

Patrón dermatoscópico de “cielo estrellado” en nevo melanocítico congénito con distribución folicular

Dermatoscopic “sky full of stars” pattern in a congenital melanocytic nevus with follicular distribution

Juan Alberto Godínez-Chaparro^{1a}, Rodrigo Roldán-Marín^{2b}, Helena Vidaurri-de la Cruz^{3c}

Resumen

Introducción: el nevo melanocítico congénito (NMC) está presente al nacimiento o aparece durante el primer año de vida. Algunas características dermatoscópicas permiten diferenciarlo de otras lesiones pigmentadas y evaluar su evolución. Se reporta un caso de NMC con distribución melanocítica limitada a los folículos pilosos en el que se asocian hallazgos dermatoscópicos y de microscopía confocal de reflectancia (MCR).

Caso clínico: paciente del sexo masculino de 2 años y 7 meses, sin antecedentes relevantes, con mácula melanocítica de 10 × 7 mm en región lumbar posterior izquierda, presente desde el nacimiento. La dermatoscopia mostró una zona central gris-azulada con glóbulos marrón oscuro de distribución perifolicular y radial desde el *ostium* folicular, la cual formaba un patrón tipo “cielo estrellado”. La MCR evidenció proliferación de melanocitos en la unión dermoepidérmica, organizados en agregados densos y nidos, con patrón mixto de malla y glóbulos.

Conclusiones: los agregados perifoliculares corresponden a depósitos de melanina en los orificios foliculares. El patrón tipo “cielo estrellado”, poco documentado, podría asociarse con melanocitos confinados al infundíbulo y folículos no contiguos. Es importante diferenciarlo del patrón globular, indicativo de actividad melanocítica. La MCR puede aportar información útil para el seguimiento clínico.

Abstract

Background: Congenital melanocytic nevus (CMN) is present at birth or appears during the first year of life. Certain dermoscopic features allow differentiation from other pigmented lesions and assessment of its evolution. We report a case of CMN with melanocytic distribution limited to hair follicles, associating dermoscopic findings with reflectance confocal microscopy (RCM).

Case report: A 2 year and 7 month old male patient with no relevant medical history presented with a 10 × 7 mm melanocytic macule on the left posterior lumbar region, present since birth. Dermoscopy revealed a central gray-blue area with dark brown globules distributed perifollicularly and radially from the follicular ostium, forming a “sky full of stars” pattern. RCM showed melanocytic proliferation at the dermoepidermal junction, organized in dense aggregates and nests, with a mixed mesh and globular pattern.

Conclusions: Perifollicular aggregates observed on dermoscopy correspond to melanin deposits within follicular openings. The “sky full of stars” pattern, which has been rarely described, may be associated with melanocytes confined to the infundibulum and noncontiguous hair follicles. It is important to differentiate this pattern from the globular pattern, which indicates melanocytic activity. RCM may provide useful information for clinical follow-up.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional La Raza, Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”, Servicio de Dermatología Pediátrica. Ciudad de México, México

²Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Clínica de Oncodermatología. Ciudad de México, México

³Secretaría de Salud, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Servicio de Dermatología Pediátrica. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0001-8618-7264^a, 0000-0002-6832-5915^b, 0000-0002-7617-1610^c

Palabras clave
Nevo Pigmentado
Folículo Piloso
Pediatría

Keywords
Nevus, Pigmented
Hair Follicle
Pediatrics

Fecha de recibido: 11/12/2025

Fecha de aceptado: 27/04/2026

Comunicación con:

Juan Alberto Godínez Chaparro
✉ alberto.godinezch@gmail.com
☎ 800 623 2323, extensión 24051

Cómo citar este artículo: Godínez-Chaparro JA, Roldán-Marín R, Vidaurri-de la Cruz H. Patrón dermatoscópico de “cielo estrellado” en nevo melanocítico congénito con distribución folicular. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64(5):e7078. doi: 10.5281/zenodo.21462915

