

# Nevo de Reed (nevo de células fusiformes): relato de três casos com padrões dermatoscópicos distintos\*

Reed nevus (pigmented spindle-cell nevus): a report of three cases with distinct dermoscopic patterns

Karin Krause Boneti<sup>1</sup>  
Francisco Burnier Carlos Pereira<sup>3</sup>

Juán Piñeiro-Maceira<sup>2</sup>  
Carlos Baptista Barcaui<sup>4</sup>

**Resumo:** O nevo de Reed ou nevo de células fusiformes pigmentado pode ser um simulador do melanoma cutâneo. Apresenta, entretanto, diferentes características dermatoscópicas e histopatológicas. Trata-se de relato de três pacientes com apresentações clínicas, dermatoscópicas e histopatológicas distintas, correlacionando-as no auxílio diagnóstico deste com o melanoma e nevo de Spitz.

**Palavras-chave:** Dermoscopia; Melanoma; Nevo fusocelular

**Abstract:** Reed nevus or pigmented spindle-cell nevus may mimic cutaneous melanoma; however, its dermoscopic and histopathological characteristics are different. This case report describes three patients with distinct clinical, dermoscopic and histopathological presentations, which were correlated to enable a differential diagnosis to be made between melanoma and Spitz nevus

**Keywords:** Dermoscopy; Melanoma; Nevus, spindle cell

## INTRODUÇÃO

Nevo de Reed (NR) ou nevo de células fusiformes pigmentado (NCFP) foi descrito originalmente por Reed (1975)<sup>1,2,3</sup> e, posteriormente, por Ainsworth<sup>4</sup> como uma forma distinta de nevocelular.<sup>1</sup> 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. Apesar de alguns autores utilizarem o termo NR para designar uma entidade nosológica diferente do Nevo de Spitz, outros o consideram apenas como uma variante pigmentada deste.<sup>1,5</sup>

Em virtude do pigmento denso e da história de aparecimento relativamente súbito, faz importante diagnóstico diferencial com melanoma. A dermatoscopia é um exame de extrema valia, permitindo distinguir e estabelecer um diagnóstico definitivo na maioria dos casos.<sup>6,7</sup> Segundo Steiner e cols<sup>8,9,10</sup>, houve uma melhora na acurácia diagnóstica do NR de 46% (exame clínico) para 93% (exame dermatoscópico).

Diversos autores têm descrito características dermatoscópicas do NR, incluindo uma despigmentação central, retiforme, bizarra e uma

Recebido em 17.07.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 31.07.09.

\* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Hospital Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest*: None

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding*: None

<sup>1</sup> Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e pela Associação Médica Brasileira. Pós-graduação em Dermatologia pelo Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay (IDPRDA) da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e da Escola Médica de Pós-Graduação - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup> Fellow, Dermatology Reserch, University of Califórnia, San Francisco, EUA. Pós-doutor em Dermatopatologia pelo Armed Forces Institute of Patohology (AFIP) - Washington, D.C., USA. Professor adjunto do Departamento de Patologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup> Melanoma Clinic and Laboratories Reserch Fellow - Royal Victoria Hospital - McGill University - Montreal, Canadá. Mohs Micrografics Surgery Fellow - Royal Victoria Hospital - McGill University - Montreal, Canadá. Preceptor do Ambulatório de Lesões Melanocíticas do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay (IDPRDA) da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Doutor em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup> Mestre e Doutor pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Assistente do Ambulatório de Lesões Melanocíticas do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay (IDPRDA) da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

proeminente rede pigmentar regular que cessa abruptamente na periferia da lesão.<sup>8</sup>

Os padrões dermatoscópicos do NR seguem a classificação proposta por **Stolz** (Figura 1).<sup>11</sup>

Kreush e Rassner sugerem que os padrões globoso, rajada de estrela e reticular constituam estágios numa sequência de desenvolvimento.<sup>11,12,13</sup>

Argenziano e cols<sup>10</sup> redefiniram os aspectos do NR e os correlacionaram com características histopatológicas específicas. Apenas três padrões dermatoscópicos principais são reconhecidos por estes autores:

#### Padrão *Starburst* (Rajada de estrela):

Ocorre em 53% dos casos e caracteriza-se pela presença de pigmentação intensa de maneira irregular do centro para a periferia (aspecto em “explosão central ou radial”).

