

Criterios dermatoscópicos de lesiones melanocíticas y melanoma cutáneo en regiones anatómicas especiales: zonas facial y acral

Dermoscopic criteria for melanoma and melanocytic lesions in special skin areas: facial and acral zones

Rodrigo Roldán Marín¹, Blanca Carlos Ortega²

¹ Médico asistente, Departamento de Dermatología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González"; profesor asociado "C" TC, Facultad de Medicina, UNAM, Ciudad de México.

² Médica de base, Departamento de Dermatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

RESUMEN

Los algoritmos clásicos de la dermatoscopia –ABCD, lista de 7 puntos y otros– no pueden utilizarse en la evaluación de lesiones melanocíticas de ciertas regiones anatómicas, incluidas cabeza, zona facial y zona acral. Ésta es una revisión de los criterios para el abordaje de lesiones melanocíticas en regiones anatómicas específicas.

PALABRAS CLAVE: Lesión melanocítica, melanoma, facial, acral.

ABSTRACT

Classic dermoscopic algorithms for evaluation of melanocytic lesions –ABCD, 7-point check-list and others–, are useless in certain areas, including head, facial or acral zones. This is a review of current approaches to melanocytic lesions in special anatomical regions.

KEYWORDS: Melanocytic lesion, melanoma, facial, acral.

Introducción

Hay regiones anatómicas donde la piel presenta características particulares que obligan al uso de una nomenclatura especial para distinguir entre lesiones melanocíticas y melanoma. Por otra parte, los criterios estandarizados para la evaluación dermatoscópica del tronco y las extremidades (como la regla del ABCD, la lista de 7 puntos o el método de Menzies) no son aplicables en dichas regiones, de allí que sea imperativo conocer y entender tanto las características anatómicas de la piel, como la nomenclatura utilizada para referirnos a lesiones melanocíticas y el melanoma en esas zonas.

Zona facial

Los procesos interpapilares en la cara son nulos o mínimos (en parte por el daño actínico), de modo que al evaluar con dermatoscopia las lesiones melanocíticas del área facial, no podrá apreciarse un retículo pigmentado ni ramificaciones lineales. En cambio, se apreciará el denominado pseudoretículo pigmentado, estructura patognomónica de las lesiones pigmentadas faciales ocasionada por la interrupción de la pigmentación homogénea

a causa de las salidas foliculares o anexiales prominentes en la cara.

Criterios indicativos de léntigo maligno melanoma

Léntigo maligno melanoma (LMM) es una variante poco frecuente del melanoma que predomina en la cara de personas en edad avanzada. Es un tumor de lento crecimiento y difícil diagnóstico. El uso de la dermatoscopia como herramienta auxiliar de diagnóstico no invasivo, permite la identificación de estructuras o hallazgos que facilitan el reconocimiento del léntigo maligno melanoma en etapas tempranas.

En sus etapas iniciales, la invasión folicular de los melanocitos –característica de LMM– constituye el sustrato de la pigmentación circular y asimétrica de las aperturas foliculares, y con frecuencia, la presencia de abundantes puntos de color gris es el primer signo de LMM.

Los puntos grises son consecuencia de la gran concentración de macrófagos cargados de gránulos de melanina en la dermis superficial (Figura 1). La presencia aislada de puntos grises no confirma el diagnóstico de LMM, pues pueden observarse en otro tipo de entidades, como

CORRESPONDENCIA

Rodrigo Roldán Marín ■ roroderm@yahoo.com
Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Departamento de Dermatología, Calzada de Tlalpan 04800,
Col. Sección XVI, CP 14080, México, DF. Teléfono: 4000-3000

