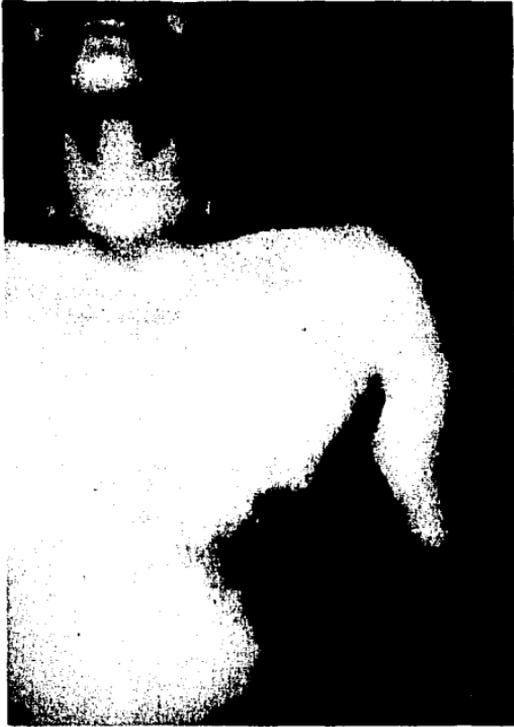


Foto 2. Nevo de Becker asociado a hipoplasia mamaria.

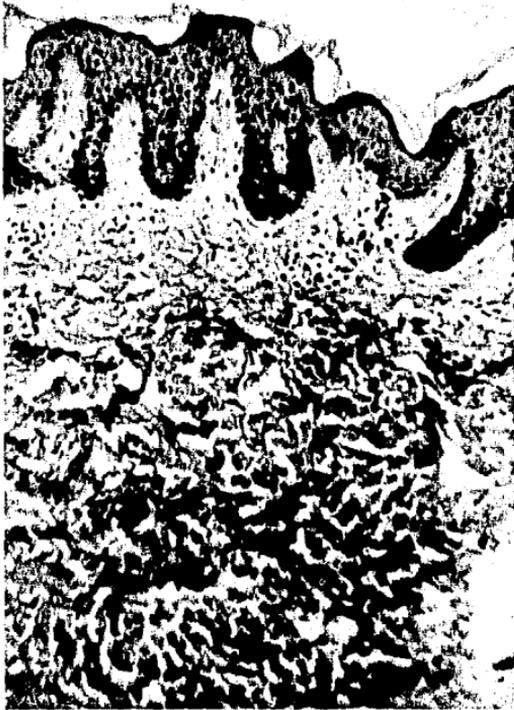


Foto 3. Histología de un nevo de
Becker.
6.5 x.



Foto 4. Histología de nevo de Becker
con hiperplasia de músculo liso.
40 x.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional en 177 pacientes; encontrándose que el nevo de Becker no es una lesión rara en la consulta de Dermatoncología, correspondiendo al 1.6% de los pacientes.

El nevo de Becker predominó ligeramente en hombres, las lesiones se manifestaron con más frecuencia en la región subclavicular, como una mancha pigmentada de color café obscuro de 17.8 cm, presentando la mayoría manchas satélites de menor tamaño e hipertriosis. Histológicamente las lesiones mostraron cierta hiperqueratosis, con acantosis moderada, elongación de los procesos interpapilares e hiperpigmentación de la capa basal. Sin embargo, 9 de nuestros pacientes presentaron alteraciones extracutáneas asociadas de tejidos blandos y de tejido óseo; la más observada fue la hipoplasia de mama izquierda y la escoliosis.