Introducción

El *nevo melanocítico congénito* (NMC) es una lesión cutánea que está presente desde el nacimiento o que aparece durante el primer año de vida, con una prevalencia estimada de entre 1 y 6% de los recién nacidos, quienes pueden presentar uno o más NMC al momento del nacimiento. Clínicamente, estas lesiones se manifiestan como máculas o manchas de color marrón a negro, con una superficie plana (macular) o elevada (mamelonada), generalmente de forma redonda u ovalada, simétricas, con bordes bien definidos y una apariencia homogénea; en algunos casos, pueden asociarse a hipertrichosis. En ocasiones, presentan una expresión clínica variable, con diversidad cromática y consistencia cambiante (plana, papular, nodular o papilomatosa). De acuerdo con sus dimensiones, los NMC se clasifican en pequeños (< 1.5 cm), medianos (1.5-20 cm), grandes (20-40 cm) y gigantes (> 40 cm).^{1,2}

La determinación del tamaño de la lesión y la proyección de su crecimiento en la edad adulta son fundamentales, ya que el riesgo de transformación maligna de estos nevos se asocia con su longitud. La dermatoscopia y la videodermatoscopia complementan su evaluación al facilitar la detección temprana de características que sugieren transformación maligna a lo largo de la vida.³

Los NMC tienen riesgo de desarrollar melanoma cutáneo y melanoma del sistema nervioso central, especialmente en lesiones de mayor tamaño. La presencia de dolor, ulceración, sangrado o crecimiento desproporcionado en relación con el crecimiento del paciente constituye una indicación para realizar una biopsia.^{4,5} El riesgo de melanoma en un NMC está presente desde el nacimiento. La estratificación del riesgo se basa en el tamaño proyectado en la adultez y en el número de nevos satélite (≥ 20). El riesgo absoluto estimado es aproximadamente 0.3% para los NMC pequeños o medianos (riesgo relativo: 9.5) y entre 1.25% y 10% para los NMC grandes (riesgo relativo: de 52 a 1046).⁶

La dermatoscopia es una técnica diagnóstica *in vivo* y no invasiva, útil para el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas pigmentadas. Esta técnica permite la visualización y evaluación de estructuras pigmentadas submacroscópicas, las cuales corresponden a estructuras histológicas específicas.^{7,8} La dermatoscopia forma parte rutinaria de la evaluación cotidiana de las lesiones cutáneas en la práctica dermatológica. La identificación de características dermatoscópicas distintivas en los NMC permite diferenciar lesiones benignas de malignas, mejora la precisión diagnóstica y orienta el manejo clínico. En los NMC se identifican los patrones dermatoscópicos reticular, globular y mixto. Asimismo, pueden observarse variantes características del patrón globular, como el patrón empedrado,

así como estructuras dermatoscópicas específicas, como la red de pigmento en diana, glóbulos en diana, glóbulos con halo y, de manera asociada, la hipopigmentación perifolicular. Estos patrones pueden variar según la edad del paciente y la localización de la lesión. Por otro lado, existen hallazgos dermatoscópicos que sugieren transformación maligna, como la presencia de red atípica, puntos o glóbulos irregulares, estrías, áreas de regresión, coloración azul sobreelevada, velo azul-blanco, despigmentación reticular, estructuras vasculares asociadas a melanoma, manchas atípicas y un patrón multicomponente.^{3,9}

La diseminación lentiginosa de melanocitos hacia el folículo piloso puede observarse en diversos subtipos de neoplasias melanocíticas benignas, incluidos los nevos melanocíticos, aunque también se presenta en el melanoma, por lo que no constituye un criterio exclusivo de malignidad.¹⁰ En este contexto, un hallazgo dermatoscópico poco documentado en los NMC es la presencia de melanocitos con distribución limitada a los folículos pilosos. Presentamos el caso de un paciente pediátrico con un NMC que mostró un patrón dermatoscópico atípico, denominado “cielo estrellado”, escasamente descrito en la literatura. Este hallazgo motivó la realización de microscopía confocal de reflectancia (MCR) con el objetivo de evaluar la profundidad y las características celulares de la lesión, y contribuir a una mejor comprensión de este patrón.