#### Padrão Globular:

Ocorre em torno de 22% dos casos e caracteriza-se pela presença de pigmentação central, globular e reniforme na periferia, sem o aspecto radial observado no padrão *starburst*.

#### Padrão Atípico:

Ocorre em 25% dos casos e um quarto deles pode apresentar atipia na histopatologia. Caracterizam-se pelo formato assimétrico, pigmentação irregular difusa (“borrões”) e véu azul-esbranquiçado.<sup>10,14</sup>

O NR padrão dermatoscópico atípico pode ser indistinguível dermatoscopicamente do melanoma, nestes casos, a distinção só é possível através da histopatologia.<sup>11</sup>

O melanoma de desvio mínimo de células pigmentadas fusiformes (MDMCFP) faz importante

diagnóstico diferencial com NR. Alguns autores sugerem que certos casos de MDM, variante nevo de Spitz Atípica, possam ter origem em displasias pré-maligna, tipo de células fusiformes pigmentadas, sendo, portanto, sempre recomendada a exérese cirúrgica.<sup>1</sup>

A seguir, são relatados três casos de Nevo de Reed, com padrões dermatoscópicos distintos, correlacionando tais achados com a histopatologia. Em um dos casos apresentados, encontramos características histopatológicas atípicas que fazem importante diagnóstico diferencial com melanoma e nevo displásico.

### RELATO DOS CASOS

#### Relato do Caso 1

Paciente do sexo masculino, branco, 18 anos, estudante. Procurou atendimento médico referindo surgimento de lesão intensamente pigmentada na coxa direita, há cerca de um ano. Ao exame dermatológico, apresentava uma pápula intensamente pigmentada, simétrica com bordas regulares, medindo cerca de 0,5 cm de diâmetro, localizada na coxa direita (Figura 2A). A dermatoscopia da lesão evidenciou intensa pigmentação, do centro para a periferia, com aspecto em explosão central e emissão de estrias ramificadas ao longo do perímetro da lesão, formando uma coroa de coloração avermelhada, característico do Nevo de Reed padrão dermatoscópico tipo “*starburst*” (Figura 2B). Ao exame histopatológico, observou-se a presença de compactação de ninhos de células melanocíticas fusiformes pigmentadas, o que justifica a formação de estrias evidenciada através da dermatoscopia (Figura 2C).

#### Relato do Caso 2

Paciente do sexo feminino, branca, oito anos, estudante. Procurou atendimento médico com queixa de mancha na face. Ao exame dermatológico, apresentava lesão intensamente pigmentada, simétrica, com bordas regulares, sem variação de cor e diâmetro, medindo cerca de 0,5 cm, localizada na região malar esquerda (Figura 3A). Ao exame dermatoscópico, evidenciamos uma lesão intensamente pigmentada que apresentou um escore dermatoscópico baixo - pela regra do ABCD - , portanto, característico de lesão de baixo risco de malignidade. Evidenciamos ainda, a presença de um padrão em alvo regular, com centro escuro (preto) e glóbulos, de pigmento marrom na periferia, característicos do nevo de Reed padrão globoso (Figura 3B e 3C). Apesar de as características dermatoscópicas da lesão sugerirem benignidade, alguns aspectos clínico-dermatoscópicos sugeriram malignidade, como a surgimento súbito de lesão intensamente pigmentada, acompanhada da presença de glóbulos na periferia e do véu esbranquiçado, sendo

