

CASO CLÍNICOOnline ISSN: 2665-0193
Print ISSN: 1315-2823**Nevus recurrente melanocítico intradérmico lipomizado de labio. Reporte de caso****Recurrent melanocytic nevus intradermal lipomized lip. Case report**Rodríguez Grice¹, Laya Conan¹, Sosa Gisela², Rodríguez Julio²¹Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.¹Laboratorio Anatomía Patológica Los Colorados, Valencia. Venezuela.gricerodriguez68@gmail.comRecibido 18/10/2022
Aceptado 08/12/2022<https://doi.org/10.54139/odous.v23i2.534>**Resumen**

Las lesiones pigmentadas de piel son las más frecuentes constituyendo el motivo de consulta común en dermatología, siendo el nevus la lesión pigmentada de mayor incidencia. El nevus es clasificado por la OMS como una neoplasia benigna de melanocitos que afecta piel y mucosas con capacidad de transformación maligna tanto pigmentaria o no pigmentaria; puede aparecer en cavidad bucal por lo cual el odontólogo debe conocer y familiarizarse con este tipo de lesiones. La importancia del nevus radica en la capacidad que tiene de sufrir transformación maligna, por esto se recomienda que estas patologías sean evaluadas al presentar cambios de color, tamaño, contorno, superficie, asimetría o ante la aparición de prurito, sangramiento, dolor, etc. Se expone un caso de nevus recurrente melanocítico intradérmico lipomizado de labio superior en paciente femenina de 66 años de edad con antecedentes oncológicos, el mismo evidenció cambios en su coloración contorno y superficie, así como la aparición de sensación pruriginosa; ante lo descrito se realizó excéresis quirúrgica completa y estudio histológico resultando características proliferativas (proliferación de melanocitos) conjuntamente con cambios degenerativos (células adiposas maduras), afirmándose la necesidad de evaluación y tratamiento de toda lesión pigmentaria que presente cambios clínicos acompañado o no de sintomatología.

Palabras clave: nevus melanocítico recurrente, lipomizado, intradérmico.**Summary**

Pigmented skin lesions are the most frequent, becoming the common reason for consultation in dermatology, with nevus being the pigmented lesion with the highest incidence. Nevus is classified by the WHO as a benign neoplasm of melanocytes that affects skin and mucous membranes with the capacity for malignant transformation, both pigmentary and non-pigmentary; It can appear in the oral cavity so the dentist must know and familiarize himself with this type of injury. The importance of nevus lies in the ability it has to undergo malignant transformation, so it is recommended that these pathologies be evaluated when presenting changes in color, size, contour, surface, asymmetry or before the appearance

of pruritus, bleeding, pain, etc. A case of recurrent lipomized intradermic melanocytic nevus of the upper lip in a 66-year-old female patient with oncological history is exposed, it evidenced changes in its coloration, contour and surface, as well as the appearance of pruritic sensation; Given what was described, a complete surgical exceresis and histological study were performed, resulting in proliferative characteristics (proliferation of melanocytes) together with degenerative changes (mature fat cells), affirming the need for evaluation and treatment of any pigmentary lesion that presents clinical changes accompanied or not by symptoms.

Keywords: recurrent melanocytic nevus, lipomyze, intradermal.

Introducción

Se puede considerar que las lesiones pigmentadas de la piel son las más frecuentes ya que se observan en casi todas las personas, por lo que es común en las consultas dermatológicas, una de estas lesiones es el nevus; el mismo no solo se observa en la piel sino también en las mucosas por tal motivo es de suma importancia que el odontólogo conozca y se familiarice también con estas lesiones que pueden localizarse en cavidad bucal. El término nevus (coloquialmente llamado lunar) deriva del latín *naevus* que significa marca de nacimiento¹, sin embargo, estas lesiones pueden ser congénitas o adquiridas², otorgándosele también el término a una gama de lesiones pigmentadas y no pigmentadas por lo que se le acompaña el nombre nevus con la connotación que indica el tipo de célula que lo origina¹. Ante las diferencias entre los distintos autores en cuanto a la clasificación didáctica de los nevus se selecciona la propuesta por Alcalá y Valente en cuadro N*1³. Los nevus melanocíticos se definen como neoplasias benignas formadas por una proliferación anormal de los melanocitos de la

