

Generalidades en dermatoscopía

Dermoscopy: An overview

Blanca Carlos Ortega

Dermatóloga. Centro Médico Nacional "La Raza" Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F. Presidenta de la Sociedad Nacional de Dermatoscopía (SND)

Ricardo Quiñones Venegas

Dermatólogo. Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio", Guadalajara, Jalisco. Vicepresidente de la Sociedad Nacional de Dermatoscopía (SND)

Roger A. González Ramírez

Dermatólogo. Práctica Privada, Monterrey, N.L. Secretario de la Sociedad Nacional de Dermatoscopía (SND)

Sr. Editor:

Con gran beneplácito recibimos la noticia de que un artículo referente a dermatoscopía fue publicado en el número anterior de *Dermatología CMQ*.¹ Es importante estimular a los dermatólogos en formación a que publiquen artículos con temas actuales y de interés, sin embargo, también es de suma importancia que los residentes sean bien orientados y documenten adecuadamente la publicación.

La presente carta hace un análisis constructivo y fundamentado en literatura científica, por lo que esperamos sea bien recibido por los autores; esto con el fin de no generar conceptos incompletos y/o erróneos de la dermatoscopía básica, ya que a la postre, generaría lagunas en el aprendizaje de la dermatoscopía avanzada.

Una revisión bibliográfica consiste en recopilar la mayor cantidad de literatura posible para poder presentar un trabajo completo. El hablar de "generalidades" no es un argumento para que el artículo de revisión tenga una extensión de 5 cuartillas; la dermatoscopía, al ser una técnica empleada de forma muy extensa en Estados Unidos, Asia y Europa, es objeto de infinidad de artículos, reflejado fácilmente en una simple búsqueda en bases como Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

En la sección titulada "Técnica" no se hace alusión al uso de los diferentes tipos de fuente de luz empleados: los primeros instrumentos estaban compuestos de una fuente de luz no polarizada, utilizando un medio de inmersión, y más recientemente uso de LED (*light emission diodes* o diodos emisores de luz) complementado con filtros de luz polarizada, prescindiendo del agente de inmersión, para hacer del estrato córneo una capa translúcida y de

esa manera poder visualizar estructuras más profundas.² Por ende, no se detallan las ventajas, desventajas y limitaciones que tiene cada uno de los tipos de luz. El explicar claramente esta sección contribuye a erradicar el concepto erróneo que tienen muchos médicos –incluso dermatólogos reacios a aceptar la utilidad de la dermatoscopía– de que el dermatoscopio no es más que una simple lupa con luz.

Con respecto al cuadro 1, no se aclara que la estructura dermatoscópica denominada "retículo pigmentado" es debido a la pigmentación melánica de los queratinocitos en la unión dermoepidérmica, pero la imagen en red es a expensas del pigmento localizado en los procesos interpapilares.^{3,4}

En la sección "Método de diagnóstico por etapas", no se aclara que en caso de que la lesión carezca tanto de criterios de lesión melanocítica como de las diversas lesiones no melanocíticas, se debe de descartar melanoma maligno.⁵

Imágenes. Si el propósito del artículo es ser didácticos y demostrativos sugerimos agregar flechas que señalen en la misma imagen lo que en el "pie de foto" están definiendo y mencionando. A continuación, algunas consideraciones presentadas: en la fotografía 2 la imagen del nevo presentado no es la imagen más adecuada para demostrar glóbulos de pigmento. La fotografía 3 muestra una lesión melanocítica de piel acral, correctamente dice patrón paralelo, sin embargo no detalla si es un patrón paralelo del surco (benigno) o paralelo de la cresta (sugestivo de malignidad);⁶ en esta imagen, el patrón es paralelo del surco. La fotografía 5, es sugestiva de melanoma, sin embargo no describe los hallazgos dermatoscópicos. La fotografía

CORRESPONDENCIA

Roger Adrián González ■ roger.gonzalez@sndermatoscopia.org

Ramírez. Av. Loma Grande 2717 Int. M6. Col. Lomas de San Francisco, Monterrey, NL, CP 64710. Tel: (81) 8333-2414

