



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina



UVa

Nevo de Spitz: epidemiología y revisión clínico-patológica de los casos registrados en un hospital universitario de tercer nivel

TRABAJO DE FIN DE GRADO. GRADO EN MEDICINA

Presentado por: Marta Busto Busto

Tutor: Dr. Jesús Vega Gutiérrez

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología

Servicio de Dermatología

Valladolid, mayo de 2022



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. OBJETIVOS	4
3.1. Objetivos principales.....	4
3.2. Objetivos secundarios	4
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	4
4.1. Diseño	4
4.2. Muestreo y tamaño muestra	4
4.3. Variables	4
4.4. Plan de análisis.....	6
5. RESULTADOS	8
6. DISCUSIÓN.....	10
7. CONCLUSIONES.....	15
8. AGRADECIMIENTOS	15
9. BIBLIOGRAFÍA	16
10. ANEXO	19

1. RESUMEN

Introducción. El nevo de Spitz es un tipo de nevo melanocítico poco frecuente, característicamente con presentación en la edad pediátrica, que está formado por células fusiformes y/o epitelioides. Se considera un reto diagnóstico en la práctica clínica actual debido a su similitud con el melanoma. Además, su descrito potencial de malignización supone la continua búsqueda de consenso para el establecimiento de sus características definitorias.

Objetivos. Analizar los datos epidemiológicos de los pacientes con nevo de Spitz en la población del Área Oeste de Valladolid y el estudio de la concordancia clínico-patológica de los mismos.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, de carácter retrospectivo en el que se analizó el total de pacientes diagnosticados anatomopatológicamente de nevo de Spitz en el Área de Salud Valladolid Oeste en el periodo 2010-2020. La fuente principal de recogida de datos se corresponde con las historias clínicas de los pacientes seleccionados, recogiendo un total de 35 variables.

Resultados y discusión. De los 73 pacientes estudiados, el 54.8% se encontraban entre los 2 y los 14 años de edad, en línea con lo descrito en la literatura, donde se considera principalmente una entidad pediátrica. Aunque podemos encontrar nevos de Spitz en todos los grupos de edad, momentos en los que pueden ser influyentes factores hormonales. Las lesiones más frecuentemente se localizaron en extremidades superiores, con un tamaño medio de 5.6 mm. Fueron pigmentadas el 91.8%. El diagnóstico clínico fue acertado en el 43.8% de los casos, siendo mayormente confundido con el nevo melanocítico, lo que confirma la necesidad de aplicar criterios comunes en la práctica clínica con intención de disminuir al mínimo la posibilidad de diagnóstico fallido. En cuanto a la histopatología, las células mayormente descritas fueron las fusiformes, en disconcordancia con la mayoría de los estudios descritos hasta el momento. El tipo celular epiteliode se mostró significativamente con menos frecuencia como nevus de la unión, y en él fueron significativamente más frecuentes los cuerpos de Kamino y las mitosis atípicas; y significativamente menos frecuentes la escisión de la unión. En el tipo fusiforme, fue significativamente menos frecuente el edema dérmico superficial. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en cuanto a las variables morfológicas, citológicas y de proliferación, es probable que de los nevos de Spitz recogidos en este estudio, el 8.2% se correspondan con su variante atípica, aunque esto no ha influido en el pronóstico de los mismos (ausencia de recidivas, ausencia de metástasis y ausencia de melanoma en el periodo a estudio) debido a la realización de una correcta práctica quirúrgica.

Conclusiones. El nevo de Spitz supone un reto diagnóstico en las consultas de dermatología dado su particular similitud con el melanoma. Tanto por su posible evolución a malignidad como por su difícil diagnóstico diferencial con el melanoma, es necesario el conocimiento de sus principales características, así como de sus diferentes formas de presentación para la realización de una buena práctica clínica. En la actualidad los avances en inmunohistoquímica están ayudando a la diferenciación entre nevo de Spitz y melanoma, sin embargo, siguen sin haberse establecido con exactitud parámetros específicos que los distinga por completo.

Palabras clave. Nevus de Spitz, melanoma juvenil, nevus de células epitelioides, nevus de células fusiformes.

2. INTRODUCCIÓN

En el año 1948 Sophie Spitz observó que cuando se realizaba un diagnóstico histológico de melanoma maligno en la edad pediátrica, la inmensa mayoría de las ocasiones se comportaba en realidad como una entidad puramente benigna. Así fue como surgió la denominación de “melanoma juvenil”, incluyéndose dentro de la categoría de lesiones melanocíticas benignas. Actualmente hablamos de nevus de Spitz para referirnos a este espectro de lesiones.

El nevo de Spitz es una neoplasia melanocítica compuesta por células epitelioides y/o fusiformes, que en su forma clásica clínicamente aparece como una lesión solitaria, bien circunscrita y con forma de cúpula en la edad pediátrica. Puede presentar diferentes tonalidades, desde color piel hasta coloraciones rojizas y marronáceas. En general presenta un patrón de crecimiento rápido durante 3 a 6 meses.

Desde que esta lesión fue descrita por primera vez hasta la actualidad ha constituido motivo de polémica debido precisamente a su similitud con el melanoma y a la ausencia de un consenso que ayude a establecer sus características diagnósticas, así como su manejo en la práctica clínica. A día de hoy se habla de un espectro de lesiones benignas, potencialmente malignas y malignas (nevo de Spitz convencional, tumor de Spitz atípico y melanoma spitzoide), que parecen correlacionarse con distintas alteraciones genéticas. [1]

En el caso de los tumores de Spitz atípicos merece la pena destacar la irregularidad de sus bordes, así como su heterocromía y su aparición en niños mayores de 10 años, lo que dificulta aún más su diferenciación con neoplasias malignas.

En las últimas décadas los estudios sobre nevus de Spitz se han enfocado en investigar sus características moleculares con el objetivo de identificar patrones que permitan un correcto diagnóstico diferencial con el melanoma, motivo por el que el

estudio anatomopatológico con diferentes técnicas inmunohistoquímicas y moleculares ha ido adquiriendo especial relevancia en los últimos años [1] [2] [3].

Los problemas diagnósticos clínicos e histológicos citados, junto con la alta prevalencia de lesiones melanocíticas en la edad pediátrica, han justificado la realización de este trabajo. Para ello hemos revisado los casos diagnosticados anatomopatológicamente como nevus de Spitz en la población del Área de Salud Valladolid Oeste, entre los años 2010 a 2020.

3. OBJETIVOS

- 3.1. Objetivos principales.** Como objetivos principales se encuentran el análisis de los datos epidemiológicos de los pacientes con nevo de Spitz en la población del Área Oeste de Valladolid y el estudio de la concordancia clínico-patológica de los mismos.
- 3.2. Objetivos secundarios.** Como objetivos secundarios planteamos la evolución en el tiempo de los pacientes diagnosticados de nevo de Spitz y el análisis de la influencia de distintas variables en la correlación clínico-patológica de la enfermedad.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño

Para conseguir los objetivos planteados, se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo, del periodo 2010-2020 en pacientes diagnosticados anatomopatológicamente de nevus de Spitz en el Área de Salud Valladolid Oeste, que abarca una población de 260.000 habitantes.

4.2. Muestreo y tamaño muestra

El tamaño muestral obtenido ha sido de 73 pacientes (no existen criterios de exclusión para esta muestra). La fuente de información empleada se ha basado en las historias clínicas de los pacientes seleccionados, previa aprobación del Comité Ético y bajo supervisión del profesional responsable.