piel y mucosa que tienden agruparse en nidos o tecas, pueden estar presentes al momento del nacimiento o iniciar su aparición a los 6 o 12 meses, a estos se les denomina nevus congénito⁴, estos son poco frecuentes, afectando 1% de recién nacidos⁵, en los cuales los melanocitos névicos benignos pueden proliferar tanto en la epidermis como en la dermis⁴, a diferencia de los adquiridos que aparecen a partir del año de edad, o a los 5 años, el más común de ellos es el melanocítico de células névicas, y se puede afirmar que son las neoplasias más comunes en el ser humano^{4,5}. Los melanocitos y células névicas son células que se originan en la cresta neural y en la etapa fetal intraútero migran desde allí a la piel, existen diferentes teorías de la neovogénesis que tratan de establecer la exacta evolución de las células névicas en el proceso de formación de los nevus sin existir ninguna definitiva. Según la actual teoría dual de la neovogénesis, surgida en el 2009, existirían dos vías complementarias, una endógena o constitucional y otra exógena. Tras su origen en la cresta neural, los melanocitos migrarían a la piel, pudiendo llegar a la unión dermoepidérmica o quedar atrapados en la dermis. Aquellos que quedan atrapados en la dermis dan lugar a nevus intradérmicos que permanecerán constantes a lo largo de la vida sin experimentar cambios y constituirían el componente endógeno⁶.

La importancia de los nevus y el conocimiento de estas patologías radica no solo en el aspecto estético sino en su asociación con otras malformaciones y sobre todo en la capacidad de ser precursores potenciales de neoplasia maligna como el melanoma⁴, su prevalencia se relaciona con la edad, raza, factores ambientales y genéticos. El número de nevus aumenta con la edad³, cronológicamente suelen presentarse en la infancia como máculas, creciendo en tamaño durante la niñez, pubertad y embarazo⁵ con un pico máximo en la tercera década, creciendo en grosor y transformándose en pápulas y placas para posteriormente perder relieve involucionar y hasta desaparecer. No presenta predilección

por género, posee mayor incidencia en pacientes de piel blanca y con mayor exposición a radiación solar, así como pacientes con antecedentes familiares de melanoma³. Los nevos melanocíticos pueden localizarse en cualquier zona de la piel, incluso en la unión cutáneo-mucosa, en la mucosa de cavidad oral, la laringe, las uñas, la conjuntiva ocular, los genitales externos y las zonas acras, incluyendo las palmas y las plantas⁴, debido a que la acumulación de melanocitos en la epidermis (epitelio), dermis (submucosa) o ambas, es secundaria a una proliferación alterada de células névicas, la OMS lo clasifica como neoplasia⁶.

Los nevos melanocíticos (NM) adquiridos suelen aparecer en las dos primeras décadas de la vida y la cantidad que puede presentar un individuo es reflejo tanto de la susceptibilidad genética como la exposición ambiental a la radiación ultravioleta (RUV) ya que las alteraciones en los genes que regulan la pigmentación cutánea (Tyr, Melr, Oca2 y Asip) al afectar la capacidad de bronceado ante la radiación actínica disminuye la protección del ADN por la melanina contribuyendo a la mutagénesis^{6,7}, recientemente ha quedado en evidencia que la influencia genética tiene mayor importancia en su desarrollo que la RUV y que los genes involucrados en su aparición funcionan, a la vez, como genes de susceptibilidad de baja penetrancia a melanoma⁷. Se clasifican en junturales, compuestos o intradérmicos considerando que representan estadios evolutivos de un mismo proceso coincidiendo su evolución clínica con la histopatológica⁴; se inician como una proliferación de melanocitos localizados en la unión dermo epidérmica o epitelio mucosa, por lo que la mayoría de los NM en tempranas edades son de tipo juntural, posteriormente con el tiempo los nidos de melanocitos migran hacia la dermis papilar dando lugar a nevos compuestos, al aumentar en edad el componente juntural progresivamente disminuye dando lugar al nevo melanocítico intradérmico o intramucoso⁸, al llegar a su estadio final el nevo

