

CAPÍTULO

2.5

Lesiones melanocíticas benignas

Marta Feito Rodríguez, Guillermo Servera Negre, José Manuel Busto Leis

La valoración y tratamiento de las lesiones melanocíticas supone uno de los motivos de consulta más frecuentes en dermatología. A efectos prácticos, mencionaremos en este capítulo tres tipos de lesiones melanocíticas que pueden presentarse a nivel palpebral, y que en muchas ocasiones suponen un reto tanto diagnóstico como terapéutico:

1. Nevus melanocíticos congénitos.
2. Melanocitosis dérmica (Nevus de Ota).
3. Nevus melanocíticos adquiridos, focalizando en los nevos de aspecto lentiginoso y nevus intra-dérmicos.

NEVUS MELANOCÍTICOS CONGÉNITOS

Los **nevus melanocíticos congénitos** (NMCg) están presentes desde el nacimiento y normalmente son de mayor tamaño y presentan características más irregulares que los nevos adquiridos. La incidencia de NMCg en recién nacidos es del 1-2%. El riesgo de melanoma para todos los tipos de NMCg es bajo (aproximadamente 0,7-2,9%); no obstante, hay importantes diferencias clínicas según el fenotipo, pues mientras que en los NMCg únicos de pequeño (<1,5 cm tamaño proyectado en adulto) y mediano tamaño (1,5-20 cm) el riesgo de malignidad es muy bajo (<1%), en NMCg con un tamaño proyectado en el adulto de más de 40 cm (NMCg gigante) y con múltiples satélites el riesgo a lo largo de toda la vida asciende al 10-15% (fig. 1)(1). Además, los melanomas en los NMCg gigantes ocurren normalmente de forma temprana (primeros 5 años de vida), mientras que los que acontecen en los NMCg de pequeño y mediano tamaño son más tardíos, teniendo lugar tras la pubertad. Todo ello condiciona un abordaje y manejo diferente de es-



Fig. 1: Nevus melanocítico congénito gigante con satelitosis. La lesión presenta gran heterocromía y rugosidad lo cual dificulta el seguimiento clínico.

tas lesiones en nuestras consultas (2). Más allá del riesgo de malignidad, está el impacto cosmético que suponen, con grave repercusión en la vida diaria y la socialización del paciente, principalmente en las lesiones extensas o las localizadas a nivel facial (fig. 2)(1,2). Esto es más patente todavía en el caso de las lesiones palpebrales.

Los NMCg palpebrales son infrecuentes y pueden estar confinados al párpado exclusivamente o presentarse como parte de un nevo más extenso con afectación de la región periorbitaria, de una hemicara o lesiones bilaterales. Es bastante característica la morfología «en beso» o «dividida» en la cual se afectan párpado superior e inferior, al producirse la migración o diferenciación de los melanocitos en un momento de la embriogénesis en el que los párpados están todavía fusionados; cuando se produce la apertura de éstos es cuando el nevo toma esa apariencia dividida (fig. 3)(3).

En el pasado, la completa escisión del nevo era la primera elección de tratamiento para disminuir el



Fig. 2: Nevus melanocítico congénito de mediano tamaño a nivel frontal.

riesgo de transformación maligna. De todas maneras, ahora sabemos que la escisión no ha demostrado reducir el riesgo de melanoma (el cual puede aparecer a nivel cutáneo o en sistema nervioso central) y, además, los NMCg pueden ser demasiado grandes para ser eliminados completamente con la extirpación. Adicionalmente, la escisión puede producir unos resultados cosméticos indeseables en áreas cosméticamente sensibles (fig. 4) o cicatrización hipertrófica y restricción en la movilidad articular (1,2,4). Así, en años recientes, un cambio de paradigma ha tenido lugar y la extirpación de la lesión a cualquier precio no puede ser el objetivo del tratamiento (2). Quedan muchas cuestiones por resolver todavía acerca de la seguridad y eficacia del láser en lesiones melanocíticas, y más en concreto, en los NMCg. Se utilizan fundamentalmente dos tipos de láser, los específicos de pigmento y los ablativos. En general, se reportan buenos resultados en cuanto a aclaramiento de la pigmentación a corto plazo (>50% aclaramiento en todas las categorías de láser, evaluados los resultados a 2,5 años),

aunque existen más dudas en cuanto a la eficacia y seguridad a largo plazo, habiéndose descrito repigmentación hasta en un 54%, gradual, sobre todo con los láseres de pigmento, y cicatrices hasta en un 25%, sobre todo con láseres ablativos (continuos fundamentalmente)(5,6). Conviene tener en cuenta no obstante que los resultados dependen de ciertos factores del paciente y de las características del NMCg, tales como localización (menor riesgo de cicatrices en cara), edad (a edad más temprana, mejores resultados), o etnia (los asiáticos tienen menor riesgo de melanoma y mayor riesgo de depigmentación y cicatrización hipertrófica)(5,6). Recientemente se han publicado varios artículos focalizados en diferentes técnicas quirúrgicas reconstructivas y tratamiento con láser de NMCg palpebrales (7-10).