BIBLIOGRAFIA

1. Becker SW. Concurrent melanosis and hypertrichosis in distribution of nevus unius lateris. Arch Dermatol. 1949; 60:155-160.
2. Frain Bell W, Rook A. "Pigmented and hypertrichotic epidermal nevus". Trans St John's Hosp Derm. 1957; 30:51-55.
3. Copeman PN, Jones EW. "Pigmented hairy epidermal nevus (Becker's)". Arch Dermatol. 1965; 92:249-251.
4. Siemens HW. Die naevusahnliche melanosis. Hautarzt. 1967;18:299-303.
5. Kopf AW, Yuppa J. Becker's nevus. Arch Der Syph. 1968; 98:97-98.
6. Mascaró JM, Galy de Mascaró C, Piñol Aguadé J. Historia natural del nevus de Becker. Med Cut ILA. 1970; 4:109-117.
7. Rufli T. Melanosis Becker mit lokalisierter sklerodermie. Dermatológica. 1972; 145:222-229.
8. Svindland HB, Wetteland P. Acase of pigmentary hair naevus (Becker). Acta Dermatovener (Stockholm). 1975; 55; 141-145.
9. Urbanek RW, Johnson WC. Smooth Muscle Hamartoma Associated With Becker's Nevus. Arch Dermatol. 1978; 55:104-106.
10. Naranjo R, Delgado V, De Dulanto F, y cols. Melanosis de Becker Act Dermosifil. 1980; 71:331-336.
11. Tymen R, Forestier JF, Boulete, et al. Naevus tardif de Becker. Ann Dermatol Venereol. 1981; 108:41-46.
12. Wright RC. Another Association With Becker's Nevus. Arch Dermatol. 1979; 115:1035.
13. Person JR, Longospe CH. Becker's nevus: An androgen-mediated hyperplasia with increased androgen receptors. J Am Acad Dermatol.
14. Peyri J, Savall R, Baumann E, y col. Nevus de Becker asociado a hamartoma de musculatura lisa. Med Cut ILA. 1980; 8:129-132.
15. Karo KR, Gonge RW. Smooth-Muscle Hamartoma (Possible Congenital Becker's Nevus). Arch Dermatol. 1981; 117:678-679.

16. Berger TG, Levin MW. Congenital smooth muscle hamartoma. *J Am Acad Dermatol.* 1984; 11:709-712.
17. Feuske NA, Donelon PA. Becker's nevus coexistent with connective-tissue nevus. *Arch Dermatol.* 1984; 120:1347-1350.
18. Civatte J, Marinho E, Oliver Santos R. ¿ Hamartoma muscular liso o nevo de Becker? A propósito de 4 casos. *Med Cut IIA.* 1988; 16:145-148.
19. Lucky AW, Saruk M, Lerner AB. Becker's Nevus Associated With Limb Asymmetry. *Arch Dermatol.* 1981; 117:243.
20. Szylit JA, Grossman ME, Luyendo Y, et al. Becker's nevus and an accessory scrotum. *J Am Acad Dermatol.* 1986; 14:905-907.
21. Dobson RL. Pruritus confined to scapular or subscapular region? Occult Becker's nevus with mild folliculitis. *J Am Acad Dermatol.* 1989; 28:263-264.
22. Jain HC, Fisher BK. Familial Becker's Nevus. *J Am Acad Dermatol.* 1989; 28:127-128.
23. Piscacia DD, Burton Esterly N. Congenital Becker's melanosis. 1989; 28:263-264.
24. Fretzin DF, Whitney D. Familial Becker's nevus. *J Am Acad Dermatol.* 1985; 12:589-590.
25. Castillo RV, Andrade R, Ancer J, Peniche J, Isunza O. Nevo de Becker. Estudio y análisis estadístico de 30 casos. *Rev Med Hosp Gral.* 1980; 43:382-385.
26. Hancke E. The dermal component of melanosis naeviformis Becker. *J Cut Pathol.* 1979; 6:53-58.
27. Burgreen BL, Ackerman AB. Acneiform lesions in Becker's nevus. *Cutis.* 1978; 21:617-619.
28. Bordach H. Perforating granulomatous folliculitis in Becker's nevus. *Arch Dermatol.* 1979; 265:49-54.
29. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the Skin.* - Philadelphia: J B Lippincott Company, 1983.
30. Glinick SE, Alper JC, Bogaars H, et al. Becker's melanosis: Associated abnormalities. *J Am Acad Dermatol.* 1983; 9:509-514.