melanocítico pierde coloración tornándose normocrómico al tejido circundante observándose escasas células névicas con muy poco pigmento y abundantes adipocitos⁴, aunque el hallazgo más llamativo es la presencia de una fibrosis laminar o delicada y gran cantidad de linfocitos T CD8, lo cual sugiere un proceso citotóxico⁹. Clínicamente los nevos junturales pueden observarse como lesiones pequeñas (1mm a 1cm), redondos o elípticos, planos o ligeramente elevados, de color marrón claro o negro; los compuestos se pueden observar como pápulas redondas de color marrón menos intenso y los intradérmicos como pápulas hemisféricas de superficie lisa o papilomatosa, firme o blando al tacto y con poca o sin pigmentación³.

La imagen clínica y la sintomatología son los grandes factores a tomar en cuenta para determinar el abordaje de los nevos melanocíticos, para la orientación clínica de las lesiones de piel se utiliza la dermatoscopia o epiluminiscencia, esta técnica permite observar la superposición de capas cutáneas no visible por el ojo humano, tomando en consideración el color (escala de marrones, negro, azul, gris, blanco, rojo, amarillo) y la estructura del patrón de la lesión (retículo pigmentado, pseudo-retículo pigmentado facial, retículo pigmentado negativo, puntos de pigmento, glóbulos marrones, punteado azul-grisáceo, manchas de pigmento, proyecciones radiales y pseudópodos, velo azul blanquecino, patrón paralelo del surco en piel volar, patrón paralelo de la cresta en piel volar^{10,11}. Mediante la dermatoscopia se pueden diferenciar en muchos casos las regiones benignas y malignas que presenta una lesión melanocítica, detectando cambios asociados a la malignidad como el patrón de pseudópodos, aparición de un retículo atípico sobre un área de retículo típico, áreas de regresión mixtas, patrón vascular atípico, etc.¹². Cuando el abordaje quirúrgico es requerido se recomienda realizar la eliminación completa de la lesión, puesto que la excéresis incompleta puede generar recurrencia de la pigmentación generando un nevo recu-

rente verdadero, siendo el nevus compuesto e intradérmico el que presenta mayor incidencia en recidivar¹³. Por otra parte, los nevus que admiten diagnóstico diferencial deben estudiarse histológicamente por lo que se recomienda evitar emplear técnicas de excéresis que dificulten o imposibiliten dicho estudio como la coagulación, láser y crioterapia^{5,13}.

Dentro de los aspectos moleculares, estudios realizados por Roth *et al.* en el 78% de los nevus melanocíticos intradérmicos se evidenció mutación en el gen *Braf* y 6% en el *Nasf*, la mutación (transversión, generalmente timina por adenina en la posición nucleotídica 1799) en el protooncogen *Braf*, origina el oncogen *BrafV600E*, el cual codifica enzima serina-treonina-quinasa, la cual forma parte de la vía de señalización (MPAkinasa), *Braf* activa a *Mek* y

este a su vez activa de forma secuencial a *Erk*, promoviendo la expresión génica, la proliferación y la diferenciación celular. Después de adquirir la mutación inicial (generalmente *BrafV600E*) el melanocito prolifera de forma limitada hasta formar un nevo, entrando a un estado de reposo pausando su división, siendo uno de estos mecanismos de control la sobreexpresión de la proteína P16 por *BrafVooE*⁷. Sin embargo, algunos melanocitos han expresado *Ki67* (proteína de proliferación celular), a este se le adjudica la capacidad de algunos nevus de aumentar su tamaño ante estímulos como RUV, estímulos hormonales o inmunosupresión^{4,7}, como ejemplo se menciona el nevus eruptivo inducido por fármacos el cual aparece en pacientes sometidos a terapia con inmunosupresores frenando la regulación del sistema inmune en el crecimiento del nevo¹².

