

11212
d.
71



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

NEVO AZUL CORRELACION
CLINICO-PATOLOGICA EN 40 CASOS

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. ALEJANDRA ARACELI GUTIERREZ BLANCO



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO, 1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

TITULO DE LA TESIS:

"NEVO AZUL CORRELACION CLINICO-PATOLOGIA EN 40 CASOS"

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DRA. ALEJANDRA ARACELI GUTIERREZ BLANCO

ASESORES DE TESIS:

DR. FERNANDO MONTES DE OCA MONROY
JEFE DEL SEVICIO DE DERMATOLOGIA HECMR IMSS

DRA. ELISA VEGA MEMIJE
MEDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE
DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DR. MANUEL GEA
GONZALEZ

APROBACION:



DR. ARTURO ROBLES PARAMO
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION DEL H.E.C.M.R.



DR. FERNANDO MONTES DE OCA MONROY
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE DERMATOLOGIA
H.E.C.M.R.

AGRADECIMIENTOS

A LA S.E.P. Y AL SECTOR
SALUD QUE ME BRINDARON
LA OPORTUNIDAD DE
LABORAR Y FORMARME
PROFESIONALMENTE.

AL IMSS TANTO A DIRECTIVOS
MEDICOS COMO SINDICALES POR
SU CONSTANTE APOYO PARA
LLEGAR A ESTE MOMENTO.

A MIS FAMILIARES
AMIGOS Y COMPAÑEROS DE
TRABAJO QUE ESTUVIERON
CONMIGO HASTA EL FINAL.

AL DR ABEL SAMANO PIZANO POR TODO
EL APOYO MORAL ECONOMICO Y
ACADEMICO RECIBIDO SIN EL CUAL NO
HUBIESE CONCLUIDO MIS ESTUDIOS;
ASI MISMO LE AGRADEZCO EL HABERME
FOMENTADO UN ESPIRITU DE TRABAJO
Y COMPROMISO PARA CON LA
HUMANIDAD Y PARA CONMIGO MISMA.

I N D I C E

CONTENIDO	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	1
III. OBJETIVOS	12
IV. JUSTIFICACION	13
V. DISEÑO DEL ESTUDIO	14
VI. UNIVERSO DE TRABAJO	15
VII. CRITERIOS DE SELECCION	16
VIII. CRITERIOS DE NO INCLUSION	16
IX. CRITERIOS DE EXCLUSION	16
X. MATERIAL Y METODOS	17
XI. RESULTADOS	18
XII. DISCUSION	25
XIII. CONCLUSIONES	26
XIV. BIBLIOGRAFIA	27

I. INTRODUCCION

En el presente trabajo se presenta la revisión de 40 casos que acudieron a atención médica al HGZ-1A, y Hospital General Dr. Manuel Gea González durante los años 1985-1995 en los cuales se pretende establecer su correlación Clínico-Patológica.

II. ANTECEDENTES

Definición

El nevo azul es un agregado de pigmentación azul o azul negruzca en dermis, producida por colecciones aberrantes de melanocitos benignos activos, y puede presentarse en forma de pápula, nódulo o placa (1,2.).

Sinónimia:

El nevo azul también recibe otros nombres: melanoma mesenquimático benigno, neuronevo azul, cromatoforoma, melanofibroma, nevo azul de Jadassohn-Tieche, melanocitoma dérmico, y hamatoma pilar neuroquístico (1).

Historia:

Los nevos azules fueron descritos por Tieche en 1906, y lesiones similares habían sido descritas como cromatoforomas por Riecke y como melanofibromas por Kreibich (2). El nevo azul celular originalmente fue clasificado como una variante del melanoma por Darier en 1925 y reclasificado como una variante del nevo azul por Allen (1).

Incidencia:

Los nevos azules son relativamente comunes, en una proporción de 2.5: 1 en relación a sexo femenino del masculino (2).

También tiene otras localizaciones como mucosa oral, cuello uterino, vagina, cordón espermático, próstata y ganglios linfáticos (1).

Epidemiología:

Los nevos azules por lo general son adquiridos (1). Habiendo varios reportes en Massachusetts, California, Japón e Italia donde se han revisado niños recién nacidos sin presencia de nevos azules.

También se ha informado sobre la asociación de nevo azul con léntigos, y síndrome de Lamb. (1,6).

Clasificación:

Se reconocen 3 tipos de nevos azules cutáneos.