Caso clínico

Paciente del sexo masculino de 2 años y 7 meses de edad sin antecedentes relevantes para su padecimiento. Presentó una lesión melanocítica desde el nacimiento. En la evaluación clínica se observó una dermatosis localizada en el tronco, la cual afectaba la región lumbar izquierda posterior. La lesión consistió en una mancha melanocítica de 10 x 7 mm de diámetro (figura 1). Por sus características clínicas, la lesión fue clasificada como un nevo melanocítico congénito pequeño. La dermatoscopia de la lesión reveló una zona central de tonalidad gris-azulada tenue, en cuyo interior se observó un patrón de agregados café oscuro distribuidos de manera folicular. Estos agregados presentaron una disposición radial desde el *ostium* folicular, lo cual imitaba un patrón de “cielo estrellado” (figura 2). En la MCR (Vivascope 1500, Mosaico 2 x 1.5 mm) se identificó a nivel de la unión dermoepidérmica una proliferación de melanocitos que se disponían en agregados densos y nidos con un patrón mixto en malla y agregados (figura 3). Los hallazgos clínicos, dermatoscópicos y microscópicos fueron compatibles con una lesión melanocítica benigna; por lo tanto, se optó por establecer únicamente seguimiento clínico.

Figura 1 Imagen clínica



Imagen clínica del nevo melanocítico congénito con distribución folicular

Figura 2 Imagen dermatoscópica

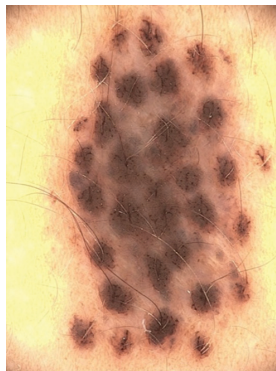


Imagen dermatoscópica del nevo (20 x), la cual muestra una zona central de tonalidad gris-azulada tenue. En su interior se observa un patrón de agregados café oscuro distribuidos de manera folicular. Estos agregados presentan una disposición radial desde el *ostium* folicular e imitan un patrón de “cielo estrellado”

Figura 3 Microscopía confocal de reflectancia



La microscopía confocal de reflectancia muestra a nivel de unión dermoepidérmica una proliferación de melanocitos que se disponen en agregados densos y nidos con patrón mixto en malla y agregados

Discusión

La extensión lentiginosa de melanocitos hacia los folículos pilosos se observa en varios subtipos de neoplasias melanocíticas benignas, como el nevo displásico, el nevo de sitios especiales, la hiperplasia melanocítica inducida por el sol, el nevo melanocítico congénito y el nevo adquirido tipo congénito o de aparición temprana (que aparece entre el primer y el segundo año de vida). La distribución de estos nevos se origina a partir de células precursoras de melanocitos ubicadas alrededor y dentro de los nervios y estructuras foliculares que luego ascienden para colonizar la dermis, la epidermis y los folículos pilosos después del nacimiento. En cuanto a su profundidad, los melanocitos en los nevos con distribución folicular suelen estar confinados al infundíbulo y se limitan a una pequeña porción de los folículos pilosos no contiguos.¹⁰