Tabla 1. Clasificación de Nevus propuesta por Alcalá y Valente

CLASIFICACIÓN DE NEVUS	
Nevus Melanocítico	1. De células névicas adquiridos comunes *de unión *compuesto *intradérmico
	2. Displásico
	3. Congénito *tipo 1 (<2 años) *tipo 2 (>2 años) *pequeño (<1,5 cm) *mediano/grande (1,6-19,9 cm) *gigante (<20 cm)
	4. Nevo de Spitz
Melanocitos Epidérmicos	*Léntigo Simple *Léntigo Solar *Léntigo Segmentario *Nevo Spilus *Nevo De Becker
Melanocitos Dérmicos	*Mancha Mongólica *Nevo de Ito *Nevo de Ota *Nevo Azul *Nevo Fuscoceruleus
Nevo de Células de Componentes Dérmicos (No Melanocíticos) Hamartomas Dérmicos	*Nevo Sebáceo *Nevo Verrugoso *Nevo Ecrino *Nevo Apocrino *Nevo Lipomatoso

Reporte de caso

Asiste a consulta paciente femenina de 66 años de edad, manifestando desde el trimestre anterior a la fecha acentuación en la coloración de lesión pigmentada recidivante a los 18 años eliminada a los 17, actualmente con alteración del contorno, localizada en labio superior, acompañada de sensación pruriginosa. Antecedente de carcinoma basocelular en región malar izquierda hace 5 años. Al examen clínico se observó lesión macular de aproximadamente 0.7 cm de diámetro, color heterogéneo gris oscuro y negro en región central con ligera depresión, contorno parcialmente definido, simétrica, localizada en el extremo inferior del surco del filtrum de labio superior (Figura 1).



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión

Ante el estudio dermatoscópico se evidenció un patrón pseudo-reticulado pigmentado con áreas de punteado gris sin estructuras vasculares, se procede a realizar la excéresis quirúrgica total para su estudio histopatológico evidenciándose la proliferación de abundantes melanocitos típicos aislados y en nidos en la porción superior de la dermis papilar (Figura 2 y 3), escaso infiltrado linfocitario, escaso tejido fibroso, adicionalmente grupos de células adiposas maduras constituyendo parte de la lesión entre los melanocitos y bordes quirúrgicos sin lesión (Figura 4 A y B).

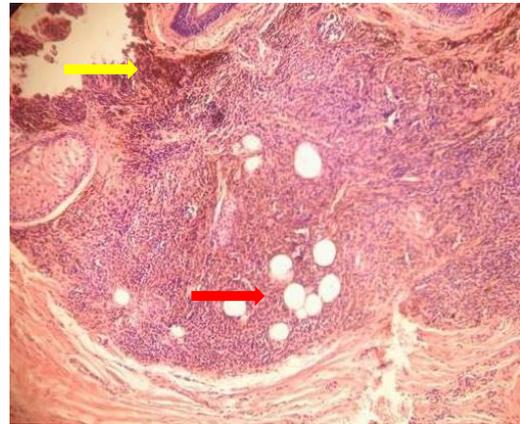


Figura 2. Coloración HE 10X. Flechas: amarilla: melanocitos, roja: células adiposas

