

# Nevo de Spitz

Milton Mejía-Montoya<sup>1</sup>; Tatiana González-Alvarez<sup>2</sup>; Juan Pablo Ospina<sup>3</sup>; Daniela Zuluaga-Lotero<sup>4</sup>

## RESUMEN

El nevo de Spitz es una lesión melanocítica benigna poco común, compuesta de células epitelioides y/o fusiformes grandes, que usualmente se presenta en la infancia. Clínicamente son lesiones pequeñas, generalmente de menos de 6 mm de diámetro, con características histológicas benignas (arquitectura regular, escasas o nulas mitosis y ausencia de atipia celular). El patrón en estallido de estrella y el patrón vascular punteado son los patrones dermatoscópicos más frecuentes. El manejo puede ser expectante o excisional dependiendo de las características clínicas y la edad del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Lesión pigmentada; Melanoma; Nevo de Spitz.

## SPITZ NEVI

## SUMMARY

Spitz nevus is a benign melanocytic lesion composed of epithelioid, fusiform and/or big cells frequently found in childhood. Typically they are small melanocytic lesions, of less than 6 mm diameter with benign histological features: regular architecture, few or absent mitosis and lack of cellular atypia. The two most frequent dermoscopic hallmarks are starburst and dotted vascular pattern. Conservative vs excisional management relies on clinical features and patient age.

**KEY WORDS:** Pigmented lesion; Melanoma; Spitz nevi.

1. Dermatólogo, Universidad Pontificia Bolivariana. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5742-9372>
2. Dermatóloga, Universidad CES; Master en lesiones pigmentadas y cáncer de piel, Universidad de Barcelona. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5742-9372>
3. Dermatopatólogo, Centro de Investigaciones Dermatológicas CIDERM, Universidad de Antioquia. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5742-9372>
4. Médico general, Universidad de Antioquia. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8246-7904>

**Correspondencia:** Daniela Zuluaga Lotero; **email:** danizuluaga8@gmail.com

**Recibido:** 28/09/20; **aceptado:** 29/11/20

**Cómo citar:** Mejía, M; González, T; Ospina, JP; Zuluaga, D. ¿Reconoce esta clave diagnóstica? Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol 28(4): octubre - diciembre, 2020, 364-367. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1556>

**Financiación:** ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

## NEVO DE SPITZ

El nevo de Spitz fue descrito inicialmente en 1910 por Darier y Civatte y caracterizado en 1948 por Spitz con el nombre de *melanoma juvenil*, como un tumor de características clínicas e histológicas, similar al melanoma, pero asociado a comportamiento benigno <sup>(1)</sup>. Alrededor del 60% de los casos suele presentarse en menores de 20 años y después de los 45 años su presentación es menos frecuente, aproximadamente del 8,5%. Es más frecuente en personas de raza blanca, aunque puede aparecer en algunos pacientes de raza negra. Además, tiene una leve tendencia a ser más común dentro del género femenino <sup>(2)</sup>.

El nevo de Spitz hace parte de los tumores spitzoides; en estos se encuentra un abanico de presentaciones desde lesiones benignas hasta malignas <sup>(3)</sup>. El tumor de Spitz convencional o el nevo de Spitz implica lesiones melanocíticas pequeñas de menos de 6 mm de diámetro, con características histológicas benignas (arquitectura regular, escasas o nulas mitosis y ausencia de atipia celular) y característicamente presentan cuerpos de Kamino, los cuales corresponden a glóbulos eosinófilos que contienen proteínas de la membrana basal, incluidos laminina y colágeno tipo IV y VII, carecen de queratina y de proteína S-100 <sup>(4, 5)</sup> y no corresponden a queratinocitos o melanocitos apoptóticos <sup>(6)</sup>. Están ubicados en la epidermis o en la dermis papilar, aunque pudieran estar presentes en otras entidades, como en los nevos ordinarios, el nevo de Reed y el melanoma excepcionalmente. En el intermedio se encuentra el tumor de Spitz atípico, correspondiente a una lesión difícil de clasificar como benigna o maligna, con comportamiento incierto y que suele tener un tamaño

mayor de 10 mm, forma asimétrica y, en ocasiones, ulceración. Histológicamente no cumple todas las características del melanoma, pero muestra al menos alguna de las siguientes características: asimetría, mala delimitación lateral, falta de maduración en la dermis, ulceración, presencia de mitosis o ausencia de cuerpos de Kamino. Finalmente encontramos el *melanoma spitzoide*, término acuñado para los melanomas con características histológicas similares al nevo de Spitz (nidos de melanocitos epitelioides o fusiformes), pero que pudieran corresponder a melanomas convencionales; por lo tanto, se sugiere utilizar este término con rigurosidad hasta no tenerse criterios histológicos y moleculares claros al respecto <sup>(1, 3)</sup>.

