

## Caso para Diagnóstico. Elabore su Diagnóstico:

Miguel López\*, Katrina Fernández\*\*, Carmen López\*\*\*.

(\*) Hospital Militar «Dr. Carlos Arvelo».

(\*\*) Instituto de Biomedicina, Hospital Vargas.

(\*\*\*) Servicio de Anatomía Patológica Hospital Vargas de Caracas.

### Caso clínico

Se trata de paciente femenina de 25 años de edad, quien consulta por presentar desde hace 1 año, «mancha oscura en antebrazo derecho», la cual presentó prurito ocasional y crecimiento acelerado durante los últimos 3 meses. Niega antecedentes de importancia. Al examen físico fototipo de piel Fitzpatrick III apreciándose mácula redonda, hiperpigmentada, color marrón oscuro, de 5 mm de diámetro, localizada sobre la cara dorsal del antebrazo derecho (Figura 1).

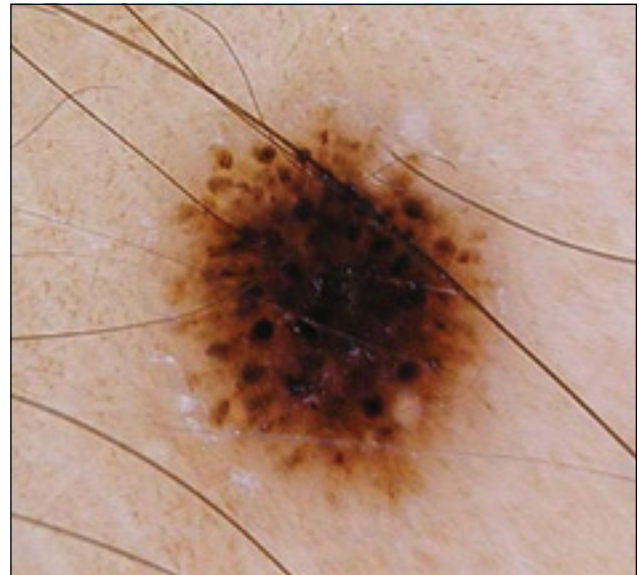
### Dermatoscopia

A la dermatoscopia, utilizando un equipo Dermlitefoto® (3 gen) con aumento de 10x, se observó una lesión redondeada de 5 mm de diámetro, con predominio de los colores marrón claro, marrón oscuro y negro, con un área central más oscura, donde no se reconocieron estructuras. Hacia la periferia se identificó un área más clara como una corona y múltiples glóbulos marrones distribuidos regularmente en toda la periferia de la lesión, tomando un patrón de estallido de estrella, globular o patrón targetoide. Se observó un esbozo de red de pigmento y algunos puntos negros periféricos (Figura 2).

Figura 1



Figura 2



### Dermatopatología

Corte histológico de piel, capa córnea en cesta ortoqueratótica, hiperplasia epitelial irregular con elongación y anastomosis focal de redes de cresta. En unión dermo-epidérmica presencia de células névicas, la mayoría de contornos fusiformes, otras de aspecto epitelioides formando cestas de disposición vertical, algunas de las cuales tienden a ocupar el grosor del epitelio. Presencia de abundante pigmento melánico en dichas cestas. En dermis papilar estas células névicas de contornos poligonales forman escasas cestas. No se observaron mitosis ni pleomorfismo celular (Figuras 3, 4 y 5).

### Diagnóstico Nevus de células fusiformes de Reed.

### Discusión

Al evaluar una lesión pigmentada lo primero que nos debemos preguntar es si la lesión es melanocítica o no<sup>1,2</sup>. Si la lesión presenta red de pigmento, agregados globulares, pigmentación azul homogénea (velo blanco lechoso), prolongaciones (pseudópodos, distribución radial, manchas, arbóreas, etc.) o patrón paralelo, entonces es melanocítica.

Si aplicamos el algoritmo del ABCD de Stolz, a pesar de que la lesión presenta simetría de forma, no es simétrica en lo referente a la estructura, por lo tanto se le asignó en A de asimetría 2 puntos. Los bordes (letra B), son más difíciles de evaluar por la cantidad de glóbulos presentes en la periferia lo que corresponde a una puntuación de 2, en la C de colores se identifican 3: marrón claro, marrón oscuro y negro, y en la D de estructuras dermatoscópicas se le dió una puntuación de 3 (glóbulos marrones, puntos negros y área sin estructura central), el cálculo con los factores de corrección da una puntuación de 5,8, lo cual es un indicativo de extirpar la lesión con fines diagnósticos<sup>4,5,7</sup>. Si utilizamos la regla de los 7 puntos de Argenziano sólo tendríamos un criterio menor que correspondería a los glóbulos y puntos de distribución irregular (en la periferia), totalizando 1 punto, criterio para no extirpar la lesión y observar.

Los nevus de células fusiformes de Reed y de Spitz, pueden reconocerse por dermatoscopia si estos son pigmentados<sup>3</sup>. El análisis de estas lesiones utilizando los algoritmos clásicos, especialmente el de Stolz, puede arrojar resultados confusos, ya que da puntuaciones muy altas. Estas lesiones tienen patrones dermatoscópicos bien definidos que debemos conocer, ya que su presencia clara generalmente descarta a la mayoría de los algoritmos aplicables.

La mayoría de los nevus de Reed y Spitz se caracterizan a la dermatoscopia por un patrón que denominamos «targetoide» o «en diana», el cual consta de un área central sin estructura que con el tiempo se torna más clara, un anillo intermedio concéntrico formado por glóbulos marrones, que en lesiones en crecimiento da origen a prolongaciones, todo esto rodeado por una corona traslúcida, la cual puede ser color marrón o adquirir un tinte rojo (Figura 6)<sup>6</sup>.

Se presenta este caso por que ilustra de forma clara cómo nos puede ayudar esta técnica en la consulta a tomar decisiones, en cuanto a la necesidad del estudio histopatológico y al tipo de procedimiento que debe realizarse para obtener la muestra para el mismo<sup>3,5</sup>.

Figura 3 (10x)

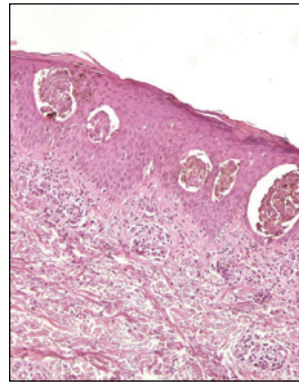


Figura 4 (40x)

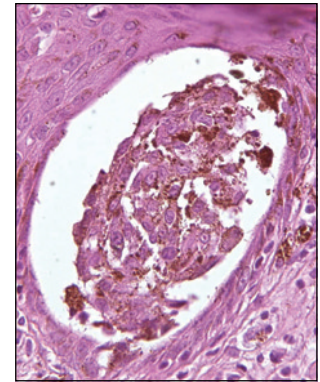


Figura 5 (100x)

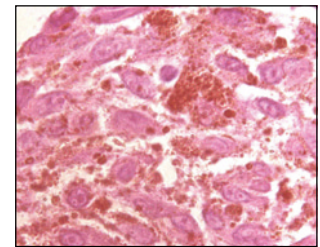
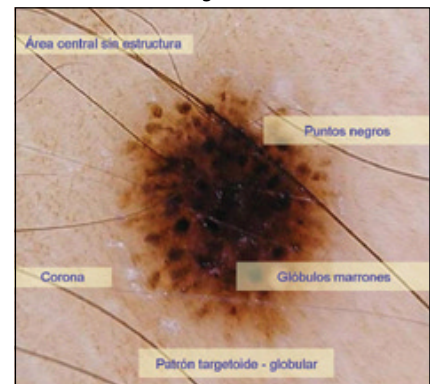


Figura 6



### Referencias

1. Stolz W, Bilek P, Landthaler M, Merkle T, Braun-Falco O. Skin surface microscopy. *Lancet* 1989;2:864-865.
2. Rabinovitz H, Cognetta A. Dermoscopy and new imaging techniques. *Dermatol clin* 2001;19(2):221-399.
3. Menzies SW, Crotty KA, Ingvar C, McCarthy WH. An atlas of surface microscopy of pigmented skin lesions. Sydney, Australia: McGraw-Hill International Book Co; 1996.
4. Stolz W, Riemann A, Cognetta AB. ABCD rule of dermatoscopy: A new practical method for early recognition of malignant melanoma. *Eur J Dermatol* 1995;23:1159-1162.
5. Argenziano G, Fabrocini G, Carli P, et al. Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. *Arch Dermatol* 1998;134:1563.
6. Stolz W, Braun O, Bilek P, Landthaler M, Corneta A. Color atlas of dermatoscopy. Berlin, Germany, Blackwell Science 1994.
7. López M, Zamora M, Naranjo H. Caso para diagnóstico. *Derm Ven* 2004;41(3):37-39.