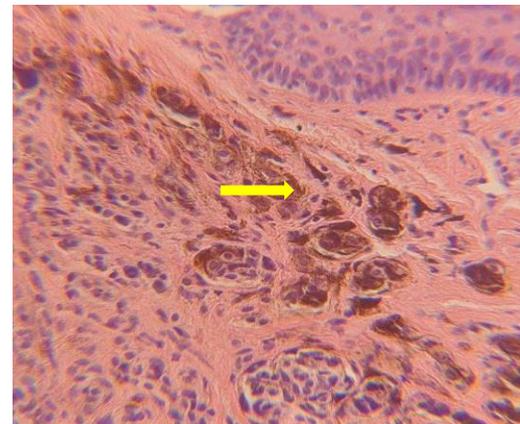


Figura 3. Coloración HE 20X. Nidos de melanocitos en dermis superficial

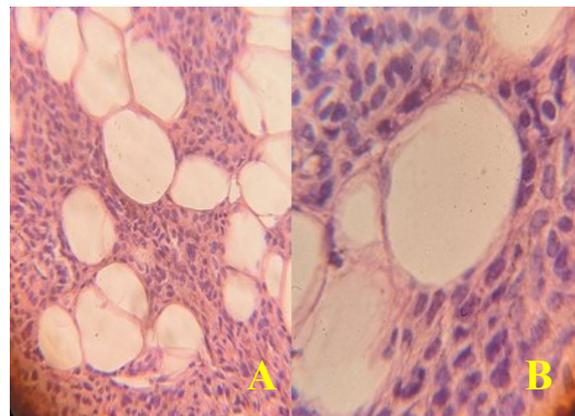


Figura 4. Coloración HE. A: células adiposas 20X. B: células adiposas 40X

Se obtiene como diagnóstico definitivo nevus melanocítico intradérmico lipomizado totalmente extirpado. Con 18 meses de evolución no se presentan recidivas (Figura 5)



Figura 5.: Ausencia de recidiva a los 18 meses

Discusión

Prácticamente todos los humanos presentan un cierto número de tumores benignos, la mayoría de los cuales nunca son atendidos por su historial de inocuidad y al no producir sintomatología no son evaluados ni monitoreados por el profesional⁹, siendo este el caso de las neoplasias pigmentarias de cavidad bucal, las cuales pasan inadvertidas para el odontólogo en la mayoría de los casos, y si bien el mayor porcentaje son benignas como se afirma, algunas de ellas pueden sufrir transformación maligna, y mientras más precoz sea el diagnóstico mejor será el pronóstico y la posibilidad de instauración de tratamiento. Las lesiones pigmentadas melanocíticas como el nevus se forman por acúmulos de las células ya sea en piel o mucosa, la mayoría son de comportamiento benigno pero en ocasiones estas pueden sufrir transformación a la malignidad, el riesgo de malignización de lesiones melanocíticas benignas ha sido estudiada en un metaanálisis observándose un 2% de incidencia de melanoma¹⁵ y de ellas las que han demostrado mayor capacidad de transformación maligna son los nevus congénitos, especialmente los de gran

tamaño, nevus displásicos y nevus de Spitz^{4,15}, sin embargo, la asociación de un melanoma con un nevus melanocítico preexistente varía considerablemente entre series, si la asociación se basa en signos histológicos la relación es de 4 a 72% y en lesiones clínicas evidente de 42 a 85%¹⁶, es por esto que la mayoría de los autores consideran importante el seguimiento clínico, ya que los nevus en general comparten factores de riesgo genéticos y ambientales con el melanoma, y, si bien en forma individual su probabilidad de progresar a melanoma es baja, su alta prevalencia en la población general hace que contribuyan en forma significativa a su desarrollo siendo que el número de ellos en cada individuo constituya un factor de riesgo independiente⁷ y aunque en algunos reportes se concluya que la posibilidad de malignización de un nevus adquirido es muy baja (tasa de transformación anual de un nevus en melanoma es de un 0,0005% para individuos menores de 40 años), resulta escasa la información epidemiológica disponible relacionada al melanoma intraepidérmico^{9,17}, tomando en consideración que también se ha reportado formación de melanoma en malformaciones vasculares¹⁸ se sugiere que ante cualquier duda o cambio brusco y sospechoso observado debe procederse a su extirpación y consiguiente estudio histológico por lo tanto cuando se decide la extirpación de una lesión melanocítica, se recomienda que se realice en su totalidad, para evitar las recidivas y mayor posibilidad de proliferación de células remanentes¹⁹. Al evaluar un nevus melanocítico se debe tener presente que la regresión completa de estas neoplasias, confirmada mediante estudio histológico, se ha descrito de forma excepcional en la literatura⁹, no obstante existe una serie de cambios, en ocasiones súbitos, que pueden sufrir los nevus sin que ello suponga malignización, motivo por el cual se debe considerar que estos cambios no malignos suelen afectar a todos los nevus de un individuo o al conjunto de ellos que se hallan expuestos al mismo agente responsable de un cambio y al cabo de un tiempo (7 o 10 días)

