

NEVO DE REED

RELATO DE CASO

Souza AM¹, Catalano SP², Bedin V³

- 1) Aluna de pós-graduação em Dermatologia no Instituto BWS
- 2) Professora do curso de Dermatologia do Instituto BWS
- 3) Professor Coordenador do Instituto BWS

RESUMO

Trata-se de relato de caso de uma paciente com diagnóstico de Nevo de Reed. Os achados clínicos e microscópicos são consistentes com os dados da literatura descritos, originariamente, por Reed e colaboradores. O Nevo de Reed é uma lesão melanocítica benigna, que, no entanto, pode ser equivocadamente identificada como um melanoma maligno. As lesões melanocíticas que podem ser confundidas com melanoma maligno devem ser avaliadas cuidadosamente, a fim de obter-se um diagnóstico acurado, e seguir-se a conduta pertinente.

INTRODUÇÃO

Nevo de Reed (NR) ou nevo de células fusiformes pigmentado (NCFP) foi descrito originalmente por Reed (1975) e, posteriormente, por Ainsworth como uma forma distinta de nevocelular. Esses autores descreveram a lesão como uma placa ou pápula intensamente pigmentada uniforme, expansiva, geralmente localizada nas pernas de mulheres, na segunda ou terceira década de vida. Em virtude do pigmento denso e da história de aparecimento relativamente súbito, faz importante diagnóstico diferencial com melanoma. Estes tumores contêm células fusiformes, ricas em melanina, às vezes em grande quantidade. Esta lesão rara, benigna, tem aspectos que são comuns aos melanomas malignos. A confusão entre os diagnósticos destas lesões pode ter sérias consequências, levando um paciente com doença indolente a ser tratado de modo desnecessariamente agressivo; ou, por outro lado, levando um paciente com tumor melanocítico maligno incorretamente diagnosticado.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 35 anos, apresentou-se em consulta no ambulatório de Dermatologia com queixa de outras lesões benignas. Ao exame dermatológico chamou a atenção a presença de uma pápula, enegrecida de 0,5 cm de diâmetro em Membro Superior Esquerdo. A paciente referia lesão de caráter estável, com surgimento há mais de 10 anos. A lesão foi submetida ao exame Anatomopatológico com achados morfológicos consistentes com NEVO FUSOCELULAR PIGMENTADO/ NEVO DE REED. (Figura 1). O Exame foi submetido ao exame de imunohistoquímica mostrado na Figura 2 e Tabela 1.

DISCUSSÃO

Não existe na literatura uma correlação precisa entre a dermatoscopia e histopatologia do NR. Dentre os achados histopatológicos, observamos características comuns, tais como: a presença de ninhos ovais, de células melanocíticas fusiformes ou irregulares (com eixo vertical predominante, agrupados compactamente ou em distribuição uniforme) e reação inflamatória mononuclear (com presença de melanófagos). As lesões melanocíticas podem ser consideradas parte de um espectro. O pólo benigno é representado por nevos melanocíticos e suas variantes, enquanto a contraparte, maligna, é representada pelo melanoma maligno. Os extremos destas doenças habitualmente não representam grandes desafios diagnósticos. No entanto, a dificuldade está em diferenciar, com precisão, lesões limítrofes, com características comuns às lesões benignas e malignas.

CONCLUSÃO

O Nevo de Reed precisa ser conhecido para que não seja superestimado e erroneamente diagnosticado como Melanoma Maligno. No caso apresentado, um diagnóstico equivocado levaria uma mulher de 35 anos à excessiva apreensão e a um desnecessário tratamento agressivo. Portanto, o correto diagnóstico impediu conduta com consequências provavelmente drásticas.