7 muestra claramente un patrón “cerebriforme” de una queratosis seborreica, el cual no es mencionado a pesar de ser tan notorio. En la fotografía 8 no se observan vasos arborizantes, sino algunos vasos lineales truncados; los vasos arborizantes se describen como estructuras vasculares compuestas por un tronco principal de mayor calibre, el cual va disminuyendo en la medida que el tronco se ramifica y que a la dermatoscopía están bien enfocados por su localización en planos superficiales.^{7,8} La fotografía 9 presenta escasos glóbulos azul gris, pero además las estructuras en hojas de maple ocupan casi la totalidad de la periferia de la lesión, y este hallazgo se omite; cabe mencionar que, a pesar de que la correlación histológica de ambas estructuras (glóbulos azul gris, y hojas de maple, así como “estructuras en rueda de carreta”) es la misma, es importante destacar la diferencia para fines de definición de la nomenclatura.^{9,10}

En el cuadro 2, se incluyen estructuras que excepcionalmente se presentan en lesiones melanocíticas, tales como los pseudoquistes cónicos, aperturas pseudofolículares y las áreas azul rojas (correctamente denominadas “lagunas”)¹¹. El término “red de pseudopigmento” que se menciona en el mismo cuadro, no existe, ya que hay un verdadero depósito de pigmento, pero interrumpido por las aperturas folículares en piel facial, a esta estructura se le llama “pseudored de pigmento”.¹² Los vasos en “horquilla” no son característicos de los nevos dérmicos, sino de tumores hiperqueratósicos como el queratoacantoma o la queratosis seborreica, en estos tumores, los vasos en horquilla pueden presentar un halo blanquecino.¹³ Los vasos presentes comúnmente en nevos dérmicos se denominan “vasos en coma”.¹³ El concepto “transmisión radial” no es claro. Asimismo, el concepto “glóbulos marrones” no está claramente definido en el recuadro de –Nevo Melanocítico–. Sugerimos un cambio en el apartado “Pseudópodos” en el recuadro de nevo melanocítico, donde debería redactarse: “Ausentes. En el nevo de Spitz se pueden observar con distribución irregular”. En el apartado de Pseudoquistes cónicos, es bueno mencionar que nevos melanocíticos intradérmicos, compuestos e incluso los nevos congénitos, los pueden presentar.

En la sección “Criterios de las lesiones melanocíticas benignas o malignas” se menciona el término “nevo benigno”, el cual es incorrecto.

En el apartado de “Dermatofibroma”, el concepto que utilizan como “tono amarillento” a expensas de proliferación fibrohistiocitaria no existe en la literatura.

La sección “Lesiones vasculares” se entremezcla con las estructuras vasculares, que tienen una naturaleza y un significado completamente distinto.^{8,11}

El denominado “punteado rojo”(sic) se debe de llamar “vasos puntiformes” o “en cabeza de alfiler”, característico de lesiones como melanomas nodulares, amelánicos o nevo de Spitz.⁸ En la misma sección no se explica el significado de las telangiectasias arboriformes, en horquilla y “en rizo” (sic).

En septiembre de 2010, se conformó en la Ciudad de México la Sociedad Nacional de Dermatoscopía (SND). La SND está encabezada por un equipo de dermatólogos con capacitación y entrenamiento adquirido en el extranjero. El objetivo de la SND entre otros es el de difundir el adecuado uso del dermatoscopio con el fin de incrementar la certeza diagnóstica en lesiones tanto melanocíticas como no melanocíticas, asimismo la SND busca disminuir la tasa de mortalidad por melanoma a través de un diagnóstico temprano de estos tumores.¹³ Tales objetivos se buscan cumplir a través de los diversos cursos teórico-prácticos que se imparten con ponentes de talla nacional e internacional, realizándose 2 cursos anuales organizados por el grupo que conformamos esta Sociedad: en marzo de cada año y desde hace 5 años, en la ciudad de Guadalajara, y en septiembre-octubre, en la ciudad de México, como ha sido desde hace 10 años. La página de la SND, donde periódicamente se publican resúmenes de artículos relevantes, casos clínicos y noticias de eventos es www.sndermatoscopia.org.

El objetivo de este escrito realizado por miembros de la SND busca contribuir a una adecuada instrucción de esta maravillosa técnica de diagnóstico para el dermatólogo.