- El nevo azul común
- Nevo azul celular
- Nevo azul combinado- con nevo melancítico (1,3)

Etiología y Patogenia:

Los nevos azules, junto con las manchas mongólicas y el nevo fusco cerúleo oftalmomaxiliar de Ota y el nevo acromiodeltoideo de Ito representan acumulaciones ectópicas de melanocitos productores de melamina en la dermis durante su migración desde la cresta neural (1,4), pudiéndose también encontrarse en el límite de la unión dermo-epidérmica (2).

El color azul grisáceo de los nevos azules es un efecto óptico de la melamina dérmica observada a través de la piel (1).

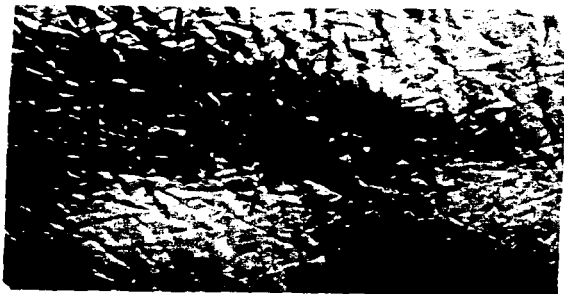
MANIFESTACIONES CLINICAS

Nevo Azul Común:

Se define como una pápula usualmente menor de 10mm. de diámetro adquirida, solitaria, asintomática, benigna, azul, azul grisáceo, o negro azulado, que puede estar presente en cualquier parte del cuerpo, quien en la mitad de los casos reportados están presentes en el dorso de manos y pies (1,2).

También se ha reportado que el nevo azul común puede presentarse en forma de placas, o ser múltiples (1,4,5).

Otra forma también descrita, es la forma clínica de nevo azul asociada con lentiginosis unilateral y parálisis del segmento afectado (1,6).



Nevo azul común.

NEVO AZUL CELULAR:

Son nódulos o placas de color azul grisáceo de 1 a 3 cm. de diámetro aproximadamente, la superficie de la lesión puede ser lisa o irregular. Cerca de la mitad los caos de nevos azules celulares se localizan en nalgas o sacro (1). son raras las variedades gigantes.

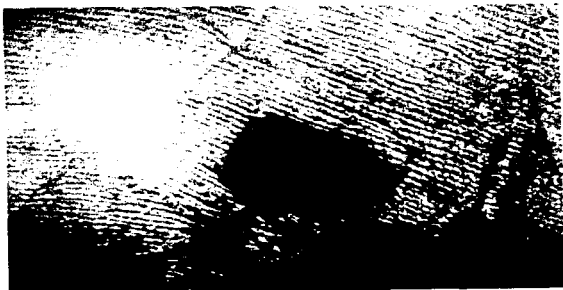


Nevo azul celular.

NEVO AZUL COMBINADO CON NEVO NEVOMELANOCITICO:

Es una variante rara, combinada de un nevo azul común, con un nevo nevomelanocítico sea de unión, compuesto.

Son lesiones azul pardo, azul negro, de variable tamaño y su superficie puede ser lisa o levemente irregular (1).



Nevo azul combinado con nevo nevomelanocítico

OTRA VARIANTE AUNQUE NO SE CLASIFICA COMO TAL ES EL NEVO AZUL MALIGNO:

La cual puede originarse en un nevo azul celular, nevo de Ota o de nevo preexistente (1,8). El nevo azul celular se presenta como un nódulo dérmico en expansión, con ulceración o sin ella (1).

Aún hay discusión si el nevo azul maligno puede ser una variedad separada del melanoma o simplemente ser considerado un melanoma desarrollándose en un nevo azul (1).

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

Variantes Histopatológicas del Nevo Azul

- Nevo azul común
- Nevo Azul celular formas
 - formas
 - neuroide
 - sarcomatoide
 - mixoide
- Nevo azul combinado con nevo melanocítico con componente dendrítico
- Nevo azul maligno

Nevo azul celular:

Este nevo esta compuesto por los mismos elementos como el tipo común (2), pero en este caso los melanocitos poseen o nula melanina, poniéndose esta última en evidencia con tenciones de plata (3), e histoquímicamente con DOPA (1), además este tipo de conglomerado celular puede tomar diferentes formas histopatológicas como son en forma de nido, manojos neuroide, sarcomatoide (7) y mixoide (11).

Aunque el nevo azul celular es una variante rara histológicamente, sus características histológicas lo hacen que frecuentemente sea mal diagnósticoado como maligno (8,9,11).

EL NEVO AZUL COMBINADO CON NEVO NEVOMELANOCITICO:

Es la unión de un nevo azul común o celular con un nevo melanocítico de unión, compuesto, intradérmico o quizá de Spitz (3), esta última variedad histopatológica de nevo azul es excepcional (2), pero ha sido reportada en el 14 de los nevos melanocíticos excindidos quirúrgicamente y examinados histológicamente (1).

