

y aleatorizado que comparó azitromicina con placebo, en el que se demostró diferencia significativa en la disminución del tamaño de la adenopatía durante el primer mes. En nuestros casos, se resolvieron uno con tratamiento con azitromicina y el otro espontáneamente.

Nosotros presentamos estos casos por haber ocurrido simultáneamente en la misma familia. Esto ha sido previamente descrito en la literatura, ya que es fácil que ocurra la enfermedad en distintos miembros si conviven con gatos. Nuestros casos ocurren simultáneamente, lo cual también ha sido descrito: incluso 3 casos simultáneos (2 hermanos con adenopatía como clínica y un tercero como fiebre de origen desconocido)¹⁰.

Como conclusiones podemos destacar que hay que tener presente esta entidad ante el estudio de un niño con adenopatía, sobre todo si convive con gatos, y pensar que puede haber más miembros de la misma familia afectados.

Bibliografía

1. Fabbi M, De Gaudi L, Tranquillo M, et al. Prevalence of Bartonella henselae in italian stray cats: evaluation of serology to assess the risk of transmission of Bartonella to humans. *J Clin Microbiol.* 2004;42:264–8.
2. English R. Enfermedad por arañazo de gato. *Pediatrics in Review.* 2006;27:123–8.
3. Batts S, Demers DM. Spectrum and treatment of cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis J.* 2004;23:1161–2.
4. Conrad DA. Treatment of cat-scratch disease. *Curr Opin Pediatr.* 2001;13:56–9.
5. Bass JW, Freitas BC, Freitas A. Prospective randomized double blind placebo-controlled evaluation of azithromycin for treatment of cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis J.* 1998;17:447–52.
6. Lerdlueeeporn P, Krogstad P, Roberts RL, et al. Oral corticosteroids in cat-scratch disease. *Clin Pediatr.* 2003;42:71–3.
7. Massei F, Messina F, Gori L, et al. High prevalence of antibodies to Bartonella henselae among italian children without evidence of cat scratch. *Clin Infect Dis.* 2003;38:145–8.
8. Reynolds MG, Colman RC, Curns AT, et al. Epidemiology of cat-scratch disease hospitalizations among children in the United States. *Pediatr Infect Dis J.* 2005;24:700–4.
9. Manfredi R, Sabbatani S, Chiodo F. Bartonellosis: light and shadows in diagnostic and therapeutic issues. *Clin Microbiol Infect.* 2005;11:167–9.
10. Gonzalez BE, Correa AG, Kaplan SL. Cat-scratch disease occurring in three siblings simultaneously. *Pediatr Infect Dis J.* 2003;22:467–8.

S. Guillén Martín, J. Jensen, L.M. Prieto Tato y
J.T. Ramos Amador
Servicio de Pediatría. Hospital de Universitario de Getafe.
Getafe. Madrid. España
Correo electrónico: sguillenmartin@hotmail.com
(S. Guillén Martín)

C. García-Esteban e I. García-Bermejo
Servicio de Microbiología. Hospital de Universitario de
Getafe. Getafe. Madrid. España

C. Sánchez-Pina
Centro de Salud Griñón. Área 10 de Madrid. Madrid. España

P. Anda
Laboratorio de Patógenos especiales. Centro Nacional de
Microbiología. Majadahonda. Madrid. España

doi:10.1016/j.anpedi.2008.08.014

Nódulo proliferativo sobre nevus melanocítico congénito gigante

A giant congenital melanocytic nevus with a proliferative nodule

Sr. Editor:

Los nódulos proliferativos (NP) o melanoblastomas son lesiones poco frecuentes, compuestas de proliferaciones celulares de melanocitos que se suelen presentar al nacimiento sobre nevus congénitos. Histológicamente, están constituidos por una proliferación de melanocitos de mediano tamaño, con núcleos con leve atipia citológica, presencia de nucléolos de gran tamaño y citoplasmas eosinófilos, algunos con pigmento melánico. El índice mitótico es bajo y no suelen presentar necrosis. Estos

nódulos plantean el diagnóstico diferencial, tanto clínico como histopatológico, con el melanoma maligno congénito (MMC).