4.3. Variables

Hemos analizado las siguientes variables:

Epidemiológicas

- Edad: en años, todos los rangos de edad
- Sexo: masculino / femenino

Clínicas

- Diagnóstico clínico: Nevus de Spitz: clásico y atípico / No nevus de Spitz (nevus melanocíticos, lesiones vasculares, tumores anexiales)
- Número de lesiones
- Localización: tronco / extremidades superiores / extremidades inferiores / cabeza y cuello
- Pigmentado / No pigmentado
- Descripción del color: color piel / marronáceo / negruzco / otro
- Bordes mal definidos / No

Histológicas e inmunohistoquímicas

- Tamaño: en milímetros
- Infiltración de bordes / No
- Tipo de nevus: compuesto / intradérmico / de la unión
- Tipo celular: epitelioides / fusiforme / mixto
- Asimetría / No
- Inmadurez de las células / No
- Diseminación pagetoide / No
- Presencia de cuerpos de Kamino / No
- Escisión de la unión / No
- Edema dérmico superficial / No
- Telangiectasia / No
- Células névicas gigantes superficiales / No
- Pleomorfismo nuclear / No
- Mitosis atípicas profundas / No
- Infiltrado inflamatorio perivascular / No
- Células névicas solitarias en profundidad / No
- Ascensión de melanocitos a la epidermis superficial / No
- Tinción estratificada de HMB45 / No
- Conservación de p16 / No
- Expresión de S100 / No
- Expresión de Melan-A / No

Evolutivas

- Melanoma / No melanoma
- Metástasis / No metástasis
- Recidiva / No recidiva
- Fecha de diagnóstico del nevus por parte de anatomía patológica
- Fecha de diagnóstico de la metástasis en caso de haberla
- Fecha del diagnóstico de la recidiva en caso de haberla

4.4. Plan de análisis

El estudio de los datos se he llevado a cabo en tres etapas:

A. Recogida y tratamiento de los datos

Las variables se recogieron en una base de datos en formato Excel. A continuación, éstos se exportaron al programa estadístico SPSS, con licencia en la Universidad de Valladolid, a partir del cual se ha realizado el análisis estadístico tras su depuración exhaustiva. Se ha establecido la pérdida de valores máxima en un 15% en una variable concreta, si esta se supera se considerará como un posible sesgo de información del trabajo, y será informada como ello.

B. Estadística descriptiva

La normalidad de las variables cuantitativas ha sido establecida con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Las variables que siguen una distribución normal han sido descritas como media \pm desviación estándar. Las variables que no siguen una distribución normal y/o las discretas han sido descritas como mediana y rango intercuartílico.

Las variables cualitativas han sido descritas mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) de sus categorías.

Por último, para representar las variables cuantitativas se han utilizado histogramas de frecuencia, barras de error (en caso de variables normales) o diagramas de cajas (en caso de variables no normales); y para representar las variables cualitativas se han empleado gráficos de barras (con un intervalo de confianza del 95%).

C. Análisis Bivariante

La asociación entre variables cualitativas se ha estudiado mediante la prueba Chi-

cuadrado con test exacto de Fisher o razón de verosimilitud, dependiendo de sus condiciones de aplicación (frecuencia esperada < 5 en más del 20% de las casillas).

Para estudiar las diferencias entre medias independientes se ha utilizado la prueba t de Student o la U de Mann-Whitney, dependiendo de las condiciones de aplicación (normalidad), para 2 grupos; y el ANOVA o la H de Kruskal-Wallis, dependiendo asimismo de las condiciones de aplicación (normalidad) para más de 2 grupos.

El nivel de significación ha sido informado en todos los casos y se ha establecido, para todas las pruebas, en una $p < 0.05$.

4.5. Aspectos éticos

Todos los pacientes sujetos a este estudio se identificarán mediante un código, y todos los datos serán tratados bajo absoluta confidencialidad según la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos.

Este trabajo se ha realizado bajo la conformidad de todas las normativas y leyes aplicables según los principios éticos internacionales, fundamentalmente la Declaración de Helsinki, así como las Normas de Buena Práctica Clínica Epidemiológicas de la International Conference of Harmonization.

El estudio se ha realizado una vez evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Valladolid Oeste. No existe conflicto de intereses ni se dispone de financiación por organismos públicos o privados.

Las limitaciones de este estudio se basan principalmente en el tipo del mismo, ya que los estudios transversales no demuestran causalidad, sino únicamente asociaciones). Sin embargo, este tipo de estudios son necesarios para el conocimiento del tema y posterior desarrollo de hipótesis que puedan ser confirmadas en estudios de causalidad que posteriormente se realicen. Además, un estudio como este permite analizar la práctica clínica real, en este caso, la llevada a cabo en el Área de Salud Valladolid Oeste.

Por último, ha de tenerse en cuenta la limitación que pueda suponer la historia clínica redactada, ya que la calidad de la misma puede disminuir en función de los programas informáticos, que hace 10 años no estaban tan actualizados como lo están actualmente. Así como la redacción propia de cada profesional tanto en el ámbito clínico como anatomopatológico.

5. RESULTADOS

Nuestra base de datos incluyó 73 diagnósticos anatomopatológicos de nevo de Spitz en el periodo de 10 años, desde enero de 2010 hasta enero de 2020. Las edades de los pacientes oscilaron entre los 10 meses y los 64 años, sin seguir una distribución normal. El grupo de edad con más diagnósticos de nevo de Spitz fue en la edad pediátrica, entre los 2-14 años (54.8%). Solo 2 de los pacientes tenían menos de 2 años (2.7%). (**Figura 1**).

De los 73 pacientes diagnosticados, 38 fueron hombres (52.1%), y 35 mujeres (47.9%). En el rango de edad entre los 15 y los 30 años el predominio fue femenino (53.8%), al igual que en mayores de 40 años (60%). Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (*Razón de verosimilitudes; p=0.402*).

La localización más frecuente fue la extremidad superior (36.1%), seguido de extremidad inferior (30.6%); siendo las lesiones menos frecuentes en tronco (16.7%) y cabeza y cuello (16.7%).

En los pacientes menores de 2 años, fueron significativamente más frecuentes los nevus localizados en cabeza y cuello; en los pacientes entre 2 y 14 años lo fueron los localizados en extremidades inferiores; en los pacientes entre los 15 y 30 años, así como en los mayores de 40 años, significativamente se mostraron con más frecuencia los nevus las extremidades superiores; y en los pacientes entre los 30 y 40 años lo hicieron principalmente en el tronco. (*Razón de verosimilitudes; p=0.001*).

Las lesiones pigmentadas se corresponden con 67 de las 73 estudiadas (91.8%). No todas fueron descritas en cuanto a su color, pero dentro del grupo de las que sí lo fueron, predominaron aquellas con un color marrónáceo (17/42; 40.5%). Se describió una única lesión de color piel. (**Tabla 1**).

El diagnóstico clínico fue acertado en el 43.8% de los casos, reconociéndose clínicamente 32 de los 73 nevus de Spitz a estudio. Por su parte, 25 de las lesiones (34.2%) se diagnosticaron como nevus melanocíticos comunes, siendo este diagnóstico el que mayormente dio lugar a confusión en la consulta. (**Tabla 2**).

Tabla 2. Variables epidemiológicas y clínicas.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	VALORES PERDIDOS
EDAD (años) *	13	
SEXO MASCULINO	38 (52.1%)	
PIGMENTACIÓN	67 (91.8%)	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	72 (98.6%)	1 (1.4%)
NEVO DE SPITZ	32 (43.8%)	
NO SPITZ: MELANOCÍTICO	25 (34.2%)	
NO SPITZ: LESIÓN VASCULAR	6 (8.2%)	
NO SPITZ: TUMOR ANEXIAL	9 (12.3%)	

* La edad no sigue una distribución normal. Siendo el mínimo 10 meses, y el máximo 64 años.

En la **Tabla 1** se recogen las variables histológicas analizadas (macroscópicas, microscópicas mayores, microscópicas menores e inmunohistoquímicas).

El tamaño medio de las lesiones fue de 5.6 milímetros (la de menor tamaño fue de 1 mm y la más grande de 14 mm). Las lesiones que predominaron fueron aquellas de unos 3 mm por su diámetro más largo. Las lesiones diagnosticadas clínicamente como nevo de Spitz fueron las que mayor tamaño medio presentaron en la biopsia (5.43 ± 2.92 mm). Mientras que las de menor tamaño medio (3.17 ± 0.41 mm) fueron las que se diagnosticaron en la consulta como lesiones vasculares (**Figura 2**). Sin embargo, no se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico clínico y el tamaño de la lesión al diagnóstico (ANOVA; $p=0.290$). Los nevos de Spitz con tipo celular mixto (células epitelioides y fusiformes) fueron los que presentaron un mayor tamaño medio (5.67 ± 2.38 mm). Los nevos de Spitz con tipo celular epitelioides fueron los que presentaron un tamaño medio menor (5 ± 2.63 mm). Pero no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el tipo celular del nevo de Spitz y su tamaño.