suelen volver a su situación basal¹⁴. Un nevus puede cambiar en el color, en el tamaño y superficie, puede aparecer dolor, prurito, ulceración o sangrado y ser debido a causas fisiológicas o por agentes concretos, como es muy frecuente en la administración sistémica de glucocorticoides, o factores locales, como la exposición solar, los traumatismos, enfermedades ampollares, foliculitis, trombosis en los pediculados, quistes epidérmico, etc.^{4,9}, sin embargo es importante valorar en una lesión pigmentaria el cambio de medida, forma, color, cambios inflamatorios (prurito, irritación) o se observa la aparición repentina de una lesión nueva, es obligatorio su abordaje por el profesional, el cual debe utilizar la denominada regla ABCDE o método ABC de Stolz, A: Asimetría; B: Bordes irregulares; C: Coloración irregular; D: Diámetro > 6 mm ; E: Evolución: Crecimiento rápido¹⁹.

La mayoría de los autores describen a los NM intradérmicos como lesiones papulares marrones o con poca pigmentación a diferencia de lo observado en el caso expuesto (mácula de color gris oscuro y negro con depresión central), por ser una lesión recurrente con sensación pruriginosa adicionado el antecedente oncológico se decide la excéresis quirúrgica completa para su estudio histológico a pesar de los patrones de benignidad de la exploración dermatoscópica, siguiendo la recomendación de actuación ante una lesión con signos de sospecha, en la cual se debe practicar un estudio histopatológico para descartar la presencia o el desarrollo de una lesión maligna melanocítica o no melanocítica; tomando en consideración que el melanoma se puede detectar precozmente cuando todavía es potencialmente curable, por tal motivo los autores comparten el criterio de abordaje quirúrgico completo al presentarse lesiones pigmentarias en la piel o mucosa (labios, lengua, carrillos, encía, piso de boca, paladar) que cambien de tamaño, forma y color, las cuales deben ser evaluadas histológicamente, así como los cambios que se puedan producir en

el tejido circundante a la lesión como prurito, sangrado, etc., aun cuando estos cambios, en definitiva, sean consecuencia de procesos fisiológicos^{4,19}.

Los nevus melanocítico congénitos y adquiridos una vez que se forman pueden permanecer por largos períodos de tiempo sin manifestar cambios de forma color y tamaño, pueden experimentar fenómenos de regresión atenuando su coloración debido a la formación de componente fibroso y formación de melanófagos o por el contrario acentuar su coloración por aumento de melanocitos, especialmente al exponerse a la radiación ultravioleta lo cual induce incremento en la proliferación melanocítica^{4,19}, siendo esta proliferación una característica indicativa para la erradicación celular total. En el caso presentado al evidenciarse cambios en una lesión recurrente en una paciente de 66 años se asume que la recurrencia fue consecuencia de una excéresis incompleta, y que dichos cambios corresponden a procesos fisiológicos que justifican el aumento de coloración por exposición a RUV, debido a su localización en la porción cutánea de labio, confirmándose en el estudio histológico al observarse proliferación de melanocitos, características incompatibles con procesos degenerativos al igual que el escaso tejido fibrosos, linfocitos y ausencias de melanófagos (macrófagos que fagocitan la melanina); no obstante, la presencia de células adiposas maduras permite discernir que a pesar de iniciar un proceso degenerativo se mantiene un proceso proliferativo de melanocitos poco asonante con la edad de la paciente. Al no observarse atipias y cumplir con la excéresis completa de la lesión, se mantiene vigente el aporte de Leonfont en el año 1.986, relacionado a la eliminación completa del nevus¹⁴. Al cabo de 16 meses no se ha presentado recurrencia manteniéndose la observación de la evolución.