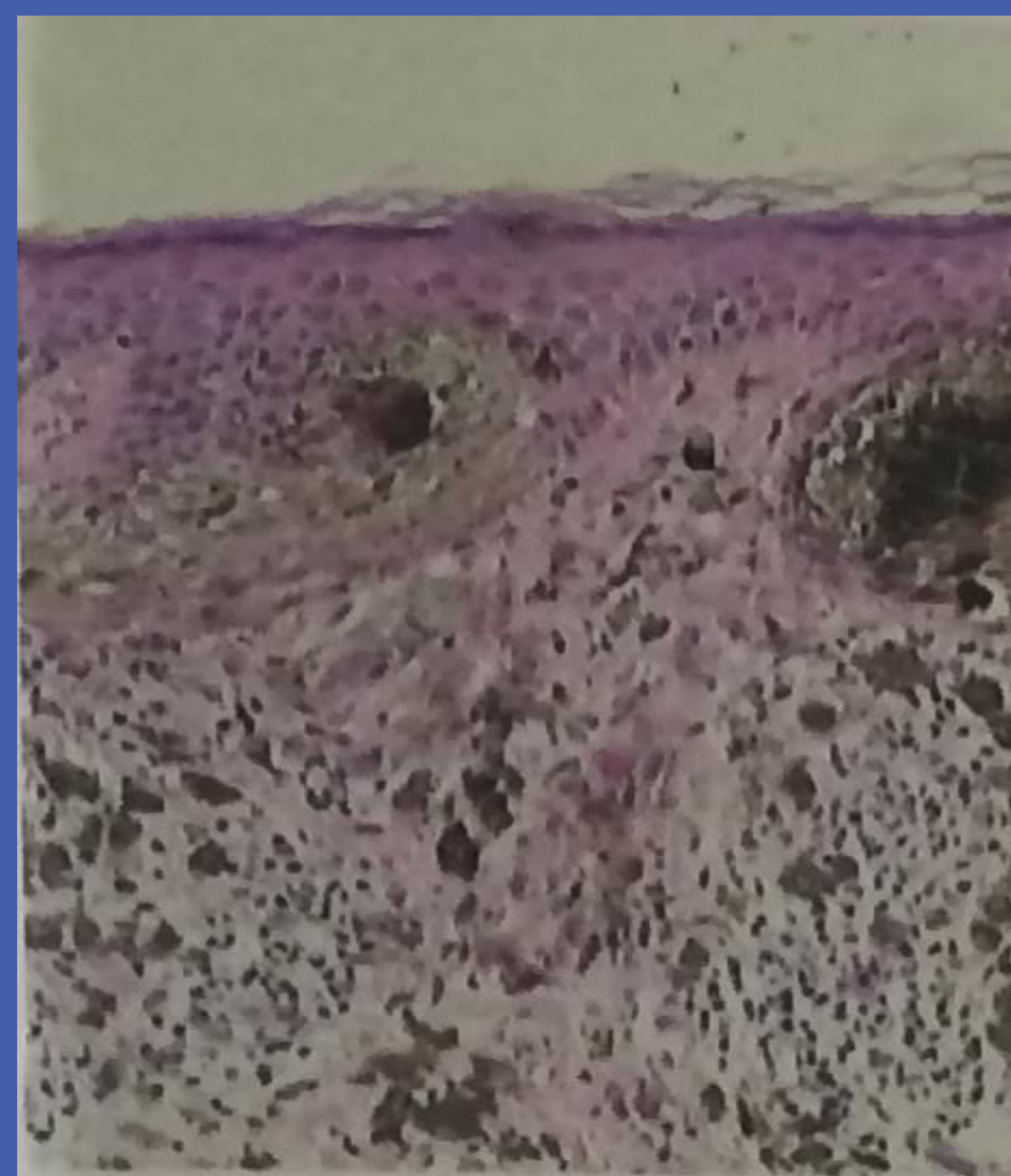


FIGURA 1 : Melanócitos de aspecto fusiforme, organizados em ninhos verticalmente orientados em relação a epiderme, com citoplasma amplo, eosinofílico, delicadamente granular, contendo pigmento melanótico grosseiro. Núcleos grandes, vesiculosos, com nucléolo visível, eosinofílico. A lesão se estende para a derme, com evidente maturação. Não há evidências de mitoses ou disseminação pagetóide. Derme papilar, numerosa quantidade de melanófagos e discreto infiltrado linfocitário perivascular.