La mayoría de las lesiones presentaron una morfología simétrica (91.8%). Los bordes se mostraron bien definidos en el 91.8%, y solo mostraron infiltración el 19.2%. 3 de los 73 casos mostraron células inmaduras (4.1%), y 6 del total presentaron mitosis atípicas en profundidad (8.2%).

Solo el 9.6% de las lesiones mostraron diseminación patergoide en la biopsia. Y no se describió la presencia de cuerpos de Kamino en 63 de las 73 muestras (86.3%). Una mayoría de las lesiones (43 de las 73 lesiones, 58.9%) no tenían un núcleo pleomórfico, con nucléolos grandes y prominentes.

Tabla 1. Variables histológicas.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	VALORES PERDIDOS
TAMAÑO (mm)	5.6 ± 2.64	10 (13.7%)
BORDES		
Definidos	67 (91.8%)	
No infiltrados	59 (80.8%)	
TIPO DE NEVUS		6 (8.2%)
Compuesto	29 (39.7%)	
Intradérmico	8 (11%)	
De la unión	30 (41.1%)	
TIPO CELULAR		
Epitelioides	12 (16.4%)	
Fusiformes	46 (63%)	
Mixto	15 (20.5%)	
LESIÓN SIMÉTRICA	67 (91.8%)	
CÉLULAS NÉVICAS MADURAS	70 (95.9%)	
PRESENCIA DE DISEMINACIÓN PATEGOIDE	7 (9.6%)	
PRESENCIA DE CUERPOS DE KAMINO	10 (13.7%)	

VARIABLES MICROSCÓPICAS		
MENORES		
Escisión de la unión	31 (42.5%)	
Edema dérmico superficial	13 (17.8%)	
Telangiectasia	31 (42.1%)	1 (1.4%)
Ausencia de pleomorfismo nuclear	43 (58.9%)	
Ausencia de mitosis atípicas profundas	67 (91.8%)	
Células névicas solitarias en profundidad	4 (5.5%)	
Infiltrado inflamatorio perivascular	38 (52.1%)	
Ascensión de melanocitos a la epidermis superficial	2 (2.7%)	
Células névicas gigantes	1 (1.4%)	
VARIABLES INMUNOHISTOQUÍMICAS		
Tinción estratificada HMB45	14 (19.2%)	
Conservación de p16	2 (2.7%)	
Expresión de S100	13 (17.8%)	
Expresión de MelanA	12 (16.4%)	

El tipo celular más frecuentemente descrito en el análisis anatomopatológico fue el fusiforme (63%), sin presentar diferencias estadísticamente significativas entre sexos (*Chi-cuadrado de Pearson; p=0.532*).

El tipo celular epiteloide se mostró significativamente con menos frecuencia como nevus de la unión (*Razón de verosimilitudes; p=0.043*) en comparación con los tipos fusiforme y mixto. En el tipo celular epiteloide fueron significativamente más frecuentes los cuerpos de Kamino (*Razón de verosimilitudes; p=0,018*) y las mitosis atípicas (*Razón de verosimilitudes; p=0.038*), mientras que el infiltrado inflamatorio presentó una tendencia no significativa en el mismo sentido (*Chi-cuadrado de Pearson; p=0.060*). Por su parte, fueron significativamente menos frecuentes la escisión de la unión en el tipo epiteloide (*Chi-cuadrado de Pearson; p=0.023*) y el edema dérmico superficial en el fusiforme (*Razón de verosimilitudes; p=0,033*).

Las significancias estadísticas descritas se muestran en las **Tablas 3, 4, 5, 6 y 7** respectivamente. (**Ver Anexo**).

En cuanto a las variables evolutivas, no se detectaron casos de recidiva, melanoma ni metástasis en ninguno de los pacientes estudiados en el tiempo abarcado por este estudio.

6. DISCUSIÓN

La tendencia epidemiológica de los nevus de Spitz en el Área de Salud Valladolid Oeste sigue las líneas de la epidemiología general descrita para estas lesiones: la mayoría de ellas aparecen a lo largo de la infancia y en adultos jóvenes, sin presentar preferencia relevante por ningún sexo. Hay estudios que comentan un ligero predominio

general de estas lesiones en pacientes de género femenino, achacándolo a una probable mayor búsqueda de atención médica por razones estéticas en comparación al género masculino [4], sin embargo, en nuestro caso, la mayoría de los pacientes diagnosticados fueron varones (52.1%). Por otro lado, está descrito que entre los 15 y los 30 años el predominio es ligeramente femenino, pudiéndose corresponder con la influencia hormonal. Esto también ocurre en nuestra población a estudio, aunque en la misma existe un predominio femenino, además, en menores de 2 años (100%) y en mayores de 40 años (60%).

Aunque los casos de nevus de Spitz se consideran excepcionales en niños menores de 24 meses [1][5][6], en nuestro área a estudio se encontraron 2 casos de los 73 descritos, lo que corresponde con un porcentaje del 2.7%, pudiendo ser relevante en comparación con otros estudios. Por otro lado, se describen como extremadamente infrecuentes los casos de nevus de Spitz en pacientes que sobrepasan la cuarta década de la vida, mientras que en nuestra población a estudio, estos se corresponden con un 6.7% (5 de los 73 pacientes) [1] (**Figura 3**).

El tamaño medio de las lesiones que fueron descritas en los pacientes estudiados (5.6 mm) concuerda con los datos bibliográficos, que describen que los nevus de Spitz no suelen sobrepasar los 6 milímetros de diámetro, aunque pueden alcanzar el tamaño de uno o dos centímetros [1], especialmente en adolescentes y adultos. Siguiendo los datos contrastados, en nuestro estudio el mayor diámetro de entre los casos descritos (14 mm) correspondió con un paciente englobado en el grupo de edad de entre los 15 y los 30 años.

El 91.8% de las lesiones que hemos estudiado fueron pigmentadas, siendo una mayoría de las lesiones pigmentadas descritas de un color diferente al marronáceo, negro o color piel. Esto parece concordar con la literatura, donde se describen a los nevus de Spitz como mayormente lesiones rojizas o rosáceas [1], aunque con predominio de las marronáceas en la población adulta. En nuestro estudio, las lesiones de aspecto marronáceo fueron las segundas más frecuentes. Es importante tener en cuenta que el color de las lesiones no siempre ha podido ser descrito en nuestro estudio, debido a que tras la fijación de la muestra este puede cambiar. Lo que en todos los casos se ha descrito es la presencia o ausencia de pigmentación de las mismas.

En nuestro estudio se aprecia una mayor predilección de los nevus de Spitz por las extremidades, como la literatura clásica lo describe [7]. Aunque en nuestro caso, la mayoría de las lesiones (36.1%) se presentaron en las extremidades superiores, lo que puede contrastar con los artículos actuales, que describen a esta lesión como mayormente localizada en extremidades inferiores [1][8]. Por otra parte, siguiendo la línea de estudios precedentes [1], se demuestra una predilección por la cabeza y cuello

en la infancia, en nuestro caso temprana; así como en la adolescencia esta tendencia se describe mayormente en las extremidades inferiores [9], lo mismo que muestra nuestro estudio.

El diagnóstico clínico de nevo de Spitz puede ser complicado debido a su semejanza con otros tumores cutáneos, por lo que es importante tener presente este tipo de lesiones dentro de los posibles diagnósticos diferenciales, así como ante un posible diagnóstico de nevo de Spitz, descartar otras entidades similares, como los nevos melanocíticos congénitos y adquiridos, el granuloma piogénico, el angiofibroma, etc. Además de, por supuesto, el melanoma. Aunque en nuestro estudio se acertó con el diagnóstico en un 43.8% de las ocasiones, 25 de las lesiones (34.2%) se confundieron clínicamente con nevos melanocíticos comunes. (**Figura 4**). Esto puede ser debido a que dentro de los diagnósticos diferenciales para el nevo de Spitz pigmentado, como son la mayoría de los que hemos estudiado, el principal diagnóstico diferencial junto con el melanoma, es el de precisamente nevos melanocíticos tanto congénitos como adquiridos [1]. Dentro de las características clínicas que se han tenido en cuenta para el diagnóstico clínico del nevo de Spitz destacan las descritas por Barnhill et al. [10] (**Tabla 8**). (**Figuras 5-8**).