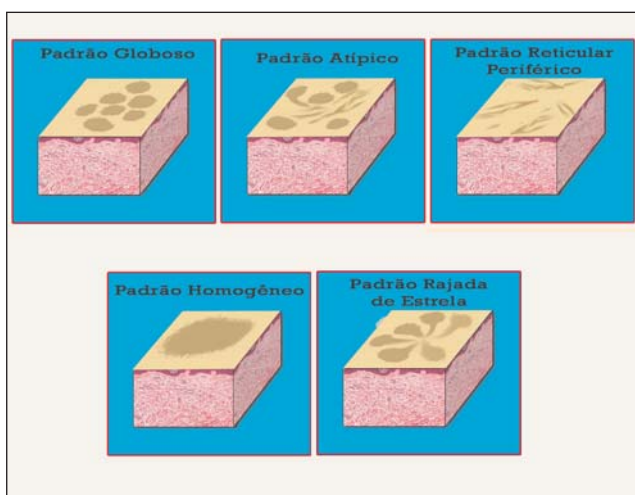
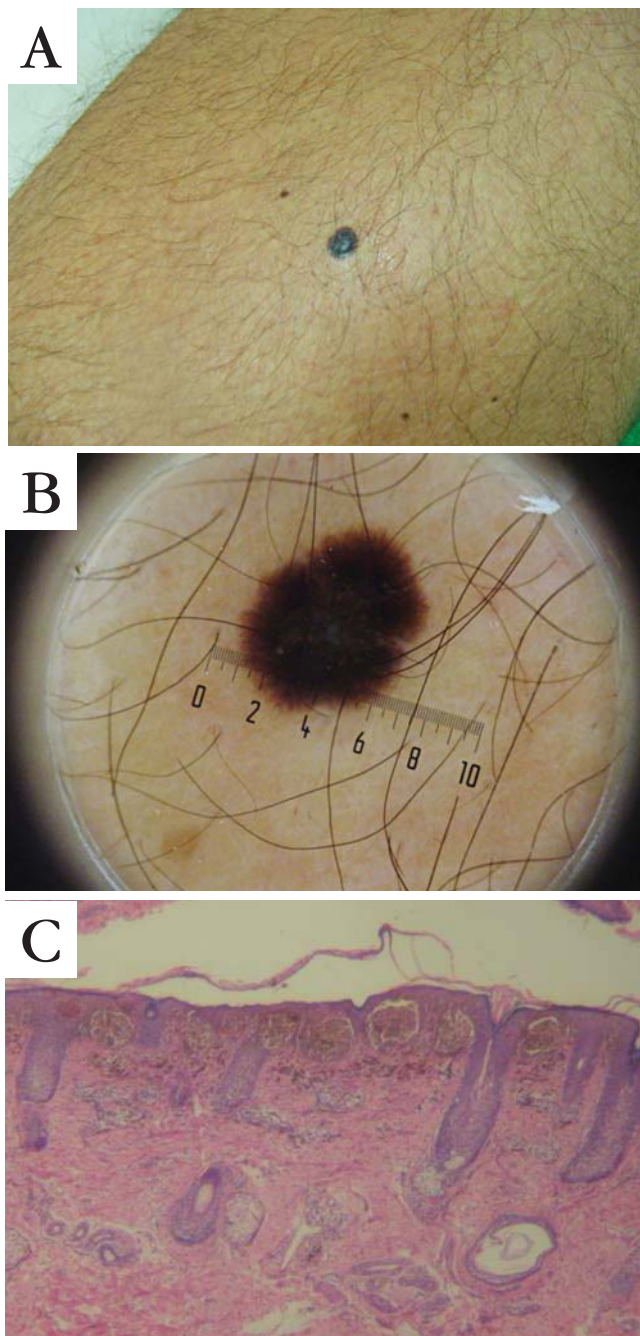