REFERENCIAS

1. Rosas Manzano A, Sánchez Armendáriz K, Ochoa Sánchez P, Zepeda López P, Hajar T, Mancheno Valencia A, y cols. Generalidades en Dermatoscopía. *Dermatoscopía CMQ* 2011; 9(3): 201-206
2. Pizarro A, Malvehy J. “Técnica e instrumentos”. En: *Principios de Dermatoscopía*, Barcelona, España. Malvehy J, Puig S. 2009: 21-34.
3. Fritsch P, Pechlaner R. The pigmented network: A new tool for the diagnosis of pigmented lesions. *J Invest Dermatol* 1980; 74: 458-459.
4. Malvehy J, Puig S. “Parámetros dermatoscópicos: Definición e Histopatología”. En: *Principios de Dermatoscopía*, Barcelona, España. Malvehy J, Puig S. 2009: 37-95.
5. Soyer H, Argenziano G, Chimenti S, Menzies SW, Pehamberger H, Rabinovitz HS, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions. An Atlas base don the Consensus Net Meeting on Dermoscopy 2000. Milan: Edra, 2001.
6. Oguchi S, Saida T, Koganehira Y, Okubo S, Kawachi S. Characteristic epiluminiscent microscopic features of early malignant melanoma on glabrous skin: A videomicroscopic análisis. *Arch Dermatol* 1998; 134: 563-568.
7. Kreusch J. Vascular patterns in skin tumors. *Clin Dermatol* 2002; 20: 248-254.

8. Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Cicale L, Petrillo G, et al. Vascular structures in skin tumors: A dermoscopic study. *Arch Dermatol* 2004; 140: 1485-1489.
9. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Kopf AW, McCarthy WH, Katz B. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2000; 136: 1012-1016.
10. Peris K, Altobelli E, Ferrari A, Fargnoli FC, Piccolo D, Esposito M, et al. Interobserver agreement on dermoscopic features of pigmented basal cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2002; 28: 643-645.
11. Wolf IH. Dermoscopic diagnosis of vascular lesions. *Clin Dermatol* 2002; 20: 273-275.
12. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 679-693.
13. Braun RP, Rabinovitz H, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH. Dermoscopic diagnosis of seborrheic keratosis. *Clin Dermatol* 2002; 20: 270-272.

Sr. Editor:

Recibimos con mucho gusto el comentario del Dr. Roger González y el Grupo Mexicano de Dermatoscopía, expresado a nuestro trabajo “Generalidades en Dermatoscopía”, por una razón fundamental, fue leído cuidadosamente y eso nos permite mejorar o corregir algunos conceptos en este relativamente nuevo aspecto de la dermatología.

Nuestro objetivo, como el que ustedes mismos expresan, es generar entusiasmo en esta rama, y nunca nuestra pretensión fue tan lejos como escribir un tratado, para eso ya hay libros muy completos, escritos fundamentalmente por autores extranjeros.

En nuestro trabajo y siguiendo las pautas actuales, nos sujetamos a la extensión de las revisiones que hacen algunas revistas muy prestigiosas en el mundo, el *J Am Acad Dermatol* acepta revisiones que no excedan 3500 palabras y el *IJ Dermatol* como el nuestro que tiene aproximadamente 5000.

Aunque entendemos el entusiasmo del Grupo de Dermatoscopía, nuestro objetivo no era revisar la histo-

ria, ni tampoco convencer de su utilidad, sencillamente estimular su conocimiento y servir de una guía sencilla en el diagnóstico.

Por otra parte les agradecemos las sugerencias y sus correcciones, como la pseudored de pigmento que fue mal traducida, sus apreciaciones sobre los vasos en horquilla característicos de nevos dérmicos, sentimos mucho el haber usado el término de nevo benigno que copiamos de otro autor.

Como habrán notado también, no incluimos citas nacionales porque no las encontramos en los índices que mencionan como Pub Med. Esperemos que esta crítica, que resulta altamente constructiva, estimule de igual manera a los miembros de esta agrupación para que nos comuniquen en trabajos escritos la experiencia acumulada. Muchas Gracias

Dra Adriana Rosas
Dra Daniela Gutierrez
Hospital General Dr. Manuel Gea González.