Presentamos un varón, recién nacido a término de parto eutócico sin complicaciones, que fue derivado a nuestro servicio para valoración de un nevus melanocítico congénito gigante (NMCG). A la exploración se observaba una lesión pigmentada de 12 × 10 cm en la mitad superior de la espalda, y más de 20 lesiones hiperpigmentadas de menor tamaño (1-2 cm) en diferentes regiones anatómicas (fig. 1). Destacaba, sobre la lesión melanocítica, un nódulo eritematoso de 1 cm en la región escapular derecha (fig. 2). El resto de la exploración física del paciente fue normal, sin que se objetivasen adenopatías u organomegalias.

Con la sospecha clínica de NP frente a MMC sobre NMCG, realizamos una biopsia-extirpación de la lesión nodular. En ella, se observaba un fragmento cutáneo extensamente ulcerado (sobre la lesión se había colocado un apósito adhesivo, y al retirarlo, se produjo de forma iatrogénica dicha ulceración) con un nevus melanocítico intradérmico de hábito congénito que afectaba a los márgenes de resección. Ocupando toda la dermis y llegando focalmente al pániculo adiposo, se observaba una proliferación

Abreviaturas: NP, nódulo proliferativo; MMC, melanoma maligno congénito; NMCG, nevus melanocítico congénito gigante; RM, resonancia magnética.



Figura 1 Nevus melanocítico congénito gigante de 12 × 10 cm localizado en la espalda del paciente. En la imagen, se observan múltiples lesiones satélites pigmentadas de hasta 2 cm.



Figura 2 Se observa una lesión nodular eritematosa de 1 cm sobre el nevus congénito.

nodular, densamente celular y con clara delimitación del nevus congénito subyacente, constituida por células melanocíticas monomorfas que no mostraban maduración en profundidad (fig. 3). Las células eran de tamaño mediano, más grandes que las del nevus y presentaban unos núcleos uniformes, ovoides y redondos, con frecuente presencia de un nucléolo central. Los citoplasmas eran eosinófilos, mal delimitados y algunos presentaban pigmento melánico. No se observó extensión pagetoide. Se encontraron hasta 5 mitosis por 10 campos de gran aumento, presentes a todos los niveles de la lesión, ninguna de ellas con morfología atípica (fig. 4). El caso se diagnosticó de NP sobre NMCG.

Se realizaron una ecografía transfontanelar y una resonancia magnética (RM) que descartaron la existencia de melanocitosis neurocutánea.

El paciente fue intervenido del NMCG tras la aplicación de expansores cutáneos con lo que se obtuvo un buen resultado estético final.

El 1% de los recién nacidos presentan al nacer algún nevus (la frecuencia oscila, según las series, entre el 0,2 y el 5,9%)¹. Sin embargo, la incidencia de los NMCG es de 1/20.000 neonatos². El término «gigante» se emplea cuando