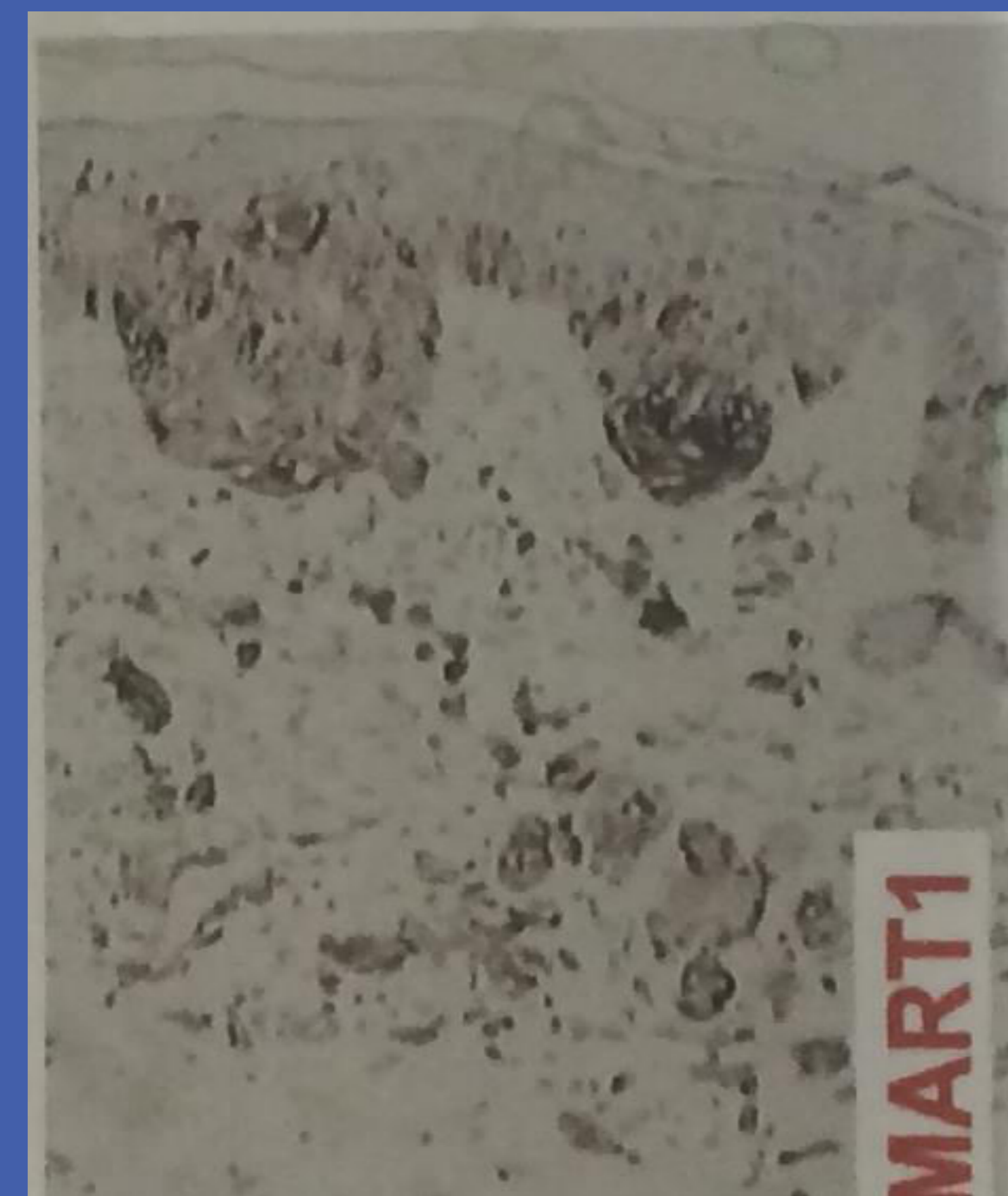


FIGURA 2 : Imunohistoquímica evidenciando a presença do Antígeno de melanoma, reconhecido por células T (Melan A/ MART-1)

ANTICORPOS	CLONE	RESULTADO
PROTEINA S- 100	Policlonal	POSITIVO
MELAN A/ MART-1	A103	POSITIVO
ANTIGENO gp100	HMB45	POSITIVO

TABELA 1 Os resultados individuais para os marcadores estudados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reed RJ, Ichinose H, Clark WH Jr, Mihm MC Jr. Common and uncommon melanocytic nevi and borderline melanomas. *Semin Oncol.* 1975; 2(2): 119-47.
2. Cochran AJ, Bailly C, Eberhard P, Remotti F. *Melanocytic tumors: a guide to diagnoses.* Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
3. Chorny JA, Barr RJ, Kyshtoobayeva A, Jakowatz J, Reed RJ. Ki-67 and p53 expression in minimal deviation melanomas as compared with other nevocytic lesions. *Mod Pathol.* 2003; 16(6):525-9.
4. Murphy ME, Boyer JD, Stashower ME, Zitelli JA. The surgical management of Spitz nevi. *Dermatol Surg.* 2002; 28(11):1065-9.
5. Peris K, Ferrari A, Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S. Dermoscopic classification of Spitz/Reed nevi. *Clin Dermatol.* 2002; 20(3):259-62.