Por último, es muy importante tener en cuenta de cara a cualquier tratamiento que se plantee, que el color del NMCg durante los tres primeros meses de vida no debe ser utilizado como un predictor del color final ni tampoco como un punto con el que comparar los resultados de una técnica de tratamiento superficial llevada a cabo más adelante. De cara a tomar una decisión sobre un posible tratamiento de estas lesiones, los padres deben ser advertidos que el color se irá estableciendo a lo largo de los primeros años de vida, y que el aclaramiento será mayor en los individuos de piel más clara (11,12).

MELANOCITOSIS DÉRMICA (NEVUS DE OTA)

El nevus de Ota es una melanocitosis dérmica que clínicamente se caracteriza por la aparición de máculas azul-grisáceas siguiendo la distribución de la primera y segunda rama del trigémino. El color azul o azul grisáceo en el nevus de Ota se debe a la presencia de melanocitos productores de melanina en la dermis. Es más frecuente en mujeres,

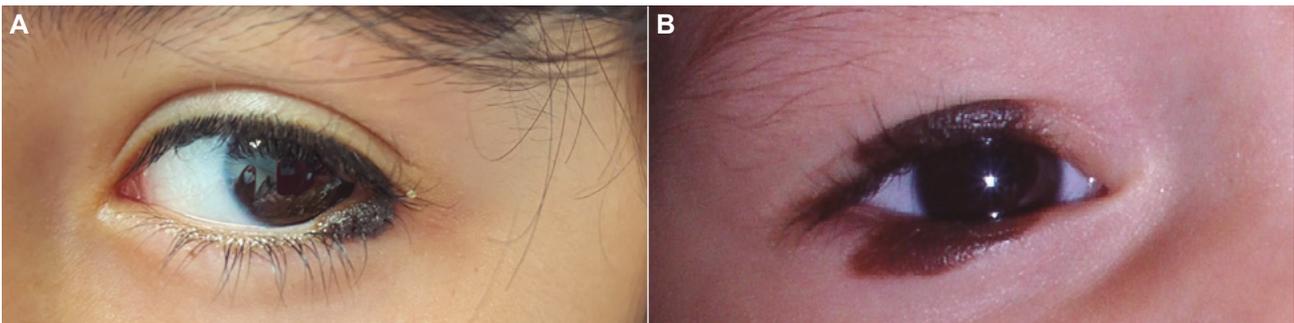


Fig. 3: A y B. Nevos melanocíticos congénitos palpebrales.



Fig. 4: Nevus melanocítico congénito en carúncula.

y en asiáticos y afroamericanos (lo cual complica el tratamiento, como veremos a continuación), siendo habitual la afectación de la esclerótica ipsilateral. Normalmente es unilateral (aunque pueden ser bilateral en 5-10%) y existen dos modalidades de presentación: a). En el primer año de vida (50%) (fig. 5). b). Adquiridas, con un pico en torno a la pubertad. Pueden existir variaciones en la intensidad de la coloración, especialmente en periodos de cambio hormonal, como la menarquia o la menopausia. Se recomiendan las revisiones oftalmológicas regulares, ya que si existe pigmentación ocular puede aparecer glaucoma como consecuencia de los melanocitos en el cuerpo ciliar de cámara anterior del ojo. Está descrito, aunque es infrecuente, tanto el melanoma uveal como el cutáneo (13).

El principal motivo de consulta de estas lesiones viene motivado por la repercusión cosmética asociada. Se han empleado con éxito en su tratamiento láseres de rubí Q-switched, alejandrita, Nd:Yag,



Fig. 5: Nevus de Ota en paciente de 5 años.

fototermólisis fraccional no ablativa y láseres de picosegundos (14,15), aunque la eficacia es muy variable, y existe un riesgo asociado de discromía, sobre todo en fototipos oscuros.