Es de suma importancia resaltar que para el patólogo bucal las lesiones pigmentadas

especialmente de color negro y marrón en la cavidad bucal representan un desafío diagnóstico, otorgándosele la mayor atención a las lesiones malignas o con potencial de malignización, en este campo al igual que en el resto del cuerpo humano, no es extraño observar una variedad de neoplasias y lesiones reactivas que se manifiesten de color negro y marrones²⁰ siendo la mayoría de origen melanótico como la melanositis postinflamatoria (hiperpigmentación postinflamatoria), melanositis tabáquica, nevus melanocíticos adquiridos y congénitos²¹, queratosis seborreica, melanoacantoma²²⁻²⁴, shawana⁴, las cuales pueden en un momento determinado dependiendo de factores intrínsecos y extrínsecos predisponer a la transformación celular, mientras que las neoplasias malignas incluyen aparte del melanoma el carcinoma basocelular (especialmente el pigmentado), carcinoma epidermoide, dermatofibrosarcoma protuberans²⁵, transformando el análisis inmunohistoquímico en una valiosa herramienta para el diagnóstico definitivo de las lesiones proliferativas.

Conclusión

Las lesiones pigmentarias de piel son las más frecuentes, representando el motivo de consulta más común en el área dermatológica, siendo el nevus la lesión pigmentaria de mayor incidencia. El nevus es catalogado por la OMS como neoplasia benigna de melanocitos, que puede afectar piel y mucosas, existiendo diferentes tipos de ellos, clasificados de acuerdo con el tipo de células que lo forma. La importancia del nevus radica en la capacidad de transformación en neoplasia maligna como el melanoma (mayormente los nevus congénitos de gran tamaño, displásico y nevus de Spitz) y otras como el carcinoma de células basales o de células escamosas, por tal motivo es imperativo para el odontólogo conocer esta patología que se presenta en cavidad bucal y que en reiteradas ocasiones pasa inadvertida por su inocuidad. El

nevus melanocítico adquirido intradérmico es el reportado más frecuente y más inofensivo, sin embargo en muchas oportunidades el paciente no puede contribuir en la información acerca de su origen congénito o adquirido y al compartir factores de riesgo genéticos y ambientales con neoplasias malignas como el melanoma se convierte en una necesidad su evaluación y abordaje terapéutico, recomendándose en los casos en los cuales presente cambios clínicos acompañados o no de prurito, sangramiento o dolor la exéresis completa a través de procedimientos que permitan su estudio histológico. El caso clínico expuesto representó un nevus recurrente melanocítico intradérmico lipomizado en piel de labio superior, en una paciente femenina de 66 años de edad con antecedentes oncológicos, cuyo estudio histológico evidenció característica de cambios degenerativos como lo es la presencia de células adiposas maduras conjuntamente con característica proliferativa como la presencia de melanocitos agrupados y aislados en porción superficial de la epidermis; el escaso tejido fibroso, infiltrado linfocitario y ausencia de melanófagos descartan el típico cuadro regresivo de estas lesiones, aportando como colofón la importancia de la evaluación de toda lesión pigmentaria.

Conflicto de Intereses

Los autores manifiestan la ausencia de conflicto de intereses de esta publicación.

Referencias

1. Aguilar N. Nevus melanocítico de la infancia. *Anales españoles de pediatría* 2001;54(5):477-83
2. Bologna J et al. *Dermatología* Madrid. Editorial Mosby 2004: 1709-13.
3. Alcalá D, Valente I. Nevus melanocítico y no melanocítico. Revisión de la literatura *Rev Cent dermatol Pascua*;19(2):49-58.

