

GUIA 12.

NEVUS Y MELANOMAS

MELANOCITO: Célula originada en la cresta neural, con capacidad para sintetizar melanina. Se ubica en la capa basal entre los queratinocitos; carece de puentes intercelulares y posee largas prolongaciones dendríticas a través de las cuales transfiere la melanina a las otras células epidérmicas.

Existen melanocitos: PIEL, MUCOSAS, OJOS Y COROIDES.

TUMORES BENIGNOS: NEVUS
TUMORES MALIGNOS: MELANOMA

NEVUS (O NEVOS) MELANOCÍTICOS.

Son los vulgares “lunares”.

A diferencia del melanocito, las células névicas aparecen agrupadas, contactando unas con otras, y tienen dendritas muy cortas que no se ven con el microscopio óptico.

Según el momento de aparición se clasifican en **CONGÉNITOS** y **ADQUIRIDOS**

Desde el punto de vista histopatológico, según afecten epidermis solamente, epidermis y dermis al mismo tiempo, o sólo la dermis:

- DE UNION
- COMPUESTOS
- INTRADÉRMICOS

-----O-----

Los Nevus melanocíticos (N.) son los tumores benignos más comunes de la piel. Raramente están presentes desde el nacimiento (N. M. CONGÉNITOS). El 99% son adquiridos.

Pueden encontrarse en cualquier parte de la superficie corporal e incluso en las mucosas.

-NEVUS DE UNION: Los melanocitos proliferantes ocupan la zona de unión dermoepidérmica. Se agrupan en nidos o tecas ubicadas dentro de la epidermis; las células son redondeadas o poligonales, algunas fusiformes, de aspecto regular, y contienen cantidades variables de melanina.

Se expresan clínicamente como manchas planas y muy pigmentadas.

-NEVUS COMPUESTO: Además de nidos en la epidermis existen nidos y agregados densos en la dermis superior y media. Clínicamente son cupuliformes y con pigmentación variable.

-NEVUS INTRADÉRMICO: No hay acúmulos en la epidermis. En dermis superior vemos nidos y cordones de melanocitos, que en profundidad se disponen en bandas o haces que se entremezclan con el colágeno; generalmente carecen de melanina. Clínicamente: elevados de superficie irregular, lobulada o papilomatosa, sin pigmentación.

NEVOS MELANOCÍTICOS CONGÉNITOS

REPRESENTAN EL 1% DE LOS NEVOS

PRESENTES DESDE EL NACIMIENTO

TAMAÑO VARIABLE: PEQUEÑOS O GIGANTES (1 A VARIOS CM)

COLOR NEGRO

SUPERFICIE RUGOSA CON PELOS LARGOS

GENERALMENTE DE TIPO “COMPUESTO”

<i>NEVUS TÍPICOS</i>	<i>ATÍPICOS O DISPLÁSICOS</i>
Diámetro hasta 5 mm	Diámetro mayor a 6 mm
Simétricos	Asimétricos
Contornos regulares	Contorno irregular
Plano o elevado	Elevación central sobre mancha plana (huevo frito)
Un solo color, uniforme	Coloración variable (marrón, rosado, etc.)
Cualquier parte de la piel	Asientan en piel cubierta (tronco)
Número variable	Habitualmente numerosos (familiares)
Unión-Compuesto-Intradérmico	Tipo compuesto “desordenado”
Sin atipias nucleares	Irregularidad en el núcleo de algunas células

MELANOMA (M.M.): Neoplasia maligna originada en los melanocitos. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo donde existan melanocitos: PIEL, MUCOSAS, OJOS Y COROIDES.

Etiología Desconocida. Factores que favorecen el desarrollo de M.M.: radiación solar, factores raciales, factores genéticos.

Pueden ser ÚNICOS O MÚLTIPLES (estos últimos familiares)

Aparecen sobre piel SANA O SOBRE LESIÓN PREVIA (Nevus displásico o N. M. congénito).

Se inicia en los melanocitos BASALES (unión dermoepidérmica) y crecen inicialmente dentro de la epidermis (IN SITU) en la llamada fase de CRECIMIENTO HORIZONTAL O RADIAL. Luego de un tiempo variable rompen la membrana basal e invaden la dermis (Fase de CRECIMIENTO VERTICAL) adquiriendo la capacidad de dar metástasis.

CLASIFICACIÓN: Se reconocen 4 tipos en base a características clínicas y patrón de crecimiento.

M. LÉNTIGO MALIGNO: Ancianos, piel expuesta al sol. Mancha de contorno irregular, con color pardo en tonos variables y áreas blancas, crecimiento extensivo lento. Larga fase radial; sólo 33% desarrollan invasión.

EXTENSIVO SUPERFICIAL: Es el más frecuente, asienta en áreas de piel no expuesta (dorso en el hombre y piernas en la mujer). Lesión elevada de menos de 2,5 cm de diámetro, borde irregular, con escotaduras (aspecto arriñonado) y con varios colores: pardo, negro (melanina en epidermis), azul (melanina en la dermis), rojo (por reacción inflamatoria) y blanco (pérdida de pigmento en áreas de regresión espontánea). La fase de invasión se produce luego de un periodo generalmente menor de un año. Se expresa por aparición de un nódulo o áreas ulceradas.

M. LENTIGINOSO ACRAL: Asienta en palmas, plantas regiones ungueales y periungueales. Periodo de crecimiento in situ (radial) muy breve.

M. NODULAR: Desde el inicio tiene crecimiento vertical, CARECE de crecimiento radial. Aparece como un nódulo pigmentado (negro) en nidos irregulares.

MELANOMAS MUCOSOS: Pueden asentar en la boca (labios y encías), nariz, vías aéreas superiores, esófago, genitales y región anorectal. Histológicamente es similar al M.L.A. (M. Lentiginoso Acral), pero el pronóstico es aún más pobre. A veces son nodulares y con cierta frecuencia son amelanóticos.

Cualquiera sea el tipo, la melanización variable; algunos carecen de melanina, no tienen color y se llaman AMELANÓTICOS.

METÁSTASIS: LINFÁTICA: Permeación: “satélites” en piel vecina
Embolización: ganglios regionales.
HEMÁTICA: Pulmón, cerebro, hígado.

FACTORES PRONÓSTICOS: EDAD, SEXO, LOCALIZACIÓN, ASOCIACIÓN CON LESIÓN NÉVICA PREEXISTENTE, TIPO HISTOLOGICO.

El factor pronóstico más importante es el GROSOR DEL TUMOR, evaluable por 2 métodos:

A) Grosor de BRESLOW: se mide el espesor del tumor desde la capa granulosa hasta la extensión mas inferior de la lesión. Hasta 0,76 mm la curación se obtiene en 100% de los casos, luego se reduce notablemente la sobrevida.

B) NIVELES DE CLARK: Nivel I: in situ Nivel II: invade dermis papilar sin llegar a la reticular. Nivel III: ocupa toda la papilar y llega a la reticular sin invadirla. Nivel IV: invade dermis reticular. Nivel V: invade grasa subcutánea.

**EXTIRPANDO UNA LESIÓN IN SITU LA CURACIÓN SE LOGRA EN 100% DE LOS CASOS.
ES INDISPENSABLE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ.**