NEVUS MELANOCÍTICOS ADQUIRIDOS

En toda historia clínica referente a nevus melanocíticos debe figurar tiempo de evolución y la aparición de cambios bruscos o progresivos. Estos dos ítems son básicos para intentar catalogar la naturaleza de la lesión que tenemos que valorar.

A día de hoy sigue teniendo vigencia la clásica regla del ABCDE (asimetría, bordes irregulares, color heterogéneo, diámetro mayor de 6 mm y evolución) a la hora de diagnosticar clínicamente un melanoma. Las máculas pigmentadas adquiridas periorbitales de pacientes de edad media y ancianos presentan consideraciones diagnósticas adicionales que plantean la posibilidad de estar ante un melanoma in situ (MiS). Los MiS se inician normalmente como máculas de color marrón claro que van creciendo lentamente a lo largo de años (fig. 6). Su tamaño es variable, entre varios milímetros y más

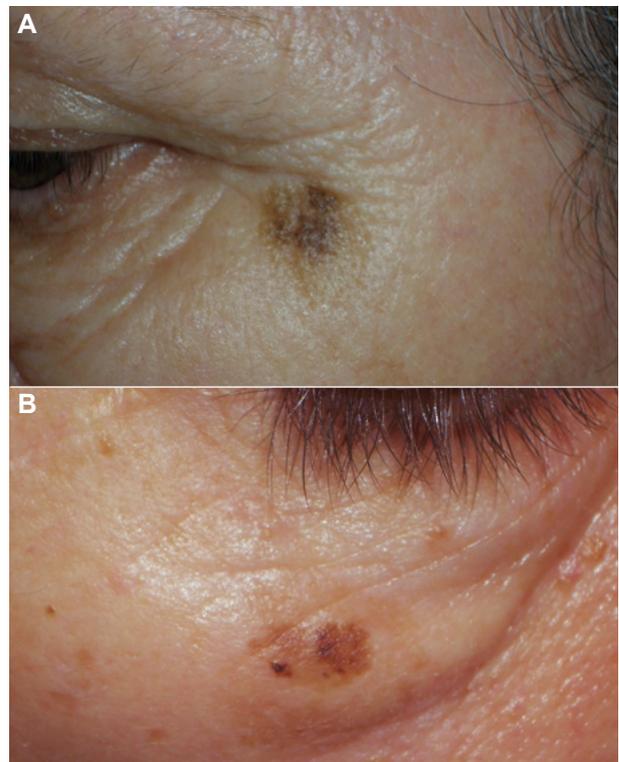


Fig. 6: A y B. Imágenes clínicas de melanoma tipo léntigo maligno (cortesía Dr. Ángel Pizarro).

de 4 centímetros de diámetro. A medida que van creciendo estas lesiones, su color va cambiando y/o se vuelven muy discrómicas (16). La correlación clínico-patológica en estudios publicados en la literatura ha demostrado que al menos un 50% de las lesiones extirpadas con estos cambios muestran evidencia de melanoma (léntigo maligno). Cuanto mayor sea la mácula, más altas son las probabilidades de diagnosticar un melanoma. Además, el hecho de no objetivar un nódulo palpable en estas lesiones no excluye la posibilidad de un melanoma invasor (16). Recientemente, muchos artículos reportan la utilidad de PRAME (*PReferentially expressed Antigen in MELanoma*), marcador inmunohistoquímico cuya expresión en el material biopsiado de lesiones melanocíticas con difícil diagnóstico clínico apoyaría el diagnóstico de melanoma. Chen YP et al. (17) examinan la expresión de PRAME en nevus melanocíticos, melanomas primarios y metástasis de melanoma y encuentran que un 98,1% de los nevus melanocíticos eran completamente negativos para este marcador, frente a un 89,9% y 93,1% de melanomas primarios y metástasis de melanoma respectivamente que expresaban este marcador.

Por último, un tipo de nevus melanocítico adquirido que con mucha frecuencia vemos en consulta es el nevus intradérmico, el cual se presenta como una pápula de consistencia blanda que con el paso del tiempo va abultándose muy progresivamente y perdiendo pigmento (fig. 7). El principal reto que suponen estas lesiones es su correcto diagnóstico, así como la diferenciación de otras lesiones cutáneas, benignas y malignas, con las que fácilmente se pueden confundir clínicamente (tabla 1)(18).



Fig. 7: Imagen dermatoscópica de un nevus intradérmico.