El nevo azul maligno es una variante rara del nevo azul y usualmente se origina de un nevo azul celular, nevo de Ota o de Novo (1,8).

En contraste a la variante benigna de nevo azul, el nevo azul maligno es definido por un alto grado de atipia nucleolar, grandes células en forma parecida a un globo con disposición pseudoalveolar, un incremento en la actividad mitótica con mitosis atípicas y áreas de necrosis (8).

La diferenciación de nevo azul maligno del melanoma maligno cutáneo primario es difícil y la existencia de nevo azul maligno ha sido cuestionada (8).

En la variante histopatológica de nevo azul con nevo melanocítico con componente dendrítico: características histológicas son de nevo azul común acompañadas de hiperplasia de melanocitos dendríticos en la unión dermo-epidérmica. (1,10).

INMUNOHISTOQUIMICA

Otras pruebas diagnósticas para saber las características de los melanocitos y distinguirlos de los melanofagos se encuentran la tinción para la proteína S 100., y el HMB 45 que es fuertemente positivo para nevo azul celular (1,11,12).

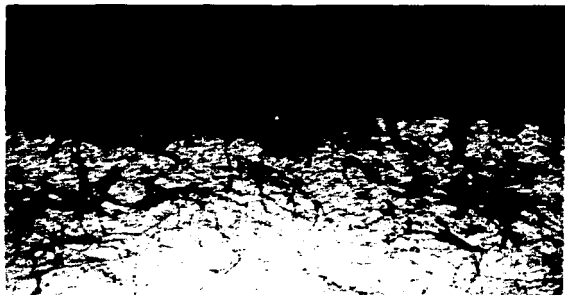
Otros estudios para evaluar la actividad proliferativa del nevo azul celular son tinción argéntica para regiones del núcleo (Ag NOR) y la prueba de antígeno nuclear de células proliferativas y citometría de flujo de DNA (PCNA) (9).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El nevo azul puede ser confundido clínicamente con hemangioma esclerosante, dermatofibroma, tumor glómico, melanoma metastásico o primario, granuloma piógeno, traumatismo o tatuaje (1).



Nevo Spitz



Melanoma maligno

INDICACIONES DE TRATAMIENTO

El nevo azul con características en un adulto no necesita tratamiento, pero la repentina alteración del mismo, en cuanto a su aspecto clínico, extensión, formación a nódulo o ulceración es indicación de estudio histopatológico.

En caso de excisión quirúrgica hay que retirarlo profundamente ya que puede estar presente hasta tejido celular subcutánea (1) otros métodos utilizados para su retiro es por medio de rayo laser con Q- Switched Ruby (13).

III. OBJETIVOS

- Determinar la frecuencia de casos de nevo azul.
- Identificar sus características clínicas e histológicas.
- Establecer correlación Clínico-Patológico.

IV. JUSTIFICACION

El nevo azul (NA) es relativamente común en la consulta dermatológica, la lesión es generalmente adquirida y benigna pero la diversidad de diagnósticos diferenciales con otros nevos lo hace interesante (1,2), y el objetivo de su estudio es clasificado histológicamente ya que puede ser confundido, con neoformaciones malignas el melanoma (8,9,11).

V. DISEÑO DEL ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo, transversal.

VI. UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los pacientes que acudieron a la consulta externa del Hospital General de Zona 1-A IMSS y del Hospital General Dr. Manuel Gea González en un período comprendido de 1985 - 1995 con diagnóstico clínico e histopatológico de nevo azul.

VII. CRITERIOS DE SELECCION

- Paciente de cualquier edad y sexo.
- Paciente que presente nevo azul en cualquier localización del cuerpo.
- Sospecha de anormalidad del nevo azul.

VIII. CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes que no deseen excisión quirúrgica del nevo azul.
- Pacientes que no deseen ingresar al estudio.

IX. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no presentan el diagnóstico clínico de nevo azul.

X. MATERIAL Y METODOS

- Se revisarán expedientes de pacientes vistos en el Hospital General De Zona 1-A IMSS en conjunto con el Hospital General Dr. Manuel Gea González con diagnóstico clínico e histopatológico del nevo azul, comprendido en el período de 1985-1995.

En todos los casos revisarán los datos de sexo, edad y topografía, se analizarán las laminillas histopatológicas teñidas con hematoxilina y eosina en conjunto con la (Dra. Elisa Vega) y se puso especial atención a las alteraciones en el estrato córneo, epidermis y características de la neoformación en la dermis, así como del conglomerado celular.