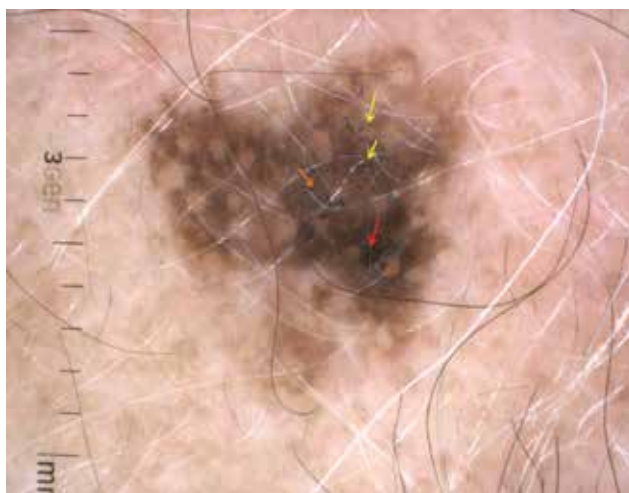


Figura 1. Lesión melanocítica de la cabeza, asimétrica, que muestra pseudoretículo pigmentado. La flecha anaranjada señala un área con puntos grises. Las flechas amarillas señalan la presencia de líneas cortas perifoliculares. La flecha roja señala un área con pigmentación homogénea y oclusión folicular.

lesiones melanocíticas en regresión, queratosis liquenoi-de (LPLQ), queratosis actínicas pigmentadas con melanofagia o incluso, carcinoma basocelular. Sin embargo, cabe señalar que la distribución y el tamaño de los puntos y glóbulos suele ser más irregular en LMM. Por todo lo anterior, es importante enfatizar que la presencia de una coloración gris en una lesión facial obliga a considerarla “sospechosa”.¹

En el caso de LMM, los puntos grises suelen acompañarse de líneas cortas perifoliculares que progresan hasta la configuración de estructuras romboidales (Figura 1). La proliferación melanocítica alrededor de los folículos (en los espacios interfoliculares) es la responsable de la formación de las estructuras romboidales y su presencia es un criterio altamente específico de LMM. No obstante, Schiffner y colaboradores² no hallaron estructuras romboidales en su estudio de léntigo solar/queratosis seborreica plana.

Las líneas oscuras son resultado de filas cohesivas de células de melanoma en la epidermis o dermis superficial.³⁻⁴

Las áreas homogéneas son una oclusión completa de las salidas foliculares en las estructuras romboidales, debido que las células de melanoma invaden las estructuras foliculares (Figura 1).

Las estructuras en isobaras son círculos de pigmento concéntricos alrededor de las salidas foliculares. Suelen asociarse con LMM debido a la invasión del melanoma en el folículo piloso.

Con excepción de las estructuras romboidales, todos los hallazgos del léntigo maligno melanoma pueden ob-

servarse en otras lesiones benignas. Así pues, la presencia de un solo signo no es útil para el diagnóstico de malignidad y la mejor aproximación es la combinación de diversos criterios⁵⁻⁶.

Según algunos autores,⁷ puede haber pigmentación perifolicular asimétrica en estadios iniciales –incluso antes que aparezcan los puntos grises– debido a una proliferación de melanocitos atípicos en la capa basal de los folículos y la posterior melanofagia, que ocasiona el desarrollo de puntos/glóbulos grises.

En caso de las lesiones pigmentadas de la cara, habrá que recordar el axioma “el mejor tratamiento es un buen diagnóstico”. Ante la sospecha clínica de LMM, la selección del área para toma de biopsia es crítica para evitar diagnósticos equívocos o negativos y en ese sentido, la dermatoscopia permite identificar la más provechosa para el diagnóstico histológico. La muestra deberá tomarse de zonas con estructuras romboidales o áreas homogéneas, evitando las que tengan regresión o melanofagia. La biopsia habrá de repetirse si la imagen dermatoscópica es característica de LMM, pero el diagnóstico histológico no es concluyente.

Ya que es frecuente encontrar colisiones benignas y malignas en la cara,⁸ el hallazgo de un criterio de benignidad (por ejemplo, borde en mordida) en una zona de la lesión no confirma el diagnóstico de benignidad para el total de la lesión. En consecuencia, es muy importante que, al seleccionar el área de biopsia, se eviten zonas donde puedan apreciarse criterios de lesiones benignas y optar por áreas que presenten signos más específicos de LMM. Las biopsias múltiples y la microscopía de reflectancia confocal son de gran utilidad en lesiones extensas.