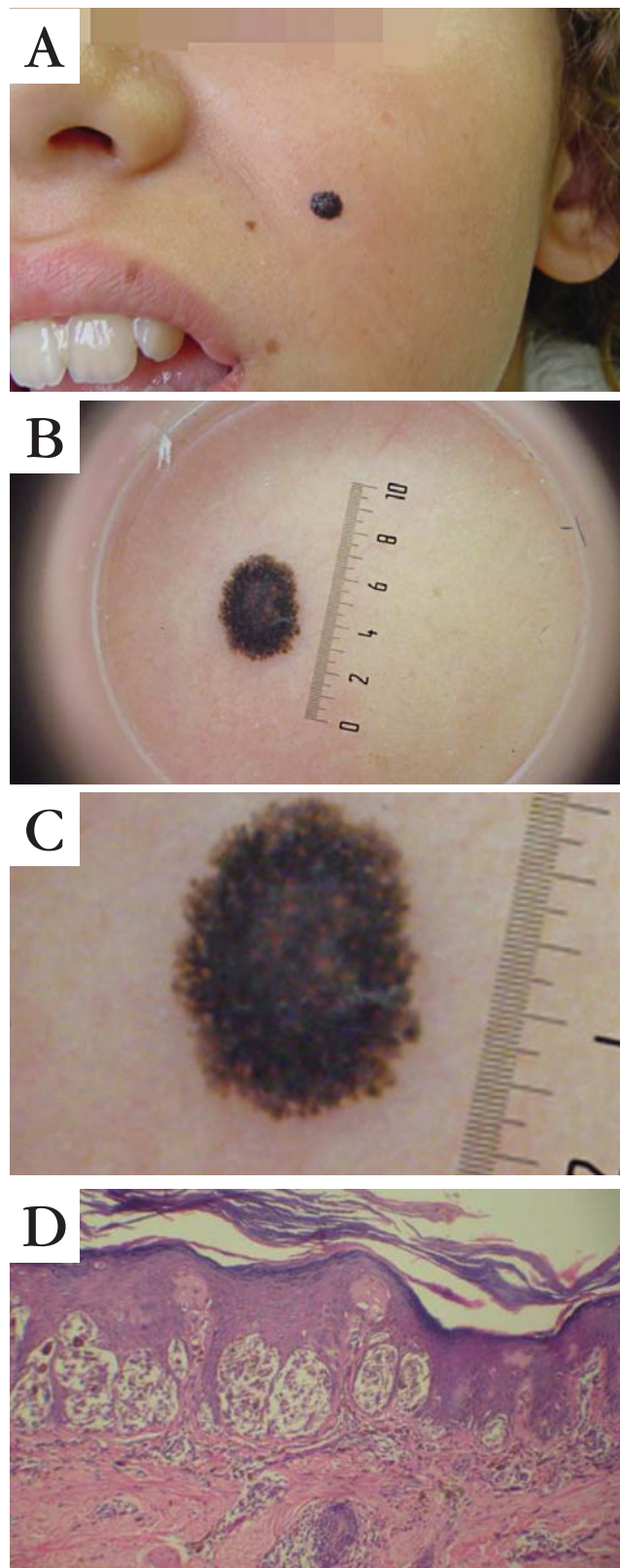