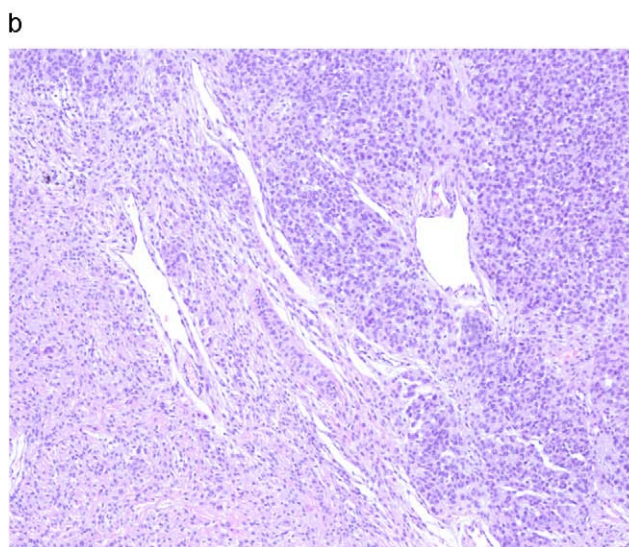
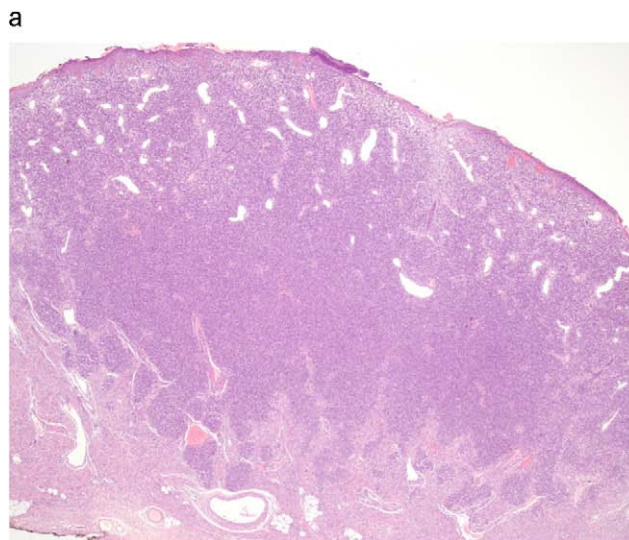


Figura 3 A: histología panorámica del nódulo en la que se observa una proliferación nodular de células melanocíticas monomorfas sin maduración en profundidad (H-E, × 4). B: en la imagen se observa la buena delimitación entre el nódulo y el nevus subyacente (H-E, × 10).

la lesión mide 20 cm o más o cuando se espera que ése sea su tamaño en la edad adulta²⁻⁴.

Hay pocos casos descritos en la literatura médica de NP sobre nevus congénitos. Los NP sobre nevus congénitos son proliferaciones melanocíticas de comportamiento biológico benigno, que aparecen en la dermis reticular durante el período neonatal⁵. Clínicamente su superficie es lisa, negra o marrón oscura, a veces ulcerada o hemorrágica². Histopatológicamente las células del NP son más grandes que las del nevus, presentan mayor cantidad de pigmento melánico intracitoplásmico y nucléolos prominentes⁶⁻¹¹. No todos los NP presentan mitosis, pero se han descrito casos en los que aparecen hasta 8 mitosis por campo⁷.

Debido a que la presencia de los nevus melanocíticos congénitos se debe a alguna alteración en la migración de los melanoblastos desde la cresta neural durante la embriogénesis, es necesario descartar que esa disregulación

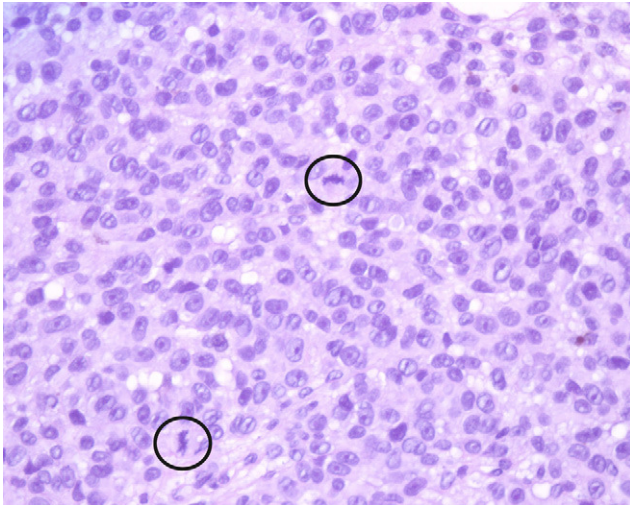


Figura 4 Histología a gran aumento del nódulo donde se observa alta densidad celular, con células de mediano tamaño sin atipia citológica y presencia de mitosis (círculo) (H-E, $\times 40$).

en el proceso haya ocasionado también depósito anormal de melanina y aumento de proliferación de melanocitos en las meninges^{3,4}. Esto se conoce como melanocitosis neurocutánea, y es más frecuente en los pacientes que presentan el nevus congénito en la línea media y más de 20 lesiones satélites³.