Tabla 1.

Tipo de lesión	Clave clínica diagnóstica
Carcinoma basocelular (fig. 8A, B)	Pápula brillante, desarrollo intermitente de costra. Más habitual a partir de los 50 años. El paciente no lo recuerda «de toda la vida»
Hidrocistoma apocrino (fig. 9)	Pápula solitaria translúcida o con tonalidad azulada. Si se punciona, drena material acuoso
Hiperplasia sebácea	Pápula amarillenta con cierta umbilicación central
Quistes millium	Pápula milimétrica de color blanco nacarado
Queratosis seborreica (fig. 10)	Pápula sésil, color marrón claro/oscuro o negruzco, tacto untuoso y superficie rasposa. Largo tiempo de evolución sin cambios recientes
Siringoma	Pápulas pequeñas, firmes, color piel. Suelen ser múltiples. Muy habitual en región periorbitaria
Angioma o punto rubí (fig. 11)	Pápula rojiza, blanquea a la digitopresión
Acrocordón	Pápula color piel o marronácea, filiforme

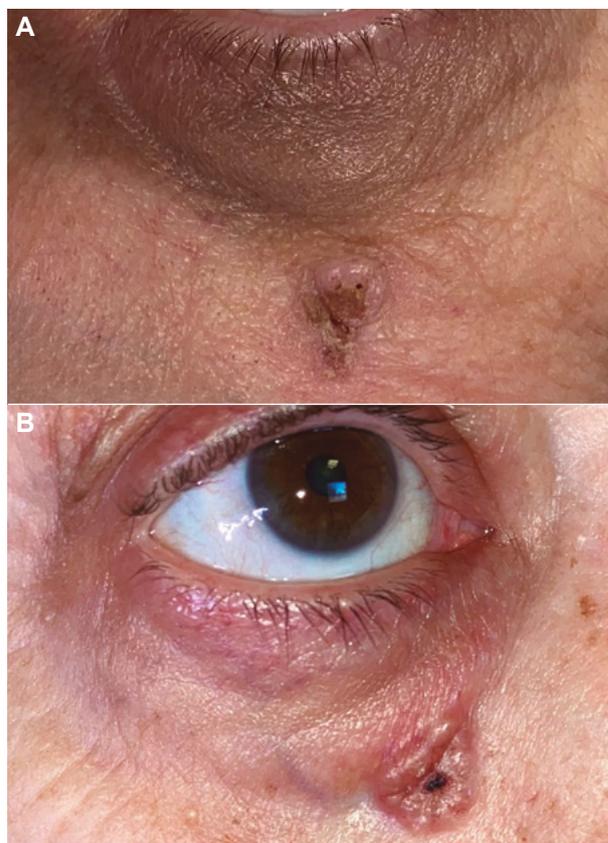


Fig. 8: A y B. Carcinoma basocelular en párpado inferior.



Fig. 9: Hidrocistoma apocrino en sien (cortesía Dr. Ángel Pizarro).

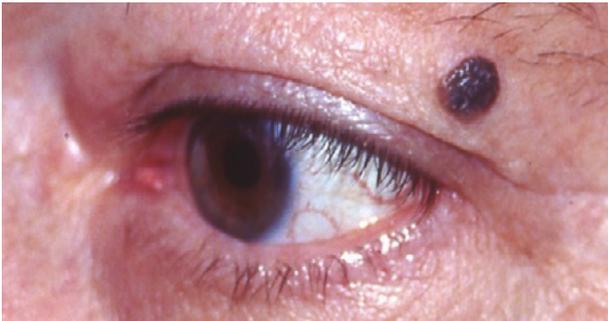


Fig. 10: Queratosis seborreica en párpado superior.



Fig. 11: Araña vascular en párpado superior de un niño.