Zona acral

En las poblaciones asiática y mexicana mestiza, el melanoma se asienta con mayor frecuencia en las zonas acrales, particularmente el aparato ungueal y las plantas. Debido a la distribución paralela de los dermatoglifos (única en la superficie volar), las lesiones melanocíticas en esas localizaciones muestran unos patrones dermatoscópicos específicos.

El melanoma acral lentiginoso suele presentarse en estadios avanzados y se asocia con mal pronóstico. Sin embargo, la dermatoscopia es una herramienta diagnóstica no invasiva que facilita el reconocimiento temprano de lesiones melanocíticas malignas, incluso en la piel volar.

Nevo melanocítico acral

Los nevos melanocíticos benignos localizados en piel volar suelen presentar un aspecto ovalado o fusiforme,

como máculas pigmentadas de tonos marrón o negro y un diámetro máximo de 6-7 mm. Debido a la región anatómica, la silueta suele ser asimétrica y de contorno irregular, pero la coloración es monocromática y desaparece gradualmente en la periferia.

En general, la mayoría de los nevos melanocíticos ubicados en piel acral presenta uno de los patrones dermatoscópicos típicos:⁹

- Patrón paralelo del surco*: pigmentación lineal paralela que sigue los surcos de la superficie cutánea (dermatoglifos; Figuras 2 y 3a).
- Patrón en celosía*: líneas de pigmento que siguen los surcos y otras que los atraviesan; considerada una variante del patrón paralelo del surco (Figura 3b).
- Patrón fibrilar*: numerosas líneas muy finas que atraviesan de forma oblicua los dermatoglifos (cresta y surcos). El sustrato histopatológico del patrón fibrilar/filamentoso se debe al efecto óptico del plegamiento físico de la capa córnea en la zona de presión del pie y con menor frecuencia, de la mano (Figuras 3c y 3d).

Es importante mencionar que cerca de 10% de los nevos melanocíticos en piel volar muestran un patrón inespecífico o atípico distinto de los 3 patrones típicos antes descritos.¹⁰

El patrón paralelo del surco presenta sutiles variaciones, entre ellas: pigmentación a lo largo del surco, en doble línea; pigmentación punteada lineal a lo largo del surco; y pigmentación fina reticulada por debajo del patrón paralelo del surco. Además, el patrón paralelo del surco puede acompañarse de puntos/glóbulos distribuidos regularmente en la cresta de los dermatoglifos, signo denominado patrón punteado de la cresta¹¹.

Melanoma acral lentiginoso

En etapas iniciales, las lesiones del melanoma acral lentiginoso (MAL) suelen presentar las siguientes características clínicas:¹¹

- máculas pigmentadas
- diferentes tonalidades, de marrón a negro
- diámetro mayor a 6mm
- contorno irregular, asimétrico y frecuentemente con muescas en la periferia

La dermatoscopia nos ofrece información útil para diferenciar MAL de los nevos melanocíticos acrales y también para el diagnóstico precoz de esta entidad.

La porción macular de MAL muestra un hallazgo dermatoscópico singular o característico único denominado



Figura 2. Lesión melanocítica acral simétrica, de coloración marrón claro homogénea, que muestra patrón paralelo del surco. Imagen típica de nevo melanocítico acral.

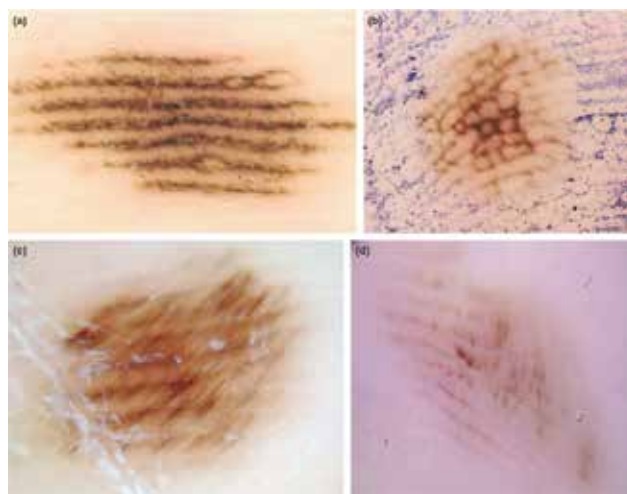


Figura 3. a) Patrón paralelo del surco. b) Patrón en celosía. c) y d) Patrón fibrilar.