FIGURA 1: Representação esquemática das variantes dermatoscópicas do NR, proposto por Stolz, modificada pelos autores



**FIGURA 2: Caso 1 - A.** Lesão clínica na perna esquerda; **B.** Dermatoscopia: NR Padrão Starburst; **C.** - Histopatologia: NR Padrão dermatoscópico starburst, presença de compactação de ninhos de células melanocíticas fusiformes, levando a formação de estrias observadas na dermatoscopia



**FIGURA 3: Caso 2 - A.** Lesão clínica cupuliforme, bem delimitada intensamente pigmentada, localizada em região malar esquerda; **B.** Dermatoscopia: Nevo de Reed padrão globoso; **C.** Dermatoscopia: padrão em alvo regular, com glóbulos na periferia; **D.** Histopatologia: o correspondente histopatológico dos glóbulos foi a presença de ninhos em distribuição homogênea

comuns em lesões melanocíticas de alto risco, tais como, o melanoma, por isso optou-se por realizar a exérese cirúrgica da lesão. Observamos que o correspondente histopatológico dos glóbulos foi a presença de ninhos em distribuição homogênea (Figura 3D).



### Relato do Caso 3

Paciente do sexo feminino, branca, do lar. Procurou auxílio médico referindo surgimento de lesão intensamente pigmentada na coxa direita, há cerca de quatro anos, com discreto aumento de tamanho. Ao exame dermatológico, observou-se lesão intensamente pigmentada, assimétrica, com bordas irregulares, variação de quatro cores: marrom-claro, marrom-escuro, preto e cinza azulado (Figura 4A) Ao exame dermatoscópico, encontramos a presença de rede pigmentar característica das lesões melanocíticas, estrias ramificadas na lateral da lesão, bem como a presença de glóbulo. As estrias radiadas avançavam em direção a pele normal, por vezes, afinando-se e formando uma coroa marrom característica do Nevo de Reed, padrão dermatoscópico, tipo Reticular (Figura 4B). Diante de um elevado escore dermatoscópico, optou-se por realizar uma exérese cirúrgica. Ao exame

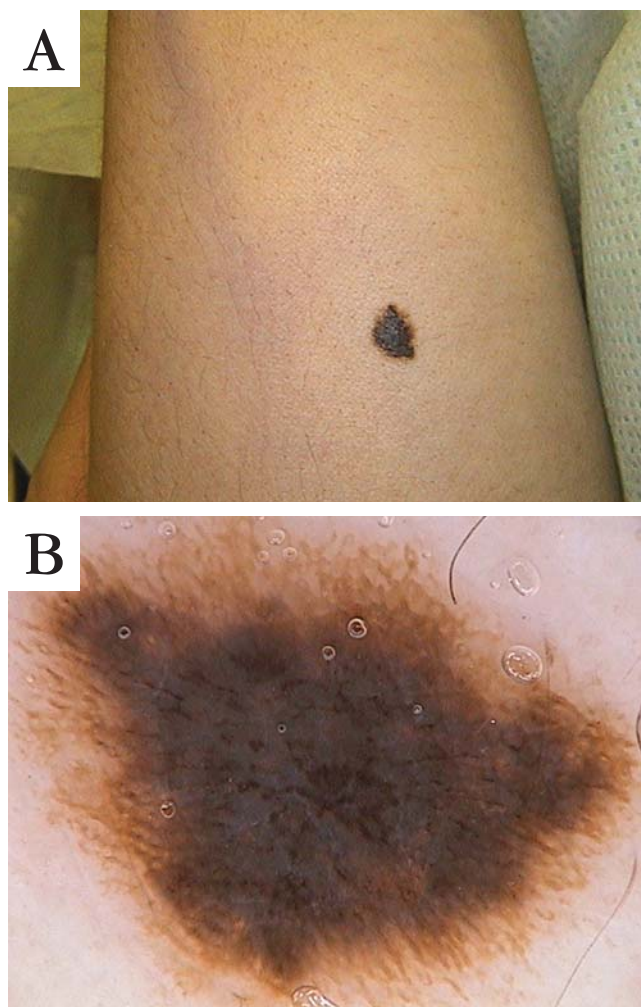


FIGURA 4: Caso 3 - A. Clínica: lesão intensamente pigmentada, assimétrica, com bordas irregulares, variação de quatro cores; B. Dermatoscopia do NR Padrão Reticulado.

histopatológico da lesão, encontramos uma proliferação melanocítica no centro, com presença de ninhos grandes, ovalados e hiperpigmentados. Apresentou ainda hiperplasia epidérmica que, quando presente e associada a numerosos melanófagos na derme, determinaram o véu cinza-azulado, observado na dermatoscopia (Figura 5). Na periferia, observou-se a proliferação de células individualizadas na epiderme em distribuição assimétrica, correspondendo ao aspecto atípico da lesão, representado na dermatoscopia por estrias (Figura 6). O Diagnóstico histopatológico apresentado foi de nevo melanocítico de células fusiformes pigmentadas, tipo nevo de Reed atípico, com componentes intraepidérmico de células ovaladas inflamatórias.