4. Garrido M. Comparación del perfil de expresión proteico entre nevus y melanoma. EPrintsComplutense. Repositorio institucional de la UCM. 2010. Tesis doctoral disponible en [https://eprints.ucm.es/id/eprint/10719/]
5. Vidal D, Valenzuela N, Pimentel L, Puig L. Nevus melanocítico. Clinica y tratamiento. Farmacia profesional 2001;85-90
6. Garnacho G, Moreno J. Trastornos de la pigmentación: léntigos, nevus y melanoma. Fotoprotección. Pediatr Integral 2016;XX(4):262-73
7. Mordoh A. Genética de los nevus melanocíticos adquiridos y congénitos. Dermatología argentina 2019;25(3):97-113.
8. Kabir S, Payal C, Khushbu G. Optimal management of common acquired melanocytic nevi (moles): cent perspeyives. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2014;7;89-103
9. Martín J, Rubio M, Bella R, Jordá E, Monteagudo C. Regresión completa de nevus melanocítico: correlación clínica, dermatoscópica e histológica de una serie de 13 casos. Actas DermoSifiliográficas;103(5);401-10.
10. Mateu T, Vilavella C. Ques es la dermatoscopia y como funciona. AMF 201713(10);543-346
11. Zaballos P, Carrera C, Puig S, Malveyh J. Criterios dermatoscópicos para el diagnóstico del melanoma. Med Cutan Iber Lat Am. 2004;32(1):3-17
12. Vena G, Fagnoli M, Cassano N, Argenziano G. Drug-induced eruptive melanocytic nevi. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2017;13(3):293-300.
13. Pedrini F, Cohen E, Cabo H. Dermatoscopia de lesiones melanocíticas: nevo recurrente. Dermatol Argent. 2012;18(3):245-46
14. Leofont J. Nevus recidivante. Rev Argent Dermatol.1986;67(3):171-3.
15. Vourh M, Martín L, Barbarot S. Large congenital melanocytic nevi: Therapeutic manggement and melanoma risk: A systematic review. J Am Acad Dermatol 2013;68: 293-8.
16. Nagore E, Guillen C, Botella R, Requena C, Serra C, Martorell A, et al. Clinical and epidemiology profile of melanoma patients according to sun exposure of the tumor site. Actas Dermosifiliográficas 2009;100(3):205-11.
17. Argona C, Gil C, Jiménez D, Albarran C. Melanoma intradérmico asociado a nevo melanocítico intradérmico. Actas Dermasifiliográficas 2015;106 (9):776-7.
18. Tai F, Pereira V, Babak S, Radovanic I, Sade S, Teshima T. Malignant melanoma within a cellular blue nevi presenting as a vascular malformation and the connection to sporadic KRAS mutations. Case Rep Dermatol 2021;13(2):310-6.
19. Navarro E, Marina M. El retorno del nevus. Semergen 2014;40(3):170-1.
20. Valdes F, Ginarte M, Toribio J. Melanocitosis dérmica. Actas Dermosifiliograficas 2001;92(9):378-88.
21. Natarajan E. Black and brown oro-facial mucocutaneous neoplasms. Head and Neck Pathol 2019,13(1)56-70.
22. Philip R. Zito P. Cutaneous melanoachantoma.2022. InStatPearls. StatPearlsPublishing
23. Cariglia S. Melanoacantosis bucal: Diagnóstico t tratamiento de un caso clínico.Revista ADM 2014;71(1):28-30.
24. Cardona M, González M, González J. Malformación hiperpigmentada en dorso de pie:melanoacantoma cutáneo. Dermatología CMQ 2016;14(2):168-70.
25. Hasbún P, Cullen R, Maturana C, Aves R, Porras N. Carcinoma basocelular pigmentado que simula un melanoma de extensión superficial. MedWave 2016;16(11):685.