MENSAJES CLAVE A RECORDAR

- No todo nevo melanocítico congénito debe ser extirpado en base a su potencial de malignización, pues el riesgo es bajo (especialmente en los nevos congénitos de pequeño y mediano tamaño) y la malignidad puede acontecer no sólo en piel, sino también a nivel de SNC.
- La exéresis de un nevo melanocítico congénito se plantea en los siguientes supuestos: cambios que obliguen a descartar melanoma, repercusión estética, ansiedad en los padres o paciente motivada por la lesión, sintomatología (picor, irritación), problemas funcionales, imposibilidad de seguimiento.
- Se han empleado con éxito en el tratamiento del nevus de Ota láseres de rubí *Q-switched*, alejandrita, Nd:Yag, fototermólisis fraccional no ablativa y láseres de picosegundos (14,15), con eficacia muy variable.
- Debemos plantearnos el diagnóstico de melanoma ante una lesión pigmentada palpebral que de forma muy progresiva en el tiempo va aumentando de tamaño y cambiando de coloración (i.e, melanoma *in situ*).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kinsler VA, O'Hare P, Bulstrode N, Calonje JE, Chong WK, Hargrave D, et al. Melanoma in congenital melanocytic naevi. *Br J Dermatol* 2017; 176: 1131-43.
2. Price HN. Congenital melanocytic nevi: update in genetics and management. *Current Opin Pediatr* 2016; 28: 476-82.
3. Margulis A, Adler N, Bauer BS. Congenital melanocytic nevi of the eyelids and periorbital region. *Plast Reconstr Surg* 2009; 124: 1273-83.
4. Sampogna F, González M, Pascini-Garrigós M, Calbet-Llopart N, Hay JL, Bauer BS, et al. Visual Impact of Large and Giant Congenital Naevi: Comparison of Surgical Scars with Naevi Before Surgery. *Acta Derm Venereol* 2021; 101: adv00470.
5. Eggen CAM, Lommerts JE, van Zuuren EJ, Limpens J, Pasmans SGMA, Wolkerstorfer A. Laser treatment of congenital melanocytic naevi: a systematic review. *Br J Dermatol* 2018; 178: 369-83.
6. Oh Y, Lee SH, Lim JM, Chung KY, Roh MR. Long-term outcomes of laser treatment for congenital melanocytic nevi. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80: 523-31.e12.
7. DeMaria LN, Tran AQ, Tooley AA, North VS, Flores RL, Lisman RD, Belinsky I. Double Frost Suture Technique for Simultaneous Skin Grafting of the Upper and Lower Eyelids. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 2021; 37: e217-21.
8. Suzuki A, Yotsuyanagi T, Yamashita K, Yoshimatsu H. Reconstruction of the Congenital Divided Nevus of the Eyelids and Proposal of New Classification. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2019; 7: e2283.
9. Gu Y, Chang SJ, Ma G, Wang Y, Zhu J, Chen H, Lin X. Treatment of Congenital Melanocytic Nevi in the Eyelid and Periorbital Region With Ablative Lasers. *Ann Plast Surg* 2019; 83: s65-69.

10. Cho HJ, Lee W, Jeon MK, Park JO, Yang EJ. Staged Mosaic Punching Excision of a Kissing Nevus on the Eyelid. *Aesthetic Plast Surg* 2019; 43: 652-7.
11. Polubothu S, McGuire N, Al-Olabi L, Baird W, Bulstrode N, Chalker J. Does the gene matter? Genotype-phenotype and genotype-outcome associations in congenital melanocytic naevi. *Br J Dermatol* 2020; 182: 434-443.
12. Polubothu S, Kinsler VA. Inal congenital melanocytic naevi colour is determined by normal skin colour and unaltered by superficial removal techniques: a longitudinal study. *Br J Dermatol* 2020; 182: 721-8.
13. Balin SJ, Barnhill RL. Neoplasias melanocíticas benignas. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. *Dermatología*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018, p. 1961-63.
14. Del Duca E, Zingoni T, Bennardo L, Raimondo CD, Garofalo V, Sannino M, et al. Long-Term Follow-Up for Q-Switched Nd:YAG Treatment of Nevus of Ota: Are High Number of Treatments Really Required? A Case Report. *Photobiomodul Photomed Laser Surg* 2021; 39: 137-40.
15. Kubicki S, Guo EL, Richmond H, Friedman PM. Treatment of Nevus of Ota in Black patients with the 1064 nm QS or picosecond laser and nonablative fractional photothermolysis. *Lasers Surg Med* 2022 Sep 19.
16. Mancera N, Smalley KSM, Margo CE. Melanoma of the eyelid and periocular skin: Histopathologic classification and molecular pathology. *Surv Ophthalmol* 2019; 64: 272-288.
17. Chen YP, Zhang WW, Qiu YT, Ke LF, Chen H, Chen G. PRAME is a useful marker for the differential diagnosis of melanocytic tumours and histological mimics. *Histopathology* 2023; 82: 285-95.
18. Balin SJ, Barnhill RL. Neoplasias melanocíticas benignas. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. *Dermatología*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018, p. 1965-68.