El principal problema que plantean los nódulos proliferativos es el diagnóstico diferencial con el MMC. La incidencia de este último es extremadamente baja y parece que ocurre en cuatro situaciones: de forma secundaria por paso transplacentario de melanoma materno; de novo en el útero; de aparición prenatal sobre nevus melanocítico congénito, y en el contexto de una melanocitosis neurocutánea⁸.

Para diferenciar estos nódulos del melanoma Elder et al¹² describen cuatro datos histológicos que indican un curso benigno y apoyarían el diagnóstico de NP: presencia de maduración, bajo índice mitótico, ausencia de necrosis y bajo grado de atipia. Además, algunos autores señalan la perfecta delimitación que existe entre las células del NP y las del resto del nevus como un criterio a tener en cuenta a la hora de diferenciar estas lesiones del MMC¹³.

En ocasiones, para confirmar que se trata de un NP, se realiza la extirpación completa de la lesión. En los casos en que sólo se realiza una biopsia, es recomendable el seguimiento posterior de los NP, ya que aunque en algunos casos se ha descrito la regresión espontánea, otros casos conducen a la muerte.

Presentamos un nuevo caso de NP, revisamos la literatura de esta infrecuente entidad y destacamos la importancia de realizar el diagnóstico diferencial entre ella y el MMC.

Bibliografía

1. Paláu-Lázaro MC, Buendía-Eisman SA, Serrano-Ortega S. Prevalencia de nevus congénitos en 1000 recién nacidos vivos en la ciudad de Granada. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:81–6.
2. Arneja JS, Gosain AK. Giant congenital melanocytic nevi. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120:26e–40e.
3. Marghoob AA, Dusza S, Oliveira S, Halpern AC. Number of satellite nevi as correlate for neurocutaneous melanocytosis in patients with large congenital melanocytic nevi. *Arch Dermatol*. 2004;140:171–5.
4. Bett BJ. Large or multiple congenital melanocytic nevi: Occurrence of neurocutaneous melanocytosis in 1008 persons. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:767–77.
5. Tannous ZS, Mihm MC, Sober AJ, Duncan LM. Congenital melanocytic nevi: Clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:197–203.
6. Borbujo J, Jara M, Cortes L, Sanchez de León L. A newborn with nodular ulcerated lesion on a giant congenital nevus. *Pediatric Dermatol*. 2000;17:299–301.
7. Vooght A, Vanwijck R, Gosseye S, Bayet B. Pseudo-tumoral proliferative nodule in a giant congenital naevus. *Br J Plastic Surg*. 2003;56:164–7.
8. Lowes MA, Norris D, Whitfeld M. Benign melanocytic proliferative nodule within a congenital naevus. *Australas J Dermatol*. 2000;41:109–11.
9. Herron MD, Vanderhoof SL, Smock K, Zhou H, Leachman SA, Coffin C. Proliferative nodules in congenital melanocytic nevi. *Am J Surg Pathol*. 2004;28:1017–25.
10. Xu X, Belluci KSW, Elenitsas R, Elder D. Cellular nodules in congenital pattern nevi. *J Cut Pathol*. 2004;31:153–9.
11. Leech SN, Bell H, Leonard N, Jones SL, Geurin D, McKee PH, et al. Neonatal giant congenital nevi with proliferative nodules. *Arch Dermatol*. 2004;140:83–8.
12. Elder D, Elenitsas R. Benign pigmented lesions and malignant melanoma. En: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B Jr, editores. *Lever's histopathology of the skin*. 8.ª ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 647–8.
13. Collina G, Deen S, Cliff S, Jackson P, Cook MG. Atypical dermal nodules in benign melanocytic naevi. *Histopathology*. 1997;31:97–101.

C. Martínez-Morán
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España
 Correo electrónico: crismmoran@hotmail.com
 (C. Martínez-Morán)

L. Nájera Botello
Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España

S. Córdoba, D. Arias-Palomo,
 A. Hernández-Núñez y J. Borbujo
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España