Los NMC presentan una variabilidad en su expresión clínica; entre las morfologías de distribución menos comunes se encuentran las lesiones con distribución folicular.¹¹ En la dermatoscopia, la formación de agregados maculares perifoliculares se explica por la presencia de melanina, la cual se manifiesta en tonalidades marrón, azul y gris, y en la que se observa una distribución característica de estos agregados a nivel de las aperturas foliculares. Por otro lado, el patrón con distribución de pigmento radial desde el *ostium* folicular, que imita un “cielo estrellado”, ha sido poco documentado (cuadro 1). Este patrón puede ocurrir porque en la región perifolicular persiste un mayor número de melanocitos. En la literatura, el patrón dermatoscópico en “cielo estrellado” se ha descrito en un nevo melanocítico congénito gigante de tipo desmoplásico, con estroma rico en colágena densa y fibrosis, limitado a la periferia de la lesión. Los autores plantearon que este hallazgo podría explicarse por la invasión y destrucción de los nidos melanocíticos en la unión dermoepidérmica por el colágeno, con pérdida del patrón reticular central y preservación perifolicular.¹² En contraste, nuestro caso (un nevo melanocítico congénito pequeño, no desmoplásico y clínicamente plano) mostró el patrón en toda la lesión, lo que sugiere que no depende exclusivamente de cambios desmoplásicos y amplía su espectro de presentación. No obstante, el escaso número de casos publicados impide establecer con certeza su mecanismo causal.

En la evaluación dermatoscópica, es importante distinguir el patrón dermatoscópico de “cielo estrellado” del patrón globular, caracterizado por la presencia de estructuras circulares u ovaladas con un diámetro generalmente superior a 0.1 mm. Desde el punto de vista histológico, estos glóbulos representan nidos de melanocitos pigmentados en la unión dermoepidérmica o agrupamientos de células névicas en la dermis. El patrón globular puede manifestarse: a) de forma

Cuadro I Casos clínicos de nevos melanocíticos congénitos con patrón dermatoscópico tipo “cielo estrellado” reportados en la literatura

País	Año	Sexo	Edad	Breve descripción del caso
España ¹²	2017	Femenino	6 meses	Nevo melanocítico congénito gigante desmoplásico. El área periférica del nevo presentó induración con hipopigmentación con el hallazgo del patrón en “cielo estrellado”
México (este caso)	2025	Masculino	2 años, 7 meses	El presente caso: nevo melanocítico congénito pequeño. La dermatoscopia de toda la lesión reveló un patrón de “cielo estrellado”

homogénea, b) adoptar una disposición periférica o en anillo, típica de nevos en fase de crecimiento, o c) presentarse de manera irregular, con variación en el tamaño, la forma y la tonalidad de los glóbulos, lo cual refleja actividad melanocítica y puede elevar la sospecha de malignidad.^{13,14,15} Ante la identificación del patrón globular irregular, la conducta indicada es la realización de una biopsia cutánea para el análisis histopatológico de la lesión.

La MCR es una técnica de imagen no invasiva que permite la visualización *in vivo* y en tiempo real de la epidermis y la dermis papilar, con resolución cercana a la histopatológica, mediante imágenes en escala de grises en plano horizontal (*en face*). Su utilidad radica en la evaluación detallada de la arquitectura celular y morfológica de las lesiones cutáneas, especialmente cuando la biopsia es impráctica o implica daño tisular innecesario, ya que la MCR mejora la precisión diagnóstica de la lesión.^{16,17} En los nevos melanocíticos congénitos, la MCR puede mostrar un patrón en panal regular en las capas espinosa y granulosa de la epidermis, queratinocitos hiperpigmentados (hiperrefractiles) en la capa basal, así como patrones en anillo, en red, en agregados o multicomponente. Además, es posible identificar quistes córneos intraepidérmicos, grandes y altamente refringentes, junto con cúmulos de estructuras blancas brillantes en la dermis papilar; en conjunto, estos hallazgos microscópicos apoyan el carácter benigno de la lesión melanocítica y contribuyen a su evaluación de manera no invasiva.¹⁸