Existen diferencias entre los distintos estudios en cuanto al tipo de nevo de Spitz más frecuente en función de su localización en las capas de la piel: considerando algunos más frecuente el tipo compuesto [1], mientras que para otros autores lo es el de la juncional o de la unión [11]. En nuestro estudio el tipo mayormente descrito fue el juncional (30 del total), seguido por el compuesto (29 del total), sin existir diferencias citológicas entre los diferentes tipos de nevos.

En contraposición con diferentes estudios, donde se describe un tipo celular mayoritariamente de componente mixto (epitelioide y fusiforme) [1][12], o principalmente compuesto por células epitelioideas [13][14][9] en nuestra serie encontramos una predominancia de células fusiformes en la histología de las lesiones. Si bien es cierto que la predominancia de un tipo celular epitelioide ha sido clásicamente relacionada con la existencia de células multinucleadas [15], en nuestro caso se relacionó significativamente con una mayor presencia de cuerpos de Kamino y de mitosis atípicas, en comparación con los tipos celulares fusiforme y mixtos. Presentando este mismo tipo una frecuencia significativamente menor de escisión de la unión, que consiste en una separación de la epidermis de los nidos de células névicas en la zona de la unión. Siguiendo la línea del estudio por Requena et al [15], los nevos de Spitz con predominio de células epitelioideas, en nuestro estudio fueron los que menormente se presentaron como nevos juncionales.

El nevo de Spitz clásico incluye en su definición el concepto de simetría [16] y buena

delimitación de la lesión, resultados que se obtuvieron en nuestro estudio en la inmensa mayoría de los casos (91.8%). En contraposición con el nevo de Spitz atípico, donde los márgenes se describen como irregulares, y la lesión se caracteriza por su asimetría [17]. En nuestra revisión, las lesiones con esas características fueron 6 y 5 de las 73 totales, respectivamente.

Igual que alrededor del 8.2% de las lesiones presentaron asimetría y bordes mal definidos, resulta interesante comentar que fueron encontradas mitosis atípicas en un mismo 8.2%. Constituyendo la presencia de las mismas, un importante factor de distinción entre los nevos de Spitz típicos y atípicos, y condicionando el pronóstico de la lesión [18]. Esto nos lleva a pensar que ese 8.2% de las lesiones anteriormente descritas, se correspondan con un subtipo atípico de nevo de Spitz.

Por otro lado, el nevo de Spitz se caracteriza por presentar citológicamente un bajo índice mitótico y ausencia de mitosis atípicas en planos profundos y de pleomorfismo nuclear; donde pueden estar presentes cuerpos de Kamino y siendo común la existencia de infiltrado inflamatorio perivascular, así como la de telangiectasia y edema [11]. Todas estas características se confirman en nuestro estudio histopatológico (**Tablas 1 y 2**). La presencia de células névicas maduras es una importante característica diferencial entre el nevo de Spitz y el melanoma [1][8][19], siendo descritas las mismas en nuestro estudio en 70 de los 73 casos. Sin embargo, siguiendo la línea de otros estudios [9], aunque clásicamente la presencia de cuerpos de Kamino se ha considerado un importante dato para el diagnóstico de la lesión [20], en la actualidad su presencia constante está siendo cuestionada, pese a seguir siendo un apoyo para el diagnóstico de los nevos de Spitz [15]. En nuestro estudio únicamente se describieron cuerpos de Kamino en el 13.7% de las lesiones. El mismo fenómeno ocurrió con la presencia de diseminación pitegoides: su existencia está descrita en diferentes estudios [13][15], sin embargo, en nuestro estudio solo apareció en un 9.6% de los casos. Conviene destacar que, aunque los informes anatomopatológicos no fueron escritos siguiendo un patrón uniforme, todos ellos nombran algunas de las características citológicas de las recogidas en los estudios publicados [11]. Comentar también que se consensuó determinar que aquellas variables que no aparecían descritas en los informes, serían tomadas como no encontradas en la biopsia, siguiendo las instrucciones de los anatomopatólogos autores. (**Tabla 9**).

La inmunohistoquímica es una herramienta complementaria que apoya o no el diagnóstico de nevo de Spitz, pero cuya presencia nunca será suficiente como para diagnosticarlo por sí misma [1][4]. Las variables inmunohistoquímicas elegidas para nuestro estudio son las que principalmente se han relacionado con el diagnóstico diferencial entre nevo de Spitz y melanoma [17]. Es por lo anterior por lo que en nuestro

estudio no todos los informes anatomopatológicos hablaban de todos los marcadores descritos, pudiendo esto sesgar los resultados obtenidos. Por un lado, la expresión del antígeno HMB45 [21], que aunque se expresa tanto en el nevo de Spitz como en el melanoma, lo hace de manera diferente. En el caso de los nevos de Spitz, HMB45 presenta una mayor expresión en la superficie, y va disminuyendo progresivamente en profundidad. Esto es lo que se conoce como una expresión estratificada. La expresión de la proteína p16 [22], por su parte, es alta en los nevos de Spitz, mientras que en el caso de los melanomas suele estar ausente. Por otro lado, la proteína S100 se presenta débilmente en los nevos de Spitz, en comparación con cómo lo hace en los melanomas [23]. Lo que consideramos más importante a destacar en cuanto a la inmunohistoquímica en nuestro estudio, es precisamente la tinción estratificada de HMB45 (19.2%), ya que en todos los casos en los que se describe la existencia de este antígeno, lo hace siguiendo este modo de expresión.

Nuestro estudio demuestra un comportamiento benigno de los nevos de Spitz diagnosticados histopatológicamente, confirmando los resultados de estudios previos [24].

Aun así varios autores, como Barnhill et al, recomiendan la extirpación completa de los nevos de Spitz una vez diagnosticados [11], dado a que el mayor riesgo de desarrollo de melanoma en pacientes diagnosticados de nevo de Spitz está actualmente descrito, en comparación con otros individuos de su misma edad y sexo [25][26]. Por esto es recomendable realizar un seguimiento periódico a estos pacientes, dependiendo su frecuencia de los factores de riesgo asociados (antecedentes familiares de melanoma, presencia de nevos atípicos, fototipo, etc) [27]. Además, todas las lesiones se extirparon mediante biopsia excisional, lo que está relacionado con la poca incidencia (menos del 20%) de márgenes infiltrados. La revisión de estudios como el de Michael E. Murphy et al. [28] invita a pensar que ninguno de los 73 pacientes a estudio presentó recidivas, melanomas, ni metástasis debido probablemente a la técnica quirúrgica empleada en la extirpación de la lesión.

Por otro lado, teniendo en cuenta los parámetros empleados en la estratificación del riesgo de malignidad y/o aparición de metástasis en pacientes con nevo de Spitz, que incluyen la edad, el diámetro de la lesión, la implicación de grasa subcutánea, la presencia de ulceración y la actividad mitótica [17], se concluye que la mayoría de nuestros pacientes presentaban un score menor o igual a dos, considerado de bajo riesgo, concordando con la ausencia de metástasis en el estudio.

7. CONCLUSIONES

- El nevo de Spitz supone un reto diagnóstico en nuestra consulta. En nuestro estudio el diagnóstico clínico solo fue acertado en un 43.8% de los pacientes.
- Su posible evolución a malignidad y su importante diagnóstico diferencial con el melanoma hace necesario conocer sus principales características, tanto clínicas como histológicas. En línea con estudios precedentes, nuestro trabajo concluye que el diámetro menor de un centímetro, la simetría y buena delimitación de la lesión, la presencia de células névicas maduras en la biopsia y la ausencia de mitosis atípicas en profundidad, entre otras características, apoyan el diagnóstico de nevo de Spitz.
- En la actualidad los avances en inmunohistoquímica están ayudando a la diferenciación entre nevo de Spitz y melanoma, sin embargo, siguen sin haberse establecido con exactitud parámetros específicos que los distinga por completo.
- Aunque generalmente es una patología considerada principalmente pediátrica, debido a la mayor prevalencia de la misma en esta edad, es importante tener presente su diagnóstico diferencial en otros grupos de edad. Nuestro estudio concluye que hasta la cuarta década de la vida estas lesiones pueden ser relativamente frecuentes.