Hace 1 década aproximadamente se describió la mutación con pérdida de expresión del gen supresor de tumores de la línea germinal BAP1 en tumores epitelioides spitzoides, con la intención de diferenciar las lesiones que sugieren mayor potencial maligno. El gen BAP 1 codifica la proteína Bap1, la cual se asocia a complejos multiproteicos que regulan varios procesos celulares importantes, incluidos el ciclo celular, la diferenciación, la muerte celular, la gluconeogénesis y la respuesta al daño del ADN. Las lesiones que presentan esta mutación tienen características clínicas similares al nevo de Spitz, pero en la histología difieren, dado que presentan características atípicas y ausencia de cuerpos de Kamino. Identificar esta mutación en lesiones melanocíticas puede hacernos sospechar la presencia de mesotelioma, melanoma uveal y cutáneo <sup>(7, 8)</sup>.

El nevo de Spitz se presenta generalmente como una pápula cupuliforme, habitualmente solitaria, aunque en casos infrecuentes pudiera ser múltiple. Suele ser

---

### Puntos clave

---

- El Nevo de Spitz corresponde a una lesión melanocítica benigna; pero en ocasiones dado su tamaño, evolución y características dermatoscópicas pudiera confundirse con lesiones malignas tipo melanoma.
  - La dermatoscopia tiene un valor diagnóstico limitado para el Nevo de Spitz, ya que carece de un patrón específico.
  - El estudio histopatológico permite confirmar su diagnóstico; ante lesiones que por características histológicas no sea posible diferenciar entre Nevo de Spitz y melanina se recomienda el uso de marcadores inmunohistoquímicos.
-

**Tabla 1.** Patrones de expresión de los marcadores inmunohistoquímicos

Antígeno	Nevo de Spitz	Melanoma
Ki-67	Poco expresado, ubicado en el componente de unión y en la dermis papilar (índice de proliferación celular menor del 5%).	Moderadamente expresado (índice de proliferación celular mayor al 15%), ubicación difusa.
HMB45	Mayor expresión en la superficie, con disminución progresiva en profundidad.	Igual intensidad de expresión en el componente superficial como en lo profundo.
P53	Baja expresión	Alta expresión
P16	Alta expresión	Suele estar ausente

muy pigmentada, desde tonalidades rosa hasta marrón oscuro. Tiene un crecimiento rápido, alrededor de 3 a 6 meses, casi siempre sin superar los 6 mm de diámetro. Suele localizarse en el rostro y extremidades inferiores en los niños y en las extremidades inferiores en personas adultas. Rara vez presentan ulceración<sup>(1-3,9)</sup>.

La dermatoscopia plantea patrones clave que orientan hacia el diagnóstico de nevo de Spitz, pero su valor es limitado, ya que ningún patrón es específico. Se han establecido patrones que permiten la identificación de nevo de Spitz de una forma más precisa, siendo los patrones vasculares punteados (vasos puntiformes sobre una base rosada) y en estallido de estrella (pigmentación central grisácea o azulada con proyecciones radiales hacia la periferia) los más frecuentemente hallados; sin embargo, ambos patrones pueden estar presentes en pacientes con melanoma, por lo que son considerados patrones inespecíficos para nevo de Spitz. El patrón en red de pigmento negativo (líneas blancas entrecruzadas que rodean los glóbulos pigmentados) es sugestivo de melanoma, pero se puede presentar en los nevos de Spitz como en el caso de nuestra paciente<sup>(4, 10)</sup>. Para los casos en los que sea difícil diferenciar entre nevo de Spitz y melanoma, se recomienda el uso de marcadores inmunohistoquímicos, que ayudan a diferenciar dichas entidades, aunque no son totalmente específicos. En la **tabla 1** se hace referencia a los tipos de marcadores empleados y su interpretación<sup>(1)</sup>.

Respecto al seguimiento y tratamiento de estas lesiones, se sugiere que, en pacientes menores de 10 años con lesiones simétricas, de superficie plana y patrón en estallido de estrella a la dermatoscopia, se podría hacer seguimiento cada 2 meses hasta completar 6 meses en total, tiempo durante el cual no se deberían presentar cambios en el tamaño o la simetría. Para las lesiones con características similares a las descritas anteriormente, pero que tengan un aspecto nodular, el seguimiento debe ser más riguroso. Las indicaciones de resección de nevo de Spitz son: edad mayor de 10 años al momento de la presentación sin características atípicas, tamaño tumoral mayor de 1 cm, ulceración, ganglios linfáticos clínicamente positivos y todos los tumores spitzoides que presenten características atípicas, sin importar la edad del paciente<sup>(10, 11)</sup>. Se debe resear la lesión por completo para estudio histopatológico.