El uso de la MCR como método diagnóstico en nevos melanocíticos pediátricos con características atípicas sigue siendo limitado; no se utiliza de manera rutinaria en la práctica clínica, a pesar de su utilidad diagnóstica, debido a su alto costo, limitada disponibilidad y la necesidad de entrenamiento especializado para su adecuada interpretación. En nevos con cambios en la pigmentación o crecimiento acelerado, los principales hallazgos microscópicos vistos por MCR incluyen la presencia de nidos densos (66.7%) y un patrón en malla (52.4%), lo que sugiere una arquitectura melanocítica bien organizada. Hallazgos menos frecuentes incluyen nidos dispersos (31.0%), patrón de agregados (23.8%), patrón en anillo (16.7%), papilas sin borde definido (7.1%) y patrón mixto (7.1%). La presencia de células atípicas subraya la necesidad de un monitoreo clínico

y microscópico más riguroso.¹⁹ En nuestro caso, la lesión melanocítica mostró, a nivel microscópico, características benignas: proliferación de melanocitos organizados en agregados y nidos con patrón mixto en malla y agregados, sin atipia celular ni otros indicadores de malignidad. Estos hallazgos permitieron continuar con la vigilancia del NMC.

Hasta el momento, la literatura disponible es limitada en cuanto a la documentación de las asociaciones entre los patrones dermatoscópicos descritos en los nevos melanocíticos congénitos y los hallazgos microscópicos identificados mediante MCR. El estudio de Odorici *et al.* identificó asociaciones significativas según las distintas etapas de la vida: globular y agregados en pacientes de 0 a 20 años, retículo-globular y en malla entre los 21 y 40 años, y reticular y en anillo en mayores de 40 años; además, el patrón homogéneo se asoció con todos los patrones de MCR. A pesar de estos hallazgos, persiste un vacío de conocimiento respecto a las asociaciones en los NMC con el resto de patrones dermatoscópicos atípicos, lo que resalta la importancia de continuar documentando y analizando estos casos mediante dermatoscopia y MCR.²⁰

La fortaleza principal de este artículo radica en la descripción detallada del patrón dermatoscópico tipo “cielo estrellado” y su asociación con los hallazgos obtenidos mediante MCR, un fenómeno escasamente documentado en NMC. Sin embargo, su principal limitación es que se trata de un único caso clínico, lo cual restringe la generalización de los hallazgos y la identificación de otras asociaciones.

Conclusiones

Los NMC presentan una diversidad de patrones dermatoscópicos y hallazgos en la MCR que varían a lo largo de la vida. La evidencia disponible demuestra que hay asociaciones consistentes entre ciertos patrones dermatoscópicos y estructuras observadas en la MCR, lo que permite una mejor comprensión de la arquitectura de estas lesiones y de su comportamiento biológico. Sin embargo, la literatura sigue siendo limitada, especialmente en lo que respecta a la asociación de hallazgos microscópicos con patrones dermatoscópicos atípicos, lo que representa un área relevante de oportunidad para la investigación clínica y diagnóstica.

En este contexto, resulta fundamental reconocer y reportar patrones poco comunes, como el patrón de “cielo estrellado”, así como describir de manera detallada sus asociaciones con los hallazgos observados mediante MCR. La integración de ambas técnicas de imagen no invasivas, cuando estén disponibles, permite optimizar la precisión diagnóstica, identificar características compatibles con benignidad y reducir biopsias innecesarias, lo cual favorece un enfoque basado en la vigilancia clínica. La docu-