“patrón paralelo de la cresta”,¹⁰ el cual se caracteriza por la presencia de pigmentación en bandas paralelas que ocupan las crestas de los dermatoglifos (Figuras 4 y 5). Saida y colaboradores demostraron que el patrón paralelo de la cresta tiene una sensibilidad de 86% y una especificidad de 99%, no sólo en el melanoma avanzado, sino también en el melanoma *in situ*;¹² eso apunta a que ese signo es de gran ayuda para la detección temprana de MAL.¹³ El sustrato histopatológico del patrón es la proliferación de melanocitos atípicos y más depósito de gránulos de melanina en la cresta profunda intermedia.

La pigmentación difusa irregular es el segundo patrón más frecuente de MAL. Suele mostrar áreas sin estructuras, diversas tonalidades de pigmentación marrón-negruzca y ocasionalmente, un color grisáceo (Figuras 6 y 7). Desde el punto de vista histológico, en las áreas que presentan



Figura 4. Lesión melanocítica acral que muestra patrón paralelo de la cresta. Imagen típica de melanoma acral.



Figura 5. Lesión melanocítica acral que muestra patrón paralelo de la cresta. Imagen típica de melanoma acral.

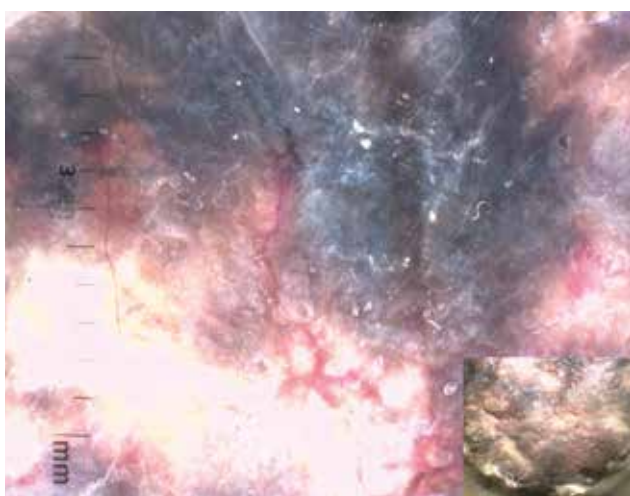


Figura 6. Melanoma acral invasor que muestra pigmentación difusa irregular.

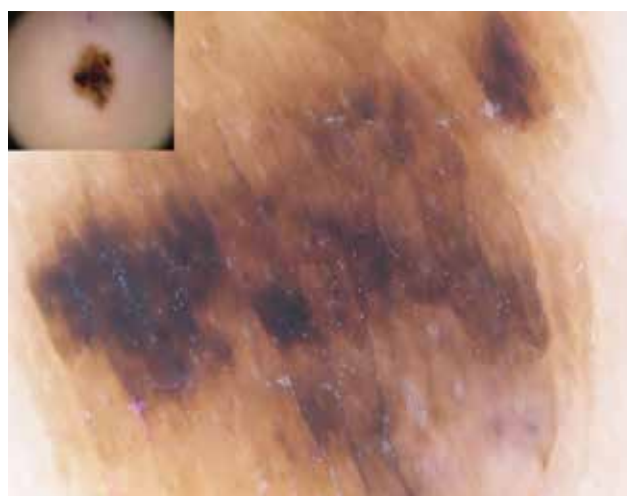


Figura 7. Melanoma acral invasor que muestra pigmentación difusa irregular.

este hallazgo dermatoscópico suele haber una proliferación difusa de melanocitos a nivel de epidermis, lo que es muy sugestivo de MAL invasivo. La pigmentación difusa irregular tiene una sensibilidad de 94% y una especificidad de 97% para melanoma acral invasor.¹²

Igual que en otras regiones, la presencia de puntos/glóbulos de distribución irregular en la periferia sugiere que se trata de un melanoma.

En los melanomas acrales amelanóticos predominan las estructuras vasculares polimorfas, ulceración y áreas de sangrado.¹³

Conclusión

Las características anatómicas de las zonas facial y acral crean patrones dermatoscópicos particulares, como pseudoretículo y patrón paralelo, respectivamente.

El uso de la dermatoscopia como herramienta diagnóstica auxiliar facilita la diferenciación de lesiones benignas y malignas, así como la detección temprana de melanoma tanto facial como de palmas y plantas.

REFERENCIAS

1. Provicero-Zivkovic D, Zalaudek I, Lallas A, Stratigos AJ, Piana S, Argenziano G. "The importance of gray color as a dermoscopic clue in facial pigmented lesion evaluation: a case report". *Dermatol Pract Concept* 2013; 3: 37-9. doi: 10.5826/dpc.0304a09. eCollection 2013.
2. Schiffner R, Schiffner-Rohe J, Vogt T, Landthaler M, Wlotzke U, Cogenet AB, Stolz W. "Improvement of early recognition of Lentigo Maligna Melanoma using dermoscopy". *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 25-32.
3. Stolz W, Braun-Falco O, Landthaler M, Burgdorf WHC, Cogenet AB. "Pigmented skin lesions on the face". En: *Color Atlas of Dermoscopy*. Blackwell, London, 2002, pp. 121-133.

4. Yadav S, Vossaert KA, Kopf AW, Silverman M, Grin-Jorgensen C. "Histopathologic correlates of structures seen on dermoscopy (epiluminescence microscopy)". *Am J Dermatopathol* 1993; 15: 297-305.
5. Sahin MT, Oztürkcan S, Ermertcan AT, Güneş AT. "A comparison of dermoscopic features among lentigo senilis/initial seborrheic keratosis, seborrheic keratosis, lentigo maligna and lentigo maligna melanoma on the face". *J Dermatol* 2004; 31: 884-889.
6. Stante M, Giorgi V, Stanganelli I, Alfaioli B, Carli P. "Dermoscopy for early detection of facial lentigo maligna". *Br J Dermatol* 2005; 152: 361-364.
7. Puig S, Malvey J. Capítulo 7.3 "Criterios dermatoscópicos de las lesiones en la cara". En: Malvey J, Puig S. *Principios de Dermatoscopia*. 2a ed., Barcelona, Cege, 2009, pp. 295-305.
8. Massi D, Nardini P, De Giorgi V, Carli P. "Simultaneous occurrence of multiple melanoma in situ on sun-damaged skin (lentigo maligna), solar lentigo and labial melanosis: the value of dermoscopy in diagnosis". *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999; 13: 193-197.
9. Saida T, Oguchi S, Ishihara Y. "In vivo observation of magnified features of pigmented lesions on volar skin using videomicroscope: usefulness of epiluminescence technique in clinical diagnosis". *Arch Dermatol* 1995; 131: 298-304.
10. Oguchi S, Saida T, Koganehira Y, Okubo S, Kawachi S. "Characteristic epiluminescent microscopic features of early malignant melanoma on glabrous skin: a videomicroscopic analysis". *Arch Dermatol* 1998; 134: 563-568.
11. Saida T. "Malignant melanoma on the sole: how to detect early lesions efficiently". *Pigment Cell Res* 2000; 13(Suppl): 135-139.
12. Saida T, Miyazaki A, Oguchi S, Ishihara Y, et al. "Significance of dermoscopic patterns in detecting malignant melanoma on acral volar skin: results of a multicenter study in Japan". *Arch Dermatol* 2004; 140: 1233-1238.
13. Carlos-Ortega B, Ángeles-Garay U, Gómez G. "Claves dermatoscópicas del melanoma acral lentiginoso". *Dermatol Rev Mex*. 2012; 56: 180-186.