### DISCUSSÃO

Há pouco tempo, o NR era pouco conhecido pelos dermatologistas. O advento da dermatoscopia tem permitido a sua caracterização e melhor entendimento dentro do contexto das lesões melanocíticas, permitindo a diferenciação entre nevo de Reed versus nevo de Spitz e melanoma, o que é comprovado através da histopatologia. Apesar disso, existe uma corrente de autores segundo os quais defendem o agrupamento de nevo de Spitz pigmentado e nevo de Reed em entidade única, valorizando os aspectos comuns de ambos.

Não existe na literatura uma correlação precisa entre a dermatoscopia e histopatologia do NR. Entretanto, de acordo com os casos ilustrados, os autores sugerem que tal correlação seja viável, haja vista os aspectos peculiares encontrados nas diferentes

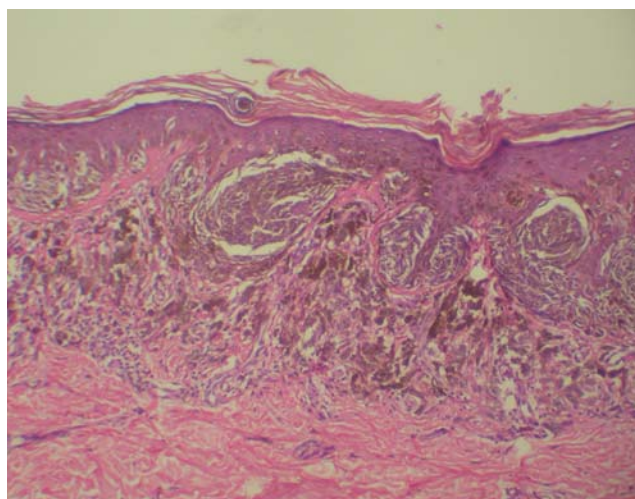


FIGURA 5: Caso 3 - Histopatologia

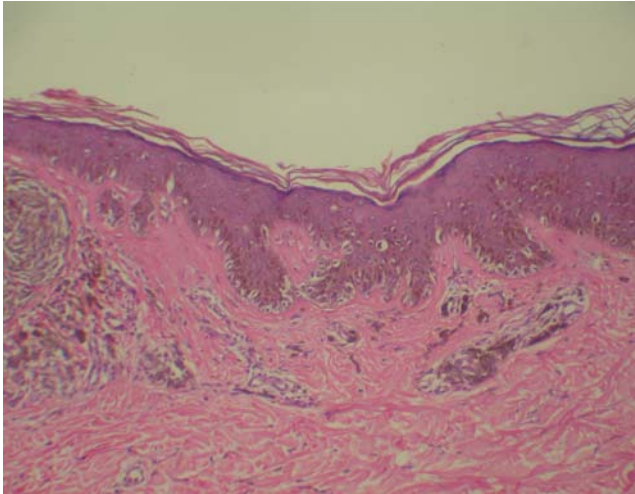


FIGURA 6: Caso 3 - Histopatologia: porção central da lesão, apresentando ninhos de células fusiformes, dispostos verticalmente, agrupados no centro seguindo um padrão lentiginoso, tipo nevo de Clark na periferia, associado à hiperplasia epidérmica, pigmentação intensa com numerosos melanófagos - padrão histopatológico atípico

variantes dermatoscópicas. 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). A hiperplasia epidérmica pode não ser evidente (Figura 2C e 3D), mas, quando presente e associada a numerosos melanófagos na derme, determinam o véu cinza-azulado observado na figura 4. A rede alargada periférica, que foi observada também na figura 4, corresponde histologicamente a uma patologia de células melanocíticas predominantemente isoladas na junção dermoepidérmica, caracterizando o NR padrão histopatológico atípico, que constitui importante diagnóstico diferencial com o nevo de Clark (nevo displásico).

A presença de glóbulos e estrias nas margens da lesão confere o aspecto clinicamente suspeito observado. A disposição arquitetural destes ninhos varia de lesão para lesão, por vezes, observando-se células isoladas. Estas variações histopatológicas explicam o porquê de apresentações dermatoscópicas diversas, dentro de um mesmo diagnóstico. No NR globoso, a distribuição dos ninhos homogeneamente é responsável pelo achado de glóbulos na periferia (Figura 3C e 3D). As demais variantes (encontradas em nossos pacientes) apresentaram compactação dos ninhos, levando a formação de estrias (Figura 2C, 5 e 6). A presença de uma extensão lentiginosa destes ninhos, em direção à pele normal, compõem o padrão dermatoscópico tipo reticular (Figura 5 e 6). □

#### AGRADECIMENTO:

Ao Dr. Marcelo Avé, pelo desenvolvimento gráfico da representação esquemática das variantes dermatoscópicas do NR, proposto por Stolz, modificada pelos autores na figura 1 deste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Sau CP, Grahan JH, Helwig EB. Pigmented spindle cell nevus: a clinicopathologic analysis of ninety-five cases. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28:565-71.
2. Peris K, Ferrari A, Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S. Dermoscopic classification of Spitz/Reed Nevus. *Clin Dermatol.* 2002;20:259-62.
3. Reed RJ, Ichinose H, Clark WH, Mihm MC. Common and uncommon melanocytic nevi and borderline melanomas. *Semin Oncol.* 1975;2:119-47.
4. Kernen JA, Ackerman IV. Spindle cell nevi and epithelioid cell nevi (so-called juvenile melanoma) in children and adults a clinicopathologic study of 27 cases. *Cancer.* 1976;13:612-25.
5. Seregard S. Pigmented spindle cell naevus of Reed presenting in conjunctiva. *Acta Ophthalmol.* 2000;78:104-6.
6. Pehamberger H, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. I: patterns analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17:571-83.
7. Steiner A, Pehamberger H, Wolff K. In vivo epiluminescence if pigmented skin lesions, H: diagnosis of small pigmented skin lesions and early detection of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17:584-91.
8. Marchell R, Marghoob AA, Braun RP, Argenziano G. Dermoscopy of pigmented Spitz and Reed Nevus. *Arch Dermatol.* 2005;141:1060.
9. Pizzichetta MA, Argenziano G, Grandi G, Giacomi C, Trevisan G, Soyer P. Morphologic changes of a pigmented Spitz nevus assessed by dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:137-9.
10. Rezze GG, De Sá BCS. Nevos de células fusiformes e/ou epitelioides. In: Rezze GG, De Sá BCS, Neves RI, editors. *Atlas de dermatoscopia aplicada.* São Paulo: Maritnari Ed e Livraria; 2004. p.93-7.
11. Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P, Landthaler M, Burgdorf WHC, Cagnetta AB. *Atlas colorido de dermatoscopia.* Rio de Janeiro: Ed. Di-livros; 2002.p. 89-95.
12. Soyer HP, Kenet RO, Wolf IH, Kenet BJ, Cerroni L. Clinicopathological correlation of pigmented skin lesions using dermatoscopy. *Eur J Dermatol.* 2000;10:22-8.
13. Sagebiel RW, Chinn EK, Egbert BM. Pigmented spindle cell nevus - clinical and histological review of 90 cases. *Am J Surg Pathol.* 1984;9:645-53.
14. Rezze GG, Sá BCS, Neves RI. Dermatoscopia: o método de análise de padrões. *An Bras Dermatol.* 2006;81:261-8.

---

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

*Karin Krause Boneti*  
*Rua dos Baurus Lote 06 Quadra 03 Condomínio*  
*Alphaville Cuiabá*  
*78061-300 Cuiabá - MT*  
*Tel: +55 (65) 36536320*  
*e-mail: karin@fremissant.com.br*

Como citar este artigo/How to cite this article: Boneti KK, Maceira JP, Pereira FB, Barcaui CB. Nevo de Reed (nevo de células fusiformes): relato de três casos com padrões dermatoscópicos distintos. *An Bras Dermatol.* 2010;85(4):531-6.