

Halo Nevo y Vitiligo: a propósito de un caso

Halo Nevus and Vitiligo: a case report

Prof. Dr. Arnaldo B. Aldama C., Dra. Victoria Rivelli, Dra. Graciela Gorostiaga,
Dra. Liz Domínguez, Dra. Olga Aldama, Dra. Gloria Mendoza¹

RESUMEN

Se presenta el caso de un niño con lesiones névicas adquiridas en la espalda que desarrollaron llamativas areolas acrómicas y posteriormente manchas acrómicas en la rodilla. Se plantean los diagnósticos de: Nevo Melanocítico con fenómeno del Halo (Halo nevo), confirmado por histopatología, asociado a Vitiligo. Se discuten los mecanismos patogénicos, diagnósticos diferenciales y el manejo de estos casos.

Palabras claves: Nevo pigmentado, niño – Vitiligo

ABSTRACT

We present the case of a child with acquired nevus lesions on the back that developed notable depigmented areolas, and subsequently, depigmented macules on the knee. Diagnoses of melanocytic nevus with incidence of halo phenomena (halo nevus) was proposed, and confirmed by histopathology, associated with vitiligo. The pathogenic mechanisms, differential diagnosis, and management of these cases is discussed.

Key words: Nevus Pigmented, Vitiligo, child.

INTRODUCCIÓN

Los nevos son motivo frecuente de consulta, especialmente cuando sufren algún cambio en su aspecto clínico. Uno de esos cambios es la aparición de un halo blanco alrededor de una lesión névica preexistente. Es el denominado halo nevo o nevo de Sutton y hasta un 30% de los pacientes puede desarrollar vitiligo (1-3). Se presenta el caso de un niño con halo nevo y posterior desarrollo de vitiligo.

Caso clínico:

Escolar de 10 años de edad de sexo masculino procedente de la ciudad de Nueva Italia (Paraguay). Remitido al Servicio de Dermatología por el pediatra debido

a las lesiones de la piel.

6 meses antes: Aparición de manchas blancas alrededor de dos lunares preexistentes en la espalda. Los lunares aparecieron varios años antes pero no eran congénitos.

3 meses antes: aparecen manchas blancas en la rodilla izquierda sin lesión previa en dicha sede.

Al examen físico:

- 1) Pápula de 5 mm. de color marrón con puntos negros en la superficie, rodeada de un halo blanquecino de 3 mm. de forma regular en región escapular. (**Fig. 1**)
- 2) Mácula de 4 mm. de color marrón de bordes irregulares con halo acrómico cercana a la lesión anterior.



Figura 1: Pápula de 5 mm. de color marrón con puntos negros en la superficie, rodeada de un halo blanquecino de 3 mm. de forma regular en región escapular.

1- Servicio de Dermatología – Hospital Nacional. Paraguay.
Solicitud de sobretiros: Prof. Dr. Arnaldo B. Aldama C.
Mayor Fleitas 447 (Asunción) Tel. 225.770



Figura 2: Mácúlas acrómicas en región anterior de rodilla izquierda.



Figura 3: Mácúlas con repigmentación luego del tratamiento con fenilalanina tópica.

- 3) Mácúlas acrómicas en número de 3 en región anterior de rodilla izq. (**Fig. 2**)
- 4) Mácúlas hipocrómicas en rostro.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

- Nevo melanocítico adquirido con fenómeno de halo.
- Vitiligo
- Pitiriasis alba.

Se decide realizar exéresis de la lesión número 1 y el estudio histopatológico confirma el diagnóstico de nevo melanocítico de tipo compuesto (nevo de la unión más nevo celular intradérmico) con el fenómeno del halo agregado. No se observan atipias. El diagnóstico final es nevo halo.

Comentarios:

El halo nevo, nevo halo, nevo de Sutton, vitiligo perinevoide, leucodermia centrífuga adquirida, entre otros sinónimos, es una lesión pigmentada rodeada de un anillo sin pigmento (1,2).