XI. RESULTADOS

Del los 56 casos iniciales solo se realizó la correlación clínico-patológico en 40 de ellos.

El nevo azul estuvo presente al nacimiento en un 18%, en la primera y segunda décadas en un 15%.

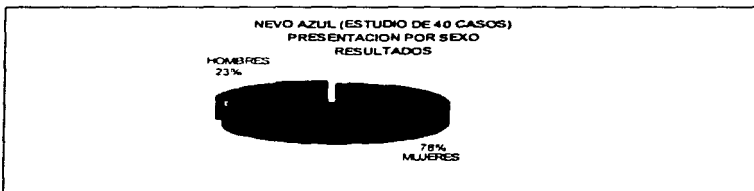
De éstos fueron 31 mujeres (77.5%) y 9 hombres (22.5%).

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON NEVO AZUL DE ACUERDO A EDAD

EDAD	NUMERO	%
Nac.	7	18
1 - 10	6	15
11 - 20	6	15
21 - 30	2	5
31 - 40	3	8
41 - 50	0	0
51 - 60	2	5
desconocido	14	34
TOTAL	40	100

Fuente: Correlación Clínico-Patológica de 40 pacientes estudiados en el HGZ 1A-8855 y Hospital General Dr. Manuel Gea González 1985-1995

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO.



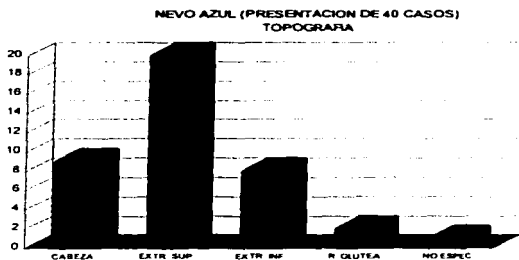
Fuente: Correlación Clínico-Patológica de 40 pacientes estudiados en el HGZ 1A-8855 y Hospital General Dr. Manuel Gea González 1985-1995

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

TOPOGRAFIA.

- Se localizó a cabeza 9/40 (23%), extremidades superiores 20/40 (49%) e inferiores 8/40 (20%), región glútea 2/40 (5%) y no especificado 1/40 (3%).

DISTRIBUCION DE ACUERDO A TOPOGRAFIA.



Fuente: Correlación Clínica-Patológica de 40 pacientes estudiados en el HGZ 1A-IMSS y Hospital General Dr. Manuel Gea González 1985-1995.

FRECUENCIA DE LOS ESTADIOS CLINICO-PATOLOGICOS

Nombre	Casos	%
Nevo azul común	37	92.5
Nevo azul común variedad dendrítica	2	5
Nevo celular azul	1	2.5
TOTAL	40	100

Fuente: Correlación Clínico-Patológica de 40 pacientes estudiados en el HGZ
1A-IMSS y Hospital General Dr. Manuel Gea González 1988-1988



Nevo azul común variedad dendrítica

La capa córnea no presentó alteraciones.
 La epidermis fue normal en 25 (62.5%) con adelgazamiento en 5 (12.5%), con acantosis en 5 (12.5%), hiperplásica 5 (12.5%), en la unión dermo-epidérmica hubo presencia de melanocitos en 11 (28%).

CARACTERISTICAS DE LA EPIDERMIS DE LOS CASOS ESTUDIADOS

Epidermis	Casos	%
a) Normal	25	62.5
b) Adelgazada	5	12.5
c) Hiperplásica	10	25
TOTAL	40	100

Fuente: Correlación Clínico- Patológica de 40 pacientes estudiados en el HGUZ TA-IMSS y Hospital General Dr. Manuel Gae González 1985-1995



Características de la epidermis

**Distribución de Invasión de la Neoformación
en Dermis y T. C. S.**

Invasión	Casos
Unión dermo-epidérmica	11/40
Dermis	40/40
Tejido celular subcutáneo	11/40
Anexos	32/40

Fuente: Correlación Clínico-Pathológica de 40 pacientes estudiados en el H.G.Z. 1A-14855 y Hospital General Dr. Manuel Gax González 1965-1995



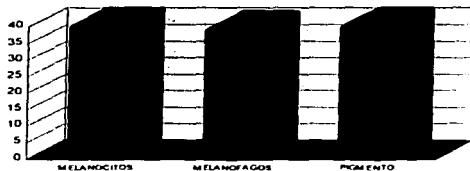
Invasión al tejido celular subcutáneo



Invasión a anexas

Los componentes celulares como son melanocitos y melanófagos estuvieron presentes en el 100% y 97% respectivamente, y el pigmento melánico en el 100%

COMPONENTES CELULARES DE LA NEOFORMACION EN DERMIS



Fuente: Correlación Clínico- Patológica de 40 pacientes estudiados en el HGLZ 1A-IMSS y Hospital General Dr. Manuel Gea González 1985-1995

XIX. DISCUSION

Se ha reportado que el nevo azul es más frecuentemente adquirido (1), pero en la revisión realizada de 40 casos clínicos estudiados encontramos su presentación desde el nacimiento fue en 7 de 40 que corresponden al 18%.