mentación sistemática de estos patrones raros contribuirá a ampliar el conocimiento existente y a fortalecer los criterios diagnósticos en la evaluación integral de los NMC.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. Salgado CM, Tomás-Velázquez A, Reyes-Múgica M. Congenital melanocytic neoplasms: clinical, histopathological and recent molecular developments. *Virchows Arch.* 2025; 486(1):165-76. doi: 10.1007/s00428-024-04011-3
2. Wiesner T, Barnhill RL. Lesiones melanocíticas benignas y lesiones melanóticas. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. *Dermatología*. Quinta ed. Barcelona: Elsevier España; 2025. p. 1973-2008.e7.
3. Zalaudek I, Conforti C, Guarneri F, et al. Clinical and dermoscopic characteristics of congenital and noncongenital nevus-associated melanomas. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(4):1080-7. doi: 10.1016/j.jaad.2020.04.120
4. Shreberk-Hassidim R, Ostrowski SM, Fisher DE. The Complex Interplay between Nevi and Melanoma: Risk Factors and Precursors. *Int J Mol Sci.* 2023;24(4):3541. doi: 10.3390/ijms24043541
5. Mologousis MA, Tsai SY, Tissera KA et al. Updates in the Management of Congenital Melanocytic Nevi. *Children (Basel).* 2024;11(1):62. doi: 10.3390/children11010062
6. Pastore LM, Valentini R, Marghoob AA. Congenital melanocytic nevi and risk of melanoma. *Clin Dermatol.* 2025;43(3): 378-84. doi: 10.1016/j.clindermatol.2024.09.004
7. Adya KA. Dermoscopy: An overview of the principles, procedure and practice. En: Ankad BS, Mukherjee SS, Nikam BP, eds. *Dermoscopy–Histopathology Correlation*. Singapore: Springer; 2021. p. 1-13.
8. Musolff N, Tchack M, Chaudhry ZS et al. Updates in Dermoscopy for Pigmented Lesions. *Dermatol Clin.* 2025;43(3):419-32. doi: 10.1016/j.det.2025.03.009
9. Sarma N, Das A, Gupta A. Melanocytic nevus and nevoid disorders. En: Ankad BS, Mukherjee SS, Nikam BP, eds. *Dermoscopy–Histopathology Correlation*. Singapore: Springer; 2021. pp. 15-46.
10. Lambertini M, Ricci C, Corti B et al. Follicular colonization in melanocytic nevi and melanoma: A literature review. *J Cutan Pathol.* 2023;50(8):773-8. doi: 10.1111/cup.14415
11. Siddiq M, Carmen LW. Case report and review of an unusual congenital follicular melanocytic nevus in a child. *SAGE Open Med Case Rep.* 2025;13:2050313X251350364. doi: 10.1177/2050313X251350364
12. Martín-Carrasco P, Bernabeu-Wittel J, Dominguez-Cruz J et al. “Sky Full of Stars” Pattern: Dermoscopic Findings in a Desmoplastic Giant Congenital Melanocytic Nevus. *Pediatr Dermatol.* 2017;34(3):e142-3. doi: 10.1111/pde.13099
13. Palacios-Martínez D, Díaz-Alonso RA. Dermatoscopia para principiantes (ii): estructuras dermatoscópicas y métodos diagnósticos. *Semergen.* 2017;43(4):312-7. doi: 10.1016/j.semerg.2015.11.010
14. Puig S. Melanomas. En: Cabo H, editor. *Dermatoscopia*. Segunda edición. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2016. pp. 213-20.
15. Zaba LC, Wang JY, Swetter SM. Melanoma. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. *Dermatology*. Quinta edición. Londres: Elsevier; 2025. pp. 2009-2044.e8.
16. Lboukili I, Stamatias G, Descombes X. Automating reflectance confocal microscopy image analysis for dermatological research: a review. *J Biomed Opt.* 2022;27(7):070902. doi: 10.1117/1.JBO.27.7.070902
17. Lu Q, Jiang G. Progress in the application of reflectance confocal microscopy in dermatology. *Postepy Dermatol Alergol.* 2021;38(5):709-15. doi: 10.5114/ada.2021.110077
18. Farabi B, Akay BN, Goldust M et al. Congenital melanocytic naevi: An up-to-date overview. *Australas J Dermatol.* 2021;62(2):e178-91. doi: 10.1111/ajd.13535
19. Pogorzelska-Antkowiak A, Gonzalez S. Application of dermoscopy and reflectance confocal microscopy in vivo in the evaluation of nevi in children. *Pediatr Dermatol.* 2024;41(4): 646-50. doi: org/10.1111/pde.15629
20. Odorici G, Longhitano S, Kaleci S et al. Morphology of congenital nevi in dermoscopy and reflectance confocal microscopy according to age: a pilot study. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2020;34(12):e787-9. doi: 10.1111/jdv.16448