8. AGRADECIMIENTOS

Por su paciencia y dedicación al Dr. Jesús Vega Gutiérrez, el Dr. Manuel González Sagrado, el Dr. Diego González González y el Dr. Daniel Colinas Rejero.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Sainz-Gaspar L, Sánchez-Bernal J, Noguera-Morel L, Hernández-Martín A, Colmenero I, Torrelo A. Nevo de Spitz y otros tumores spitzoides en la infancia. Parte 1: aspectos clínicos, histológicos e inmunohistoquímicos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2020;111:7-19.
2. Sainz-Gaspar L, Sánchez-Bernal J, Noguera-Morel L, Hernández-Martín A, Colmenero I, Torrelo A. Nevo de Spitz y otros tumores spitzoides en la infancia. Parte 2: características citogenéticas y moleculares. Pronóstico y tratamiento. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2020;111:20-5.
3. Dimonitsas E, Liakea A, Sakellariou S, Thymara I, Giannopoulos A, Stratigos A, et al. An update on molecular alterations in melanocytic tumors with emphasis on Spitzoid lesions. *Ann. Transl. Med.* 2018;6:249-249.
4. Yoradjian A, Enokihara MMS e S, Paschoal FM. Spitz nevus and Reed nevus. *An. Bras. Dermatol.* 2012;87:349-59.
5. Yori F, Sanjinés L, Badano L, Dufrechou L, Nicoletti S, Borges AL. Nevo de Spitz en la infancia: el gran simulador de melanoma. *Arch. Pediatría Urug.* :7.
6. Zaenglein AL, Heintz P, Kamino H, Zisblatt M, Orlow SJ. Congenital Spitz nevus clinically mimicking melanoma. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2002;47:441-4.
7. Spitz S. Melanomas of Childhood. *Am. J. Pathol.* 1948;24:591-609.
8. Yeh I. New and evolving concepts of melanocytic nevi and melanocytomas. *Mod. Pathol.* 2020;33:1-14.
9. Berlingeri-Ramos AC, Morales-Burgos A, Sánchez JL, Nogales EM. Spitz Nevus in a Hispanic Population: A Clinicopathological Study of 130 Cases. *Am. J. Dermatopathol.* 2010;32:267-75.
10. Barnhill RL, Argenyi ZB, From L, Glass LF, Maize JC, Mihm MC, et al. Atypical spitz nevi/tumors: Lack of consensus for diagnosis, discrimination from melanoma, and prediction of outcome. *Hum. Pathol.* 1999;30:513-20.

11. Situm M, Bolanca Z, Buljan M, Tomas D, Ivancić M. Nevus Spitz--everlasting diagnostic difficulties--the review. *Coll. Antropol.* 2008;32 Suppl 2:171-6.
12. De Giorgi V, Venturi F, Scarfi F, Trane L, Silvestri F, Savarese I, et al. Clinical and dermoscopic polymorphisms in agminated Spitz nevi: Ugly presentation but benign behavior. *Pediatr. Dermatol.* 2021;38:461-3.
13. Cesinaro AM, Foroni M, Sighinolfi P, Migaldi M, Trentini GP. Spitz nevus is relatively frequent in adults: a clinico-pathologic study of 247 cases related to patient's age. *Am. J. Dermatopathol.* 2005;27:469-75.
14. Paniago-Pereira C, Maize JC, Ackerman AB. Nevus of large spindle and/or epithelioid cells (Spitz's nevus). *Arch. Dermatol.* 1978;114:1811-23.
15. Requena C, Requena L, Kutzner H, Yus ES. Spitz Nevus: A Clinicopathological Study of 349 Cases. *Am. J. Dermatopathol.* 2009;31:107-16.
16. Arenas R. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento.* México: McGraw Hill; 2013.
17. Barnhill RL. The Spitzoid lesion: rethinking Spitz tumors, atypical variants, 'Spitzoid melanoma' and risk assessment. *Mod. Pathol.* 2006;19:S21-33.
18. Manchi M, Canzonieri V. Atypical melanocytic lesions: a historical overview. *Pol. J. Pathol.* 2019;70:26-32.
19. Ferrara G, Gianotti R, Cavicchini S, Salviato T, Zalaudek I, Argenziano G. Spitz Nevus, Spitz Tumor, and Spitzoid Melanoma. *Dermatol. Clin.* 2013;31:589-98.
20. Kamino H, Misheloff E, Ackerman AB, Flotte TJ, Greco MA. Eosinophilic globules in Spitz's nevi: New findings and a diagnostic sign. *Am. J. Dermatopathol.* 1979;1:323-4.
21. Bergman R, Dromi R, Trau H, Cohen I, Lichtig C. The Pattern of HMB-45 Antibody Staining in Compound Spitz Nevi: *Am. J. Dermatopathol.* 1995;17:542-6.

22. Paradela S, Fonseca E, Pita S, Kantrow SM, Goncharuk VN, Diwan H, et al. Spitzoid melanoma in children: clinicopathological study and application of immunohistochemistry as an adjunct diagnostic tool. *J. Cutan. Pathol.* 2009;36:740-52.
23. Rode J, Williams RA, Jarvis LR, Dhillon AP, Jamal O. S100 protein, neurone specific enolase, and nuclear DNA content in Spitz naevus. *J. Pathol.* 1990;161:41-5.
24. Massi D, Tomasini C, Senetta R, Paglierani M, Salvianti F, Errico ME, et al. Atypical Spitz tumors in patients younger than 18 years. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2015;72:37-46.
25. Sepehr A. Long-term Outcome of Spitz-Type Melanocytic Tumors. *Arch. Dermatol.* 2011;147:1173.
26. Harvell JD, Bastian BC, LeBoit PE. Persistent (Recurrent) Spitz Nevi: A Histopathologic, Immunohistochemical, and Molecular Pathologic Study of 22 Cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 2002;26:654-61.
27. Hawryluk, Elena B. Spitz nevus/tumor in children: Diagnosis and management [Internet]. UpToDate 2022 [citado 2022 abr 17]; Disponible en: <https://www-uptodate-com.ponton.uva.es/contents/spitz-nevus-tumor-in-children-diagnosis-and-management/contributors>
28. Murphy ME, Boyer JD, Mitchell E, Stashower, Zitelli JA. The Surgical Management of Spitz Nevi. *Dermatol. Surg.* 2002;28:1065-9.

10. ANEXO

Tabla 3. Correlación entre el tipo de nevus y el tipo celular. ($p=0.043$)

	TIPO CELULAR			TOTAL
	Epitelioide	Fusiforme	Mixto	
Nevus compuesto Recuento (% de tipo celular)	4 (44.4%)	19 (42.2%)	6 (46.2%)	29 (43.3%)
Nevus intradérmico Recuento (% de tipo celular)	4 (44.4%)	3 (6.7%)	1 (7.7%)	8 (11.9%)
Nevus de la unión Recuento (% de tipo celular)	1 (11.1%)	23 (51.1%)	6 (46.2%)	30 (44.8%)
TOTAL	9 (100%)	46 (100%)	15 (100%)	73 (100%)

Tabla 4. Correlación entre la presencia de cuerpos de Kamino y el tipo celular. ($p=0.018$)

	TIPO CELULAR			TOTAL
	Epitelioide	Fusiforme	Mixto	
Ausencia de cuerpos de Kamino Recuento (% de tipo celular)	7 (58.3%)	43 (93.5%)	13 (86.7%)	63 (86.3%)
Presencia de cuerpos de Kamino Recuento (% de tipo celular)	5 (41.7%)	3 (6.5%)	2 (13.3%)	10 (13.7%)
TOTAL	12 (100%)	46 (100%)	15 (100%)	73 (100%)

Tabla 5. Correlación entre la existencia de mitosis atípicas y el tipo celular. ($p=0.038$)

	TIPO CELULAR			TOTAL
	Epitelioide	Fusiforme	Mixto	
Ausencia de mitosis atípicas Recuento (% de tipo celular)	9 (75%)	45 (97.8%)	13 (86.7%)	67 (91.8%)
Presencia de mitosis atípicas Recuento (% de tipo celular)	3 (25%)	1 (2.2%)	2 (13.3%)	6 (8.2%)
TOTAL	12 (100%)	46 (100%)	15 (100%)	73 (100%)