El nevo de Spitz es una entidad benigna, que hasta en un 80% de los casos podría presentar regresión espontánea. El melanoma es infrecuente durante la infancia y suele relacionarse más comúnmente con tumor de Spitz atípico, mas no con el nevo de Spitz<sup>(11, 12)</sup>.

En conclusión, se presenta el caso de una paciente de género femenino, de 11 años, con lesión pigmentada que, por sus características clínicas en cuanto a tamaño, evolución y hallazgos dermatoscópicos, sugería

el diagnóstico de melanoma, que requirió biopsia excisional y estudio histológico, que llevaron al diagnóstico de nevo de Spitz. Se resalta la presentación infrecuente de este caso debido a su pigmentación y crecimiento progresivo. Esto invita al clínico a que tenga en cuenta al nevo de Spitz dentro de los posibles diagnósticos de las lesiones melanocíticas con características sugestivas de malignidad en este grupo etario.

## REFERENCIAS

- Sainz-Gaspar L, Sánchez-Bernal J, Noguera-Morel L, Hernández-Martín A, Colmenero I, Torrelo A. Spitz Nevus and Other Spitzoid Tumors in Children –Part 1: Clinical, Histopathologic, and Immunohistochemical Features. *Actas Dermosifiliogr.* 2019;111(1):7-19. doi: 10.1016/j.ad.2019.02.011
- Casso EM, Grin-Jorgensen CM, Grant-Kels JM. Spitz nevi. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27(6):901-13. doi: 10.1016/0190-9622(92)70286-0
- Barnhill RL. The Spitzoid lesion: Rethinking Spitz tumors, atypical variants, “Spitzoid melanoma” and risk assessment. *Mod Pathol.* 2006;19(Suppl. 2):S21-33. doi: 10.1038/modpathol.3800519
- Arbuckle S, Weedon D. Eosinophilic globules in the Spitz nevus. *J Am Acad Dermatol.* 1982;7(3):324-7. doi: 10.1016/s0190-9622(82)80313-7
- Kamino H, Misheloff E, Ackerman A, Flotte TJ, Greco M. Eosinophilic globules in spitz’s nevi. New findings and a diagnostic sign. *Am J Dermatopatol.* 1979;1(4):319-24. doi: 10.1097/00000372-197900140-00005
- Wesselmann U, Becker LR, Bröcker EB, LeBoit P, Bastian B. Eosinophilic globules in spitz nevi: no evidence for apoptosis. *Am J Dermatopatol.* 1998;20(6):551-4. doi: 10.1097/00000372-199812000-00003
- Busam KJ, Wanna M, Wiesner T. Multiple epithelioid Spitz nevi or tumors with loss of BAP1 expression: A clue to a hereditary tumor syndrome. *JAMA Dermatol.* 2013;149(3):335-9. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.1529
- Carbone M, Ferris LK, Baumann F, Napolitano A, Lum C, Flores E, et al. BAP1 cancer syndrome: malignant mesothelioma, uveal and cutaneous melanoma, and MBAITs. *J Transl Med.* 2012;10:179. doi: 10.1186/1479-5876-10-179
- Barnhill RL, Cerroni L, Cook M, Elder D, Kerl H, LeBoit E, et al. State of the art, nomenclature, and points of consensus and controversy concerning benign melanocytic lesions: outcome of an international workshop. *Adv Anat Pathol.* 2010;17(2):73-90. doi: 10.1097/PAP.0bo13e3181cfe758
- Lallas A, Apalla Z, Ioannides D, Lazaridou E, Kyrgidis A, Broganelli P, et al. Update on dermoscopy of Spitz/Reed naevi and management guidelines by the International Dermoscopy Society. *Br J Dermatol.* 2017;177(3):645-55. doi: 10.1111/bjd.15339
- Sainz-Gaspar L, Sánchez-Bernal J, Noguera-Morel L, Hernández-Martín A, Colmenero I, Torrelo A. Spitz Nevus and Other Spitzoid Tumors in Children. Part 2: Cytogenetic and Molecular Features. Prognosis and Treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(1):20-5. doi: 10.1016/j.ad.2019.02.010
- Sepehr A, Chao E, Trefrey B, Blackford A, McDivitt L, Flotte T, et al. Long-term outcome of spitz-type melanocytic tumors. *Arch Dermatol.* 2011;147(10):1173-9. doi: 10.1001/archdermatol.2011.170