Puede presentarse como lesión única, escasas (como en este caso con solo 2 lesiones) o múltiples (hasta en un 50% de los casos) y de aparición simultánea o sucesiva (2,3). Predomina en la espalda y en pacientes jóvenes (2). La lesión inicial suele ser como en el caso en discusión, un nevo melanocítico adquirido (principalmente de la unión) pero hay relatos que lo asocian a nevo melanocítico congénito, nevo azul, nevo de Spitz, nevo verrucoso, mancha mongólica, neurofibroma, punto rubí, etc (2,4). En los últimos casos citados se prefiere el nombre de fenómeno halo.

En cuanto a la patogenia, la lesión névica inicial determinarí­a un cambio inmunológico con la producción

de anticuerpos contra antígenos no conocidos presentes en las células névicas y en los melanocitos. Pero la inmunidad celular con los linfocitos T CD8 sería la principal responsable de la apoptosis de las mencionadas células. Los melanocitos próximos son los afectados aunque a veces también los alejados explicando el vitiligo asociado hasta en un 30% de los pacientes. Esta respuesta inmune se mantendría hasta eliminar totalmente el elemento antigénico que la gatilló, es decir la lesión névica (1,2,5).

Los cambios inmunológicos se traducen por la aparición de la mácula acrómica en torno a la lesión inicial. Esto es seguido por la hipocromía y desaparición de la lesión central. La 3^o etapa es la repigmentación en grado y periodo variables de la periferia al centro. Sin embargo, en ocasiones persiste la lesión inicial o la mácula acrómica (2,3,5,6).

El Melanoma Maligno es el más importante diagnóstico diferencial. Para ello es orientadora la característica del halo: simétrico y regular en el nevo, irregular y asimétrico en el melanoma. Importan también las características de la lesión pigmentada, que debe ser evaluada de acuerdo a la regla del ABCD (asimetría, bordes, color, diámetro) pero la anatomía patológica es decisiva para el diagnóstico final (1,2,5).

Otro diagnóstico diferencial es el Nevo de Meyerson, que presenta un halo eritematoso descamativo e histológicamente es una dermatitis espongiótica sin pérdida de melanocitos (1).

El nevo acrómico también debe ser diferenciado pero éstos son generalmente congénitos, segmentarios y unilaterales (1,2,5).

En cuanto al manejo, se debe realizar una completa exploración mucocutánea en busca de lesiones atípicas que deberán ser extirpadas y analizadas histológicamente (2).

Las lesiones típicas deben ser controladas periódicamente y si hubieran dudas, tratadas como las atípicas. La fotoprotección es importante en el control de estos pacientes (2).

Según algunos autores, debe extirparse el nevo que desencadenó el fenómeno autoinmune (7).

En este caso en particular, se decidió la exéresis y el estudio histológico de la lesión donde se inició el fenómeno de acromía (lesión número 1), el control periódico, incluso fotográfico de la otra lesión (lesión número 2). Se indicó fenilalanina tópica para el Vitiligo con aceptable repigmentación 6 meses después de iniciada la terapéutica. (**Fig. 3**)

REFERENCIAS

1. Elder D, Elenitsas R. Lesiones pigmentadas benignas y melanoma maligno. En: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B. Lever. Histopatología de la piel. 8° ed. Bogotá: Intermédica; 1999.p.549–94.
2. Merino D, Rodríguez A, Gómez O, Sagrince Y. Halo Nevo. Rev Chilena Dermatol. 2005; 21(2):138–42.
3. Frank SB. The Halo nevus. Arch Dermatol. 1964;89:367–73.
4. Vanaclocha S, Sopena J, Ganso R. Tumores pigmentarios. En: Iglesias Diaz, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL. Tratado de Dermatología. 2° ed. Madrid: Mc Graw – Hill – Interamericana; 2004. p.637– 57.
5. Rhodes. Neoplasias: neoplasias benignas, hiperplasias y displasias de los melanocitos. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. Dermatología. 4° ed. Buenos Aires: Panamericana; 1997.p.1045–1128.
6. Itin PH. Acquired leukoderma in Congenital Pigmented Nevus Associated with Vitiligo – Like Depigmentation. Pediatric Dermatology. 2002;19(1):73–75.
7. Gatti CF, Cabrera HN. Nevos. En: Dermatología. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.p.363–73.