Tabla 6. Correlación entre la presencia de escisión de la unión el tipo celular. ($p=0.023$)

	TIPO CELULAR			TOTAL
	Epitelioide	Fusiforme	Mixto	
Ausencia de escisión de la unión Recuento (% de tipo celular)	11 (91.7%)	22 (47.8%)	9 (60%)	42 (57.5%)
Presencia de escisión de la unión Recuento (% de tipo celular)	1 (8.3%)	24 (52.2%)	6 (40%)	31 (42.5%)
TOTAL	12 (100%)	46 (100%)	15 (100%)	73 (100%)

Tabla 7. Correlación entre la existencia de edema dérmico superficial y el tipo celular. ($p=0.033$)

	TIPO CELULAR			TOTAL
	Epitelioide	Fusiforme	Mixto	
Ausencia de edema dérmico superficial Recuento (% de tipo celular)	8 (66.7%)	42 (91.3%)	10 (66.7%)	60 (82.2%)
Presencia de edema dérmico superficial Recuento (% de tipo celular)	4 (33.3%)	4 (8.7%)	5 (33.3%)	13 (17.8%)
TOTAL	12 (100%)	46 (100%)	15 (100%)	73 (100%)

Tabla 8. Características tenidas en cuenta para la realización del diagnóstico clínico.

CONFIGURACIÓN	Papular o en forma de cúpula
TAMAÑO	Menor de 1 cm
SUPERFICIE	Lisa
COLOR	Rojo/rosado. Distintas variantes de pigmentación
EDAD	Entre la infancia y la adolescencia
LOCALIZACIÓN	Cara y extremidades
CLÍNICA	Asintomáticos
CRECIMIENTO	Patrón de crecimiento acelerado, menos de un año

Tabla 9. Tabla adaptada de: Barnhill RL. The Spitzoid lesion: rethinking Spitz tumors, atypical variants, 'Spitzoid melanoma' and risk assessment. Mod Pathol. febrero de 2006;19(S2):S21-33, según las variables tenidas en cuenta en nuestro estudio.

	NEVO DE SPITZ TÍPICO	NEVO DE SPITZ ATÍPICO	MELANOMA
Criterios morfológicos			
<i>Diámetro</i>	< 5-6 mm	≥ 5-6 mm	≥ 10 mm
<i>Simetría</i>	Simétrico	Asimétrico	Asimétrico
<i>Circunscripción</i>	Bordes bien definidos	Generalmente bordes mal definidos	Bordes mal definidos
<i>Células névicas maduras en profundidad</i>	Presentes	Disminuidas	Ausentes
<i>Cuerpos de Kamino</i>	Presentes	Ausentes o en poca cantidad	Típicamente ausentes
Criterios citológicos			
<i>Tipo celular</i>	Uniforme. Células fusiformes y/o epitelioides	Células fusiformes y/o epitelioides con atipia	Células fusiformes y/o epitelioides con atipia y pleomorfismo
<i>Nucleolo</i>	Uniforme	Prominente	Gigante
<i>Pleomorfismo nuclear</i>	Raro	Puede estar presente	Generalmente presente
Proliferación			
<i>Mitosis atípicas</i>	Ausentes	Pueden estar presentes en profundidad	Frecuentemente presentes

Figura 1. Edad al diagnóstico de nevo de Spitz en nuestra población a estudio.

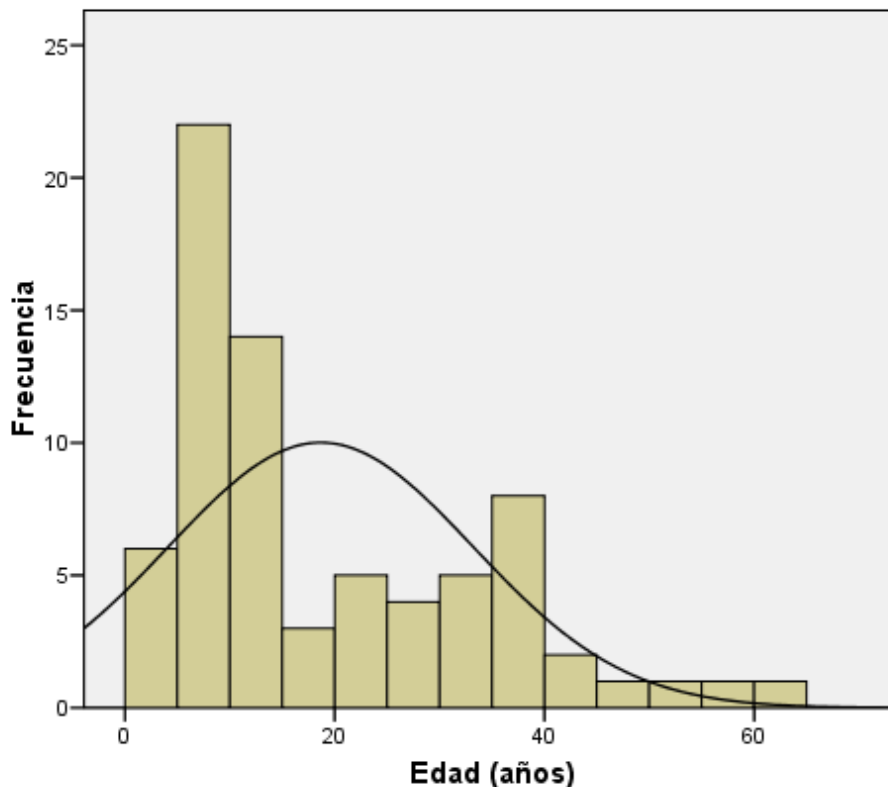


Figura 2. Relación entre el diagnóstico clínico y el tamaño de la lesión.

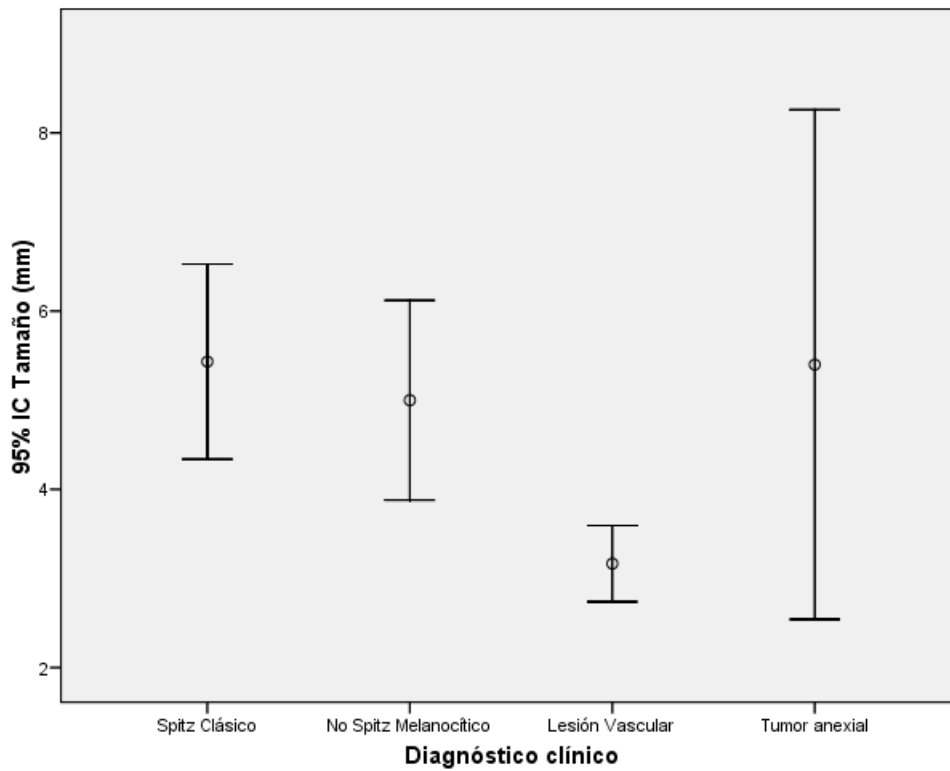


Figura 3. Prevalencia de nevo de Spitz según los rangos de edad en nuestro estudio.