En cuanto a su distribución por sexo a la relación hombre y mujer fue de 3:4 ligeramente superior de la reportada en la literatura (1).

La topografía identificada concuerda con lo descrito por (2), ya que en nuestro estudio se presentó en la mitad de los casos en dorso de manos y pies.

De acuerdo a la clasificación histopatológica el nevo azul común fué el más frecuentemente y estuvo presente en 39 de los casos. Y de estos solo 2 con variedad dendrítica ya descrita en la literatura (1,10), en la cual presenta hiperplasia epidérmica y presencia de melanocitos en la unión dermoepidérmica, y solo encontramos un nevo celular en 40 casos, sabiendo que este nevo es una variante rara histológicamente lo que hace que frecuentemente sea mal diagnóstico (8,9,11).

Además existe un amplio rango de características histológicas de este nevo azul celular que pudieran ser diagnosticadas como malignas (9,11).

Otro punto que hay que tomar en consideración es la variante histológica de nevo azul celular maligno que no es fácilmente distinguible del nevo azul común ni de melanoma (1,8,9) y que en nuestra revisión no encontramos ningún caso.

XII. CONCLUSIONES

Del estudio de correlación clínico-patológica de 40 casos podemos concluir lo siguiente.

- Que el nevo azul se puede presentar en cualquier época de la vida desde el nacimiento hasta la edad adulta, aunque con una frecuencia menor en el congénito.

- Presenta un predominio mayor en mujeres que en hombres con una proporción de 3:1.

- Su topografía más común es en dorso de manos y pies.

El nevo azul común es el más frecuente.

Y afecta generalmente hasta el tejido celular subcutáneo por lo que se recomienda en caso de excisión que esta sea profunda y amplia.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Fitzpatrick TB y cols. *Dermatology in General Medicine* 4a. ed. New York, Mc. Graw-hill, Inc. 1993 vol y: 1045-1048
2. Rook JA, Wilkinson DS, Ebling JG. *Textbook of Dermatology* 5a. ed., Oxford, Blackwell Scientific Publications 1992., vol. 2: 1538-1539.
3. Lever WF, Lever GS. *Histopatología de la piel* 7a. ed., Buenos Aires, República Argentina, Interamericana 1991: 726-729.
4. Guang-Hislang H, Cheng-Wei H. Plaque-type blue nevus on the face: A variant of Ota's nevus. *J-Am Acad-Dermatol.* 1994, vol. 30: núm. 5 Part. 2849-851.
5. Pock L, Trinka J, Vossnik F, Záruba F: Systematized Prognostic Multiple Combined Melanocytic and Blue nevus. *Am. J. Dermatopathol* 1991; 13(3):282-287.
6. Holder JE, Graham-Brown Rac. Camp RDR. Partial unilateral lentiginosis associated with blue naevi. *British J. of Dermatology* 1994; 130, 490-493.
7. Michal M, Kerekes Z y cols. Desmoplastic Cellular Blue Nevi *The Am J. of Dermatopathology* 1995; 17(3) 230-235.
8. Kuhn A, Groth W, Gartmann H, Steigleder GK. Malignant Blue Nevus with Metastases to lung. *The Am. J. of Dermatopathology* 1988; 10(5) 436-441.
9. Pich A. y cols. Proliferative Activity in the Malignant Cellular Blue Nevus *Human Pathology Dic.* 1993; (24) 12: 1323-1329.
10. Kamino H, Sam T, y cols. Compound Blue Nevus : A variant of Blue nevus with an Additional Junctional Dendritic Component *Arch. Dermatol Oct.* 1990(126) 1330-1333.
11. Michal M, Baumruk L, Skalova A: Myxoid Change Within Cellular Blue Nevi: a Diagnostic Pitfall *Histopathology* 1992(20), 527-535.

12. Sun J. y cols. Antibody HMB-45 Identifies the cells of Blue Nevi the Am J. Surg Pathol 1990; 14(268): 748-751.
13. Milgraum SS. y cols. Treatment of Blue Nevi with the Q-Switched ruby laser J Am Acad-Dermatol 1995 Febr; 32(2 Pt2) 307-10.