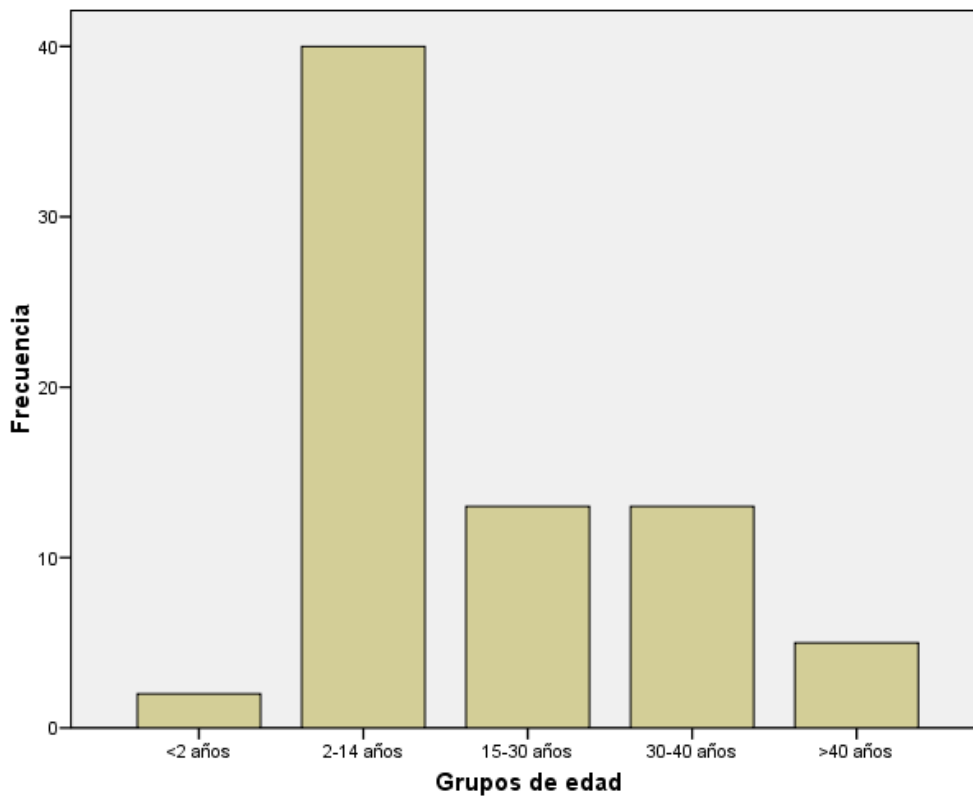


Figura 4. (A) Tipo de diagnóstico clínico. (B) Edad en cada diagnóstico clínico.

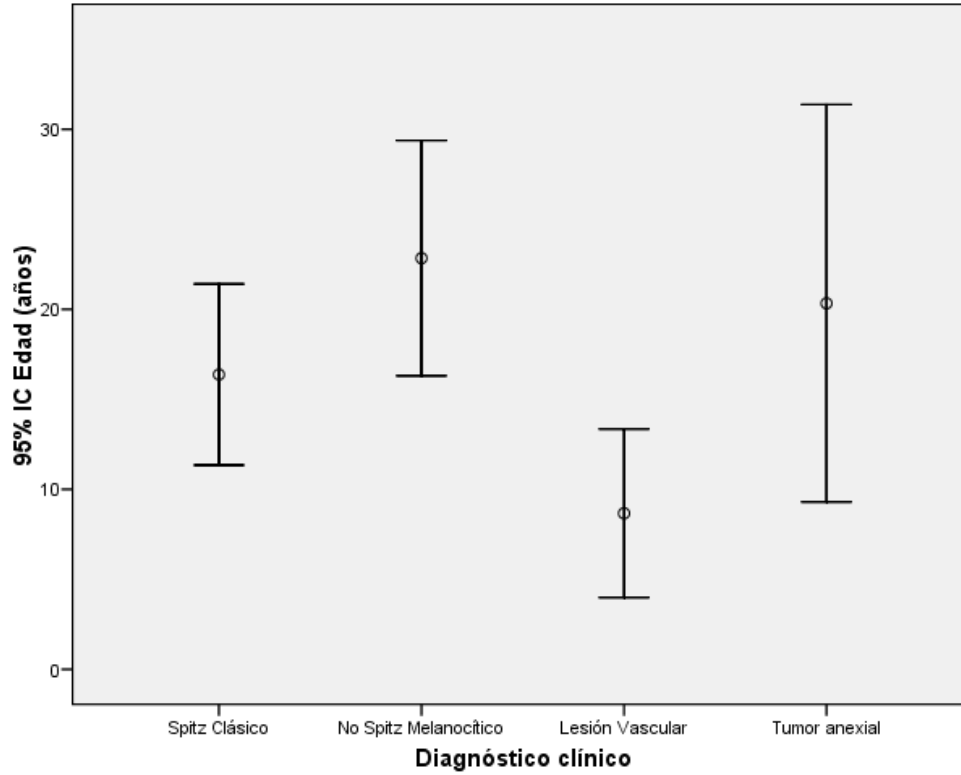
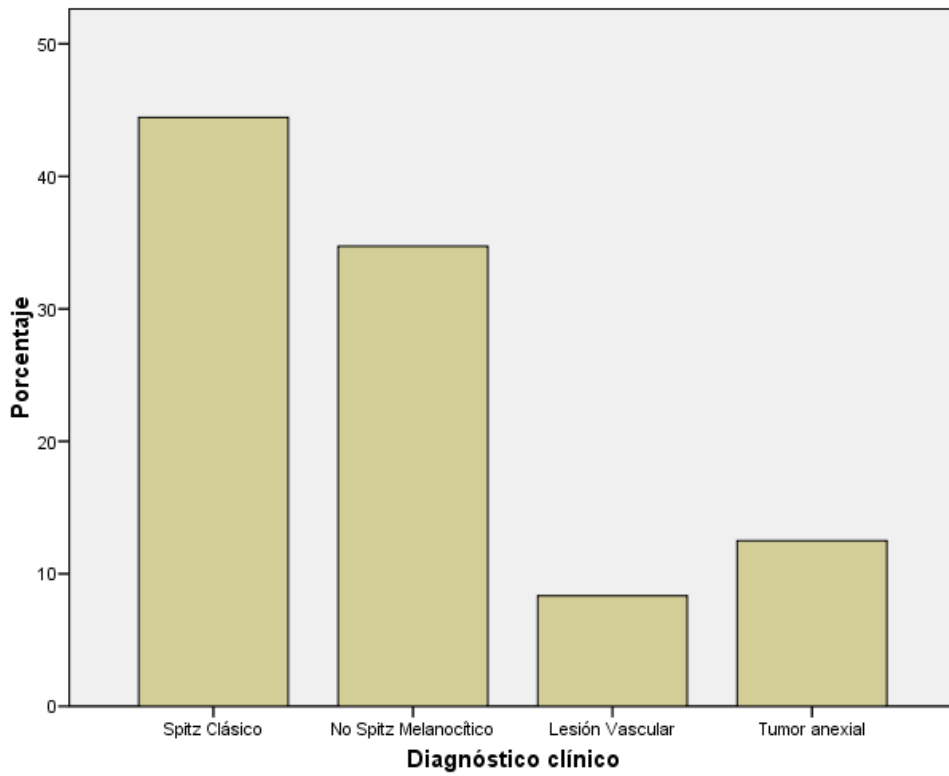


Figura 5. Variante pigmentada de nevo de Spitz congénito en niño de diez años, localizado en extremidad inferior. Diagnóstico diferencial con nevo melanocítico congénito.



Figura 6. Variante pigmentada de nevo de Spitz en niño de edad pediátrica, localizado en extremidad superior. Diagnóstico diferencial con melanoma.

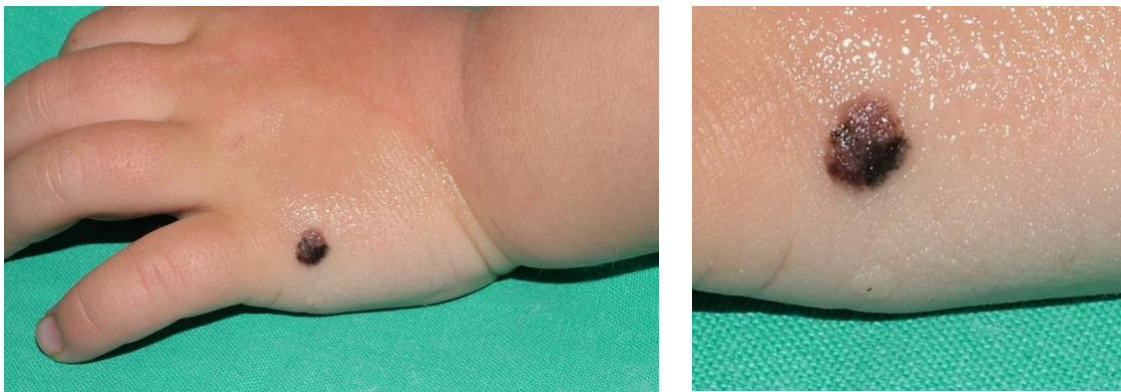


Figura 7. Variante clásica de nevo de Spitz en niño de edad pediátrica, localizado en extremidad inferior. Diagnóstico diferencial con Molluscum contagiosum.



Figura 8. Variante clásica de nevo de Spitz en niño de edad pediátrica, localizado en extremidad superior. Diagnóstico diferencial con granuloma piogénico.



Nevo de Spitz: epidemiología y revisión clínico-patológica de los casos registrados en un hospital universitario de tercer nivel

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Marta Busto Busto
Dr. Jesús Vega Gutiérrez

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El nevo de Spitz es un tipo de nevo melanocítico poco frecuente típico de la edad pediátrica, que está formado por células fusiformes y/o epitelioides. Su conocimiento es de especial importancia por su similitud con el melanoma y su potencial malignización.

El **objetivo principal** es analizar los datos epidemiológicos de los pacientes con nevo de Spitz en la población del Área Oeste de Valladolid y el estudio de la concordancia clínico-patológica de los mismos.

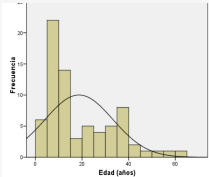


Figura 1. Edad en los pacientes a estudio. La edad no sigue una distribución normal. (Rango min-máx: 10 meses - 64 años)

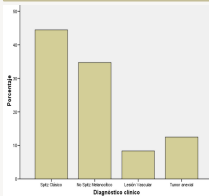


Figura 2. Diagnósticos clínicos de los pacientes a estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo de los pacientes diagnosticados anatomopatológicamente de nevo de Spitz durante el periodo 2010-2020 en el Área de Salud Valladolid Oeste (atiende una población de 260.000 habitantes).

Se analizaron 35 variables: epidemiológicas, clínicas, histológicas/histopatológicas e inmunohistoquímicas y evolutivas.

RESULTADOS

Epidemiológicos

- De los 73 pacientes estudiados, el 57.5% se encontraban en edad pediátrica (**Figura 1**).
- Las lesiones se localizaron más frecuentemente en extremidades superiores, con un tamaño medio de 5.6 mm (**Tabla 1**).

Clínicos

- La variante pigmentada fue la más frecuente (91.8%).
- El diagnóstico clínico fue acertado en el 43.8% de casos, siendo mayormente confundido con el nevo melanocítico (**Figura 2**).

Histopatológicos

- El tipo celular más frecuente fue el **fusiforme**: en él fue significativamente menos frecuente el **edema dérmico superficial** ($p=0.033$) (**Tablas 1 y 2**).

VARIABLES MAYORES	DESCRIPCIÓN
TAMAÑO	5.6 ± 2.64
BORDES	
Definidos	67 (91.8%)
No infiltrados	59 (80.8%)
SIMETRÍA	67 (91.8%)
TIPO DE NEVUS	
Compuesto	29 (39.7%)
Intradérmico	8 (11%)
De la unión	30 (41.1%)

VARIABLES MENORES	DESCRIPCIÓN
AUSENCIA DE MITOSIS ATÍPICAS	67 (91.8%)
ESCIÓN DE LA UNIÓN	31 (42.5%)
EDEMA DÉRMICO SUPERFICIAL	13 (17.8%)
AUSENCIA DE PLEOMORFISMO NUCLEAR	43 (58.9%)

Tabla 1. Variables histopatológicas mayores de los nevus de Spitz estudiados.

Tabla 2. Variables histopatológicas menores de los nevus de Spitz estudiados.

	NEVO DE SPITZ TÍPICO	NEVO DE SPITZ ATÍPICO	MELANOMA
Diámetro	< 5-6 mm	≥ 5-6 mm	≥ 10 mm
Simetría	Simétrico	Asimétrico	Asimétrico
Circunscripción	Bordes bien definidos	Generalmente bordes mal definidos	Bordes mal definidos
Células névicas maduras en profundidad	Presentes	Disminuidas	Ausentes
Cuerpos de Kamino	Presentes	Ausentes o en poca cantidad	Típicamente ausentes
Tipo celular	Uniforme. Células fusiformes y/o epitelioides	Células fusiformes y/o epitelioides con atipia	Células fusiformes y/o epitelioides con pleomorfismo
Pleomorfismo nuclear	Raro	Puede estar presente	Generalmente presente
Mitosis atípicas	Ausentes	Pueden estar presentes en profundidad	Frecuentemente presentes

Tabla 4. Principales diferencias entre nevo de Spitz típico, nevo de Spitz atípico y melanoma.

NEVO DE SPITZ CONVENCIONAL



NEVO DE SPITZ PIGMENTADO



CONCLUSIONES

- ✓ El nevo de Spitz supone un reto diagnóstico.
- ✓ Su conocimiento es de especial importancia por su similitud con el melanoma y su potencial malignización.
- ✓ En línea con estudios precedentes, nuestro trabajo concluye que el diámetro menor de 1 cm, la simetría y la buena delimitación de la lesión, la presencia de células névicas maduras en la biopsia y la ausencia de mitosis atípicas en profundidad, entre otras características, apoyan el diagnóstico de nevo de Spitz.
- ✓ En la actualidad los avances en inmunohistoquímica están ayudando a la diferenciación entre nevo de Spitz y melanoma.
- ✓ Aunque es una patología considerada principalmente pediátrica, es importante tener presente su diagnóstico diferencial en otros grupos de edad.

NEVO DE SPITZ CONVENCIONAL (HIPOPIGMENTADO)	Granuloma piogénico Mastocitoma Hemangioma Angiofibroma Xantogranuloma juvenil Moluscum contagiosum Melanoma amelanocítico
NEVO DE SPITZ PIGMENTADO	Nevus melanocíticos Melanoma
NEVO DE SPITZ DESMOPLÁSICO	Queloides Dermatofibroma
NEVO DE SPITZ MÚLTIPLE	Melanoma metastásico

Tabla 3. Diagnósticos diferenciales del nevo de Spitz

BIBLIOGRAFÍA

- Spitz S. Melanomas of Childhood. Am J Pathol. mayo de 1948;24(3):591-609
- Sáinz-Gaspar L, Sánchez-Bernal J, Noguera-Morel L, Hernández-Martín A, Colmenero J, Torrelo A. Nevo de Spitz y otros tumores spitzoides en la infancia. Parte I: aspectos clínicos, histológicos e inmunohistoquímicos. Actas Dermo-Sifiligráficas. enero de 2020;111(1):7-19.
- Barnhill RL. The Spitzoid lesion: rethinking Spitz tumors, atypical variants, 'Spitzoid melanoma' and risk assessment. Mod Pathol. febrero de 2006;19(S2):S21-33.
- Manchi M, Canonzieri V. Atypical melanocytic lesions: a historical overview. Pol J Pathol. 2019;70(1):26-32
- Barnhill RL. The Spitzoid lesion: rethinking Spitz tumors, atypical variants, 'Spitzoid melanoma' and risk assessment. Mod Pathol. febrero de 2006;19(S2):S21-33.
- Requena C, Requena L, Kutzner H, Yus ES. Spitz Nevus: A Clinicopathological Study of 349 Cases. Am J Dermatopathol. abril de 2009;31(2):107-16.

UVa



Universidad de Valladolid



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA