

Medicina Cutánea

Ibero-Latino-Americana

Volumen **32**
Volume

Número **2**
Number




Marzo-Abril **2004**
March-April

Artículo:




Correlación histológica en dermatoscopia;
lesiones melanocíticas y no melanocíticas.
Criterios dermatoscópicos de nevus
melanocíticos

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Colegio Ibero-Latino-Americano de Dermatología

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Correlación histológica en dermatoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Criterios dermatoscópicos de nevus melanocíticos

Histological Correlation in Dermoscopy: Melanocytic and Non-melanocytic Lesions. Dermoscopic Criteria in Melanocytic Nevi

Cristina Carrera, Pedro Zaballos^a, Susana Puig, Josep Malvehy, José Manuel Mascaró-Galy, Josep Palou

Servicios de Dermatología, ^aHospital Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona, y Hospital Clínic de Barcelona IDIBAPS. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia:

Cristina Carrera Álvarez
Hospital Clínic Barcelona
Villarroel 170, CP. 08036 Barcelona. España
e-mail: criscarrer@yahoo.es
Tel: (+34) 93 227 5438 - Fax: (+34) 93 227 5438

Resumen

La dermatoscopia es una técnica diagnóstica no invasiva de examen *in vivo* en dermatología, que permite visualizar estructuras cutáneas no visibles para el ojo desnudo. Se puede considerar un paso intermedio entre la dermatología clínica y la dermatopatología, y gracias a su utilización se puede aumentar la sensibilidad y especificidad diagnóstica en los tumores cutáneos. El conocimiento de la correlación dermatoscópico-patológica es esencial para la comprensión y correcta utilización de esta técnica. Debemos entender la dermatoscopia como una nueva dimensión morfológica en la exploración de las lesiones cutáneas pigmentadas y vascularizadas, que permite ajustar los diagnósticos *in vivo*, no sólo del melanoma sino también de otros tumores, pero que esta precisión diagnóstica depende considerablemente de la experiencia y entrenamiento del examinador. Esta revisión introduce la terminología dermatoscópica, y su correlación histológica. Se definen además, los criterios diagnósticos de las lesiones no melanocíticas, y los parámetros más característicos de las lesiones melanocíticas benignas.

(Carrera C, Zaballos P, Puig S, Malvehy J, Mascaró-Galy JM, Palou J. Correlación histológica en dermatoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Criterios dermatoscópicos de nevus melanocíticos. Med Cutan Iber Lat Am 2004; 32(2): 47-60)

Palabras clave: carcinoma basocelular, dermatofibroma, dermatoscopia, histopatología, melanoma, nevus de Spitz, nevus melanocítico, queratosis seborreica.

Summary

Dermoscopy is a non-invasive diagnostic technique for the in vivo observation in dermatology, which enables the clinician to visualize features not discernible by the naked eye. Since it can be considered a method that links clinical dermatology and dermatopathology, skin tumours can be diagnosed with an accurate sensivity and specificity, especially in melanoma. The knowledge about the correlation between dermoscopy and histopathology is essential to understand and use this method. We must realize that dermoscopy opens up a new dimension in the clinical morphology of pigmented and vascularized skin lesions, and it allows to improve the accuracy of dermatology diagnoses in vivo, but the diagnostic accuracy significantly depends on the experience of the examiners. Herein, this revision defines the dermoscopy criteria, and the histopathological structures underlying. Non melanocytic lesions and benign melanocytic tumours parameters are described as well.

Key words: basal cell carcinoma, dermatofibroma, dermoscopy, histopathology, melanocytic nevus, melanoma, seborrheic keratoses, Spitz nevus.

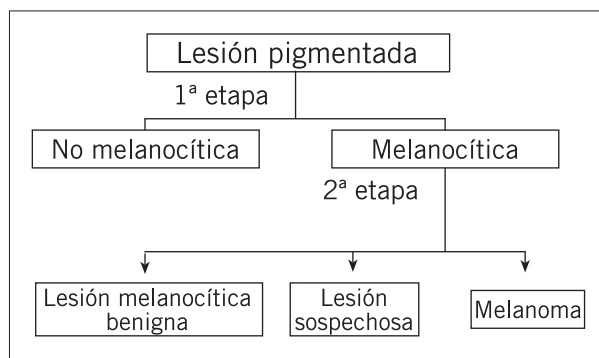
La dermatoscopia es una técnica diagnóstica no invasiva, basada en la observación submacroscópica de lesiones cutáneas pigmentadas, melanocíticas y no melanocíticas. Mediante la utilización de un sistema óptico (manual, de microscopía digital o de estereomicroscopía) se amplifica la imagen y se elimina la refracción de la capa córnea, consiguiendo

así la observación de estructuras epidérmicas y dérmicas, invisibles para el ojo desnudo. Se debe considerar como un paso intermedio entre la observación clínica y el estudio histopatológico de una lesión[1, 2]. Cada estructura observada mediante la dermatoscopia se puede correlacionar con su significado dermatopatológico, de manera que, las tres

formas de examinar una misma lesión (exploración clínica, dermatoscópica y estudio dermatopatológico) proporcionan diferentes visiones de la misma (en plano horizontal las dos primeras, y vertical la histología), pero que se complementan entre ellas. La epiluminiscencia aporta una nueva dimensión morfológica en la exploración cutánea, que nos permitirá en un primer paso diferenciar entre lesión melanocítica y no melanocítica. En un segundo paso podremos aumentar la precisión diagnóstica que se obtendría únicamente con la clínica, tanto en el grupo de lesiones no melanocíticas, como en el diagnóstico precoz del melanoma[3, 4].

El procedimiento diagnóstico mediante la microscopía de epiluminiscencia se realiza a través del llamado “método en dos etapas”. La primera es un algoritmo que clasifica las lesiones pigmentadas en lesión melanocítica y no melanocítica. La segunda se centra en el diagnóstico diferencial entre melanoma y lesiones melanocíticas benignas[5]. Tabla 1.

Tabla 1. Procedimiento diagnóstico por etapas



Esta revisión es una introducción a la dermatoscopia, ya que se debe empezar por conocer y entender cada uno de los términos utilizados en las descripciones dermatoscópicas, y su significado histológico. A partir de esta terminología se aplica el algoritmo de la “primera etapa diagnóstica”[6-9]. No obstante, dentro del grupo de tumores no melanocíticos, se puede precisar más el diagnóstico diferencial entre epiteloma basocelular, queratosis seborreica, lesión vascular o dermatofibroma. Se revisan en último lugar las estructuras más representativas de las lesiones melanocíticas benignas.

Correlación histopatológica de los parámetros dermatoscópicos

La correlación entre cada parámetro dermatoscópico y su significado histopatológico permite la correcta comprensión y estudio de las lesiones pigmentadas cutáneas con esta técnica diagnóstica[10]. Tabla 2.

Aunque la dermatopatología sigue siendo la técnica diagnóstica de confirmación de una lesión tumoral cutánea, no

se debería realizar un diagnóstico definitivo de melanoma sin la correlación clínico-dermoscópica-histológica[11-13]. Existen melanomas sobre nevos, melanomas en colisión con lesiones no melanocíticas, o diferente grosor tumoral a lo largo de una misma lesión. Por ello, las biopsias parciales de lesiones amplias, o la orientación del corte de la pieza en el laboratorio, puede no ser el apropiado conllevando un error diagnóstico. Entendiendo el significado histológico de las estructuras dermatoscópicas se puede seleccionar la zona de la lesión más representativa para estudiar antes de emitir el diagnóstico definitivo histológico.

La terminología y definición de los diferentes parámetros dermatoscópicos se considera el “abecedario” básico que se debe aprender a reconocer en cualquier lesión[14]. Finalmente, mediante los patrones y diferentes algoritmos o criterios diagnósticos descritos por el Grupo de Consenso en Dermatoscopia, se podrá llegar a un diagnóstico[15].

Se pueden observar diferentes colores según el tipo de pigmento, generalmente: hemoglobina, con tonos rojo-azulados, y melanina: escala de marrones-negro-azul. El efecto óptico Tyndall condiciona, según la profundidad del pigmento melánico en los estratos cutáneos, la coloración observada: negro en la capa córnea, marrón oscuro en la epidermis, marrón más claro o parduzco en la unión dermoepidérmica, y azul cuando hay melanina en la dermis.

Regresión histológica

Es relativamente frecuente la presencia de cambios de regresión en una lesión melanocítica, tanto en las benignas como en el melanoma. Histológicamente se observa un infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular o en banda, fibrosis de la dermis papilar, melanofagia variable y neovascularización en la dermis subyacente a la lesión. Aunque se puede observar en nevos melanocíticos con atipia estructural, y en lesiones no melanocíticas con fenómenos liquenoides, es una característica que debe hacernos descartar un melanoma, y que puede dificultar el diagnóstico clínico e histológico del mismo.

En dermatoscopia se diferencian dos parámetros que traducen fenómenos de regresión[12]: *Áreas de regresión blanca*: zonas pseudocicatriciales blanquecinas, más blancas que la piel periférica normal. Traducen la fibrosis y la neovascularización. *Áreas de regresión azul*: punteado azul-grisáceo o “en pimienta”, diferente del velo azul-blanquecino. Se corresponde a zonas con melanofagia. Al tratarse de un proceso dinámico, se pueden observar fenómenos evolutivos, (inicialmente áreas con melanofagia, y posteriormente con fibrosis), o pueden existir áreas de regresión mixta, con ambas características.

Las estructuras de regresión o estructuras blancoazul-grises, son consideradas por los expertos en dermatoscopia

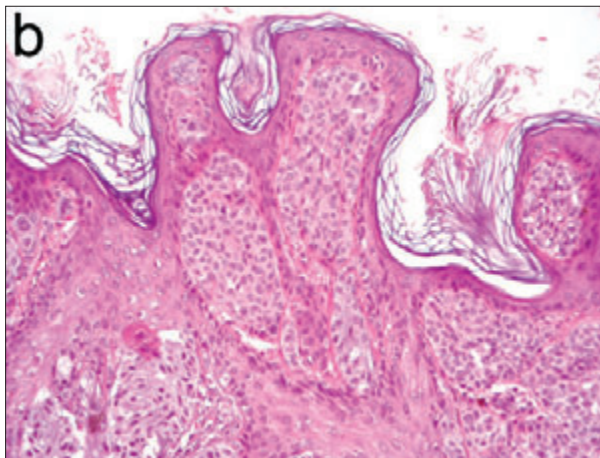
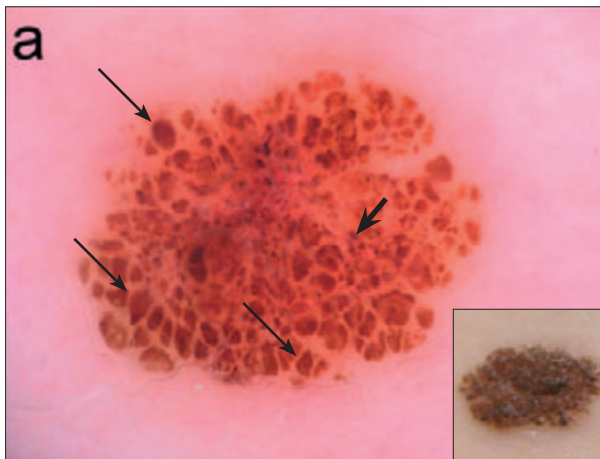


Figura 1. 1a) Lesión pigmentada marrón en tronco. Aspecto clínico y dermatoscópico (EPL): Patrón globular de lesión melanocítica. Glóbulos marrones de gran tamaño (→), de morfología poligonal típicos del patrón en empedrado de nevus compuesto. Se aprecian también glóbulos homogéneos de menor tamaño (flecha gruesa). 1b) Histopatología: Lesión papilomatosa, formada por nidos de tamaño variable, de células névicas dispuestos en la unión dermoepidérmica y en las papilas dérmicas. Diagnóstico: Nevus compuesto.

como uno de los parámetros más difíciles de valorar, presentes con frecuencia en melanomas, pero también en nevus melanocíticos. Recientemente se han publicado los resultados de un estudio multicéntrico, en el cual colaboramos dos de nosotros (SP y JM), después de revisar 158 lesiones melanocíticas de difícil clasificación dermatoscópica, que presentaban estructuras azul-blancuecinas, se demostró que todas ellas mostraban fenómenos de regresión histológica. La gran mayoría de las que resultaron nevus con regresión presentaban áreas de regresión azul-gris central ocupando menos del 50% de la lesión. En cambio, las lesiones difíciles

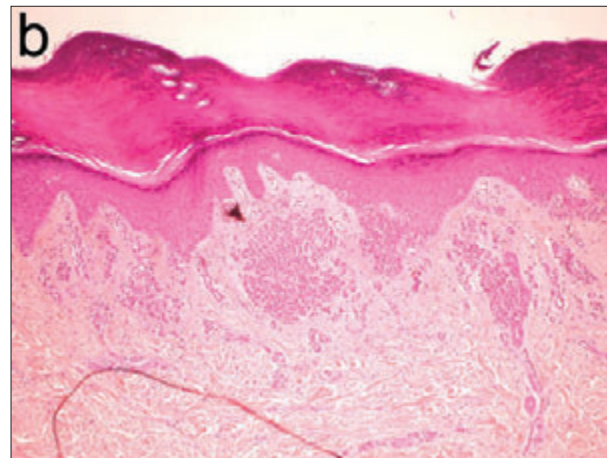
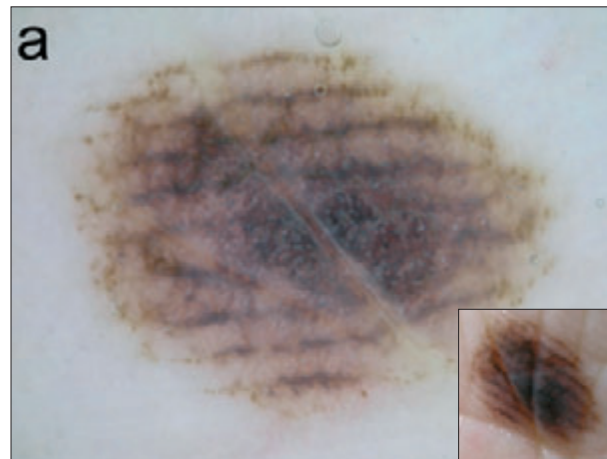


Figura 2. 2a) Lesión pigmentada marrón oscuro en planta de pie. EPL: Patrón paralelo del surco, característico de lesión melanocítica benigna acral. 2b) Histopatología: Nidos de nevocitos dispuestos en las crestas epidérmicas correspondientes al fondo del surco del dermatoglifo plantar. Los acrosiringios y las crestas del dermatoglifo están respetadas. Diagnóstico: Nevus compuesto acral.

o equívocas histológicamente, sin concordancia entre patólogos sobre si eran displásicas o melanoma, presentaban áreas de regresión mixta azul y blanca, ocupando más del 50% de la lesión[26].

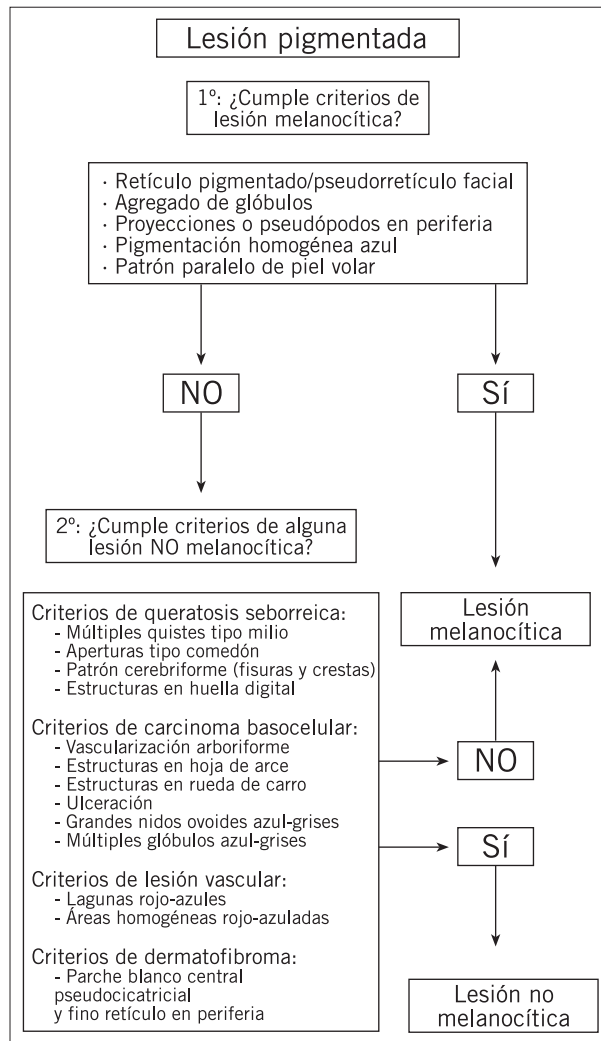
Primera etapa Diagnóstico diferencial entre lesión melanocítica y no melanocítica [7, 8, 15, 27] Tabla 3

Tal y como se detalla en la tabla, ante una lesión pigmentada, la primera cuestión plantea si existe la presencia clara de

Tabla 2. Correlación dermatoscópico-histológica[12]

PARÁMETRO DERMATOSCÓPICO	DESCRIPCIÓN	CORRELACIÓN HISTOLÓGICA
Color / Pigmentación	Escala de marrones, negro, gris, azul, rojo, blanco, amarillo	Pigmento melánico a diferente profundidad. Hemoglobina. Fibrosis. Queratina.
Retículo pigmentado[16]	Red marrón o negra sobre fondo marrón más claro	Melanina en la unión dermoepidérmica (procesos interpapilares pigmentados)
Pseudoretículo pigmentado facial[17]	Área pigmentada facial que no muestra retículo verdadero, pero queda interrumpida por espacios regulares de salidas foliculares	Melanina dermoepidérmica, en áreas con atrofia de crestas epidérmicas por la elastosis, y con abundantes aperturas foliculares sin pigmento
Retículo pigmentado negativo o en imagen invertida. (Característico del melanoma y del nevus de Spitz)[18]	Malla formada por orificios muy pigmentados y líneas más claras	Nidos grandes de células pigmentadas en las papilas dérmicas (orificios oscuros de la red), con crestas epidérmicas elongadas
Puntos de pigmento (negros, marrones o azules)[12, 19]	Estructuras redondeadas de <0.1mm negras, marrones o azules	Pequeños agregados granulares de melanina o melanocitos pigmentados, a diferente profundidad (estrato córneo, intraepidérmicos o dérmicos)
Glóbulos marrones	Estructuras redondeadas marrones de >0.1mm	Nidos de melanocitos o nevocitos pigmentados en la unión dermoepidérmica o dermis papilar
Punteado azul-grisáceo "en pimienta"	Agregados de múltiples puntos azul-grises	Melanofagia (melanina dentro de melanófagos dérmicos)
Manchas de pigmento ("blotches")[10]	Áreas pigmentadas difusas, bien delimitadas	Melanina densa superficial o en los corneocitos
Proyecciones radiales y pseudópodos (streaks)[12, 15, 19, 20]	Estructuras en la periferia de la lesión, en forma de líneas radiadas o de porra. Deben estar conectadas al cuerpo central de la lesión.	Pequeños nidos de células diferentes al resto, en proceso de extensión superficial o radial (melanoma en fase de crecimiento radial. Nevus de Spitz. Lesiones melanocíticas en crecimiento)
Velo azul-blanquecino[12, 21]	Área focal azul-grisácea, difusa, cubierta por un velo blanquecino que le da el aspecto en vidrio esmerilado	Ortoqueratosis compacta e hiperqueratosis, cubriendo nidos densos tumorales, pigmentados, en la dermis
Patrón paralelo del surco en piel volar[12, 22]	Líneas pigmentadas paralelas, siguiendo surcos del dermatoglifo. Crestas con salidas glandulares ecrinas sin pigmento.	Melanina en el sulcus profundus del dermatoglifo palmoplantar
Patrón paralelo de la cresta en piel volar	(Inverso del anterior). Líneas gruesas pigmentadas, paralelas, separadas por los surcos del dermatoglifo	Melanina en la cresta del dermatoglifo palmoplantar, que invade los acrosiringios y apertura glandular ecrina. Característico del melanoma lentiginoso acral. Excepciones: lentiginosis (síndrome de Peutz-Jeghers), y máculas volares de la raza negra.
Estructuras papilomatosas exofíticas [10, 15]	Excrecencias o zonas papilomatosas, separadas por fisuras o tapones de queratina.	Papilomatosis y acantosis epidérmica en queratosis seborreicas o sobre nidos de células névicas en disposición papilomatosa
Cripta, fisuras[14, 15]	Espacios tipo cráter o hendiduras ramificadas entre estructuras papilomatosas verrucosas	Espacios entre las masas tumorales con disposición papilomatosa en lesiones verrucosas
Quistes tipo milio	Estructuras redondeadas pequeñas (<1mm) blanco-amarillentas brillantes	Pseudoquistes o inclusiones de queratina intraepidérmicos
Tapones córneos o aperturas tipo comedón	Estructuras redondeadas parduzcas, marrones o negras, con aspecto de comedón abierto, y que suelen estar rodeadas por un halo más claro	Salidas foliculares dilatadas o invaginaciones epidérmicas, rellenas de queratina
Lagunas rojo-azuladas[14, 15]	Áreas bien delimitadas, redondeadas, rojo-azuladas	Espacios vasculares dilatados en la dermis alta (lesiones de origen vascular)
Vascularización/eritema[23]	Diferenciación de pequeños vasos con morfología característica (arboriformes, en coma, en horquilla, desenfocados...)	Neovangiogénesis tumoral, tanto benigna como maligna
"Ruedas de carro"[23, 24]	Estructuras que recuerdan los radios de una rueda, forman proyecciones marrones o negruzcas, a partir de un punto central. Sin retículo asociado.	Crecimiento radial de cordones celulares basaloídes pigmentados
"Hojas de arce"	Proyección bulbosa en forma de hoja marrón-grisácea, sin retículo asociado, y separada del cuerpo central de la lesión	Agregados tumorales basaloídes pigmentados en dermis superficial
Nidos ovoides grandes azul-grises	Estructuras ovaladas azuladas o grisáceas, tampoco conectan con el cuerpo tumoral pigmentado	Agregados tumorales basaloídes pigmentados en dermis superficial
Glóbulos azul-grises múltiples	Estructuras de >0.1mm azuladas y múltiples	Agregados tumorales basaloídes pigmentados en dermis superficial
Parque central blanco[25]	Placa blanca central bien delimitada con retículo delicado marronáceo en corona	Proliferación fibrohistiocitaria del dermatofibroma, subyacente a la epidermis acantósica y pigmentada

Tabla 3: PRIMERA ETAPA: Algoritmo de diagnóstico diferencial de lesión melanocítica y no melanocítica (Basado en el trabajo del Grupo de Consenso de Dermatoscopia, Milán 2000,7)



criterios positivos de lesión melanocítica. En caso negativo, se intentarán encontrar los parámetros característicos de alguna de las lesiones no melanocíticas bien definidos bajo consenso: queratosis seborreica, epiteloma basocelular pigmentado, lesión vascular, dermatofibroma.

En el supuesto de hallarnos ante una lesión cutánea pigmentada que no cumple ninguno de los criterios definidos en la primera etapa (ni de lesión melanocítica, ni de no melanocítica), se considerará como melanocítica, y por tanto podrá tratarse un melanoma. Este paso es importante porque aumenta la sensibilidad en la detección de melanomas con poca semiología dermatoscópica y de difícil diagnóstico.

Lesión melanocítica

Será aquella lesión cutánea que cumpla alguno de los siguientes criterios[2]:

- Retículo pigmentado, o en lesiones faciales, el pseudoretículo pigmentado. Excepciones de retículo en lesión no melanocítica: Los dermatofibromas suelen aparecer con la típica corona de retículo delicado rodeando el parche pseudocicatrizial central[16, 25]. Raramente las queratosis seborreicas y los carcinomas basocelulares pueden presentar retículo o pseudoretículo pigmentado. Los léntigos actínicos presentan retículo pigmentado.
- Agregado de glóbulos marrones-negro-grisáceos.
- Proyecciones lineales o pseudópodos: Suelen observarse en periferia de la lesión.
- Pigmentación azul homogénea: Área azulada difusa sin otras estructuras en su interior (típico de nevus azules y de metástasis cutáneas de melanoma).
- Patrón paralelo: Característica de lesiones en regiones acrales y en mucosas
- Ausencia de estos criterios positivos, ni presencia de los criterios de lesión no melanocítica.

Queratosis seborreica (QS)

Lesión cutánea que no cumple criterios positivos de ser melanocítica (aunque raras veces puede presentar un delicado retículo pigmentado en periferia), y que además presenta los siguientes criterios dermatoscópicos[2, 4, 8, 28, 29]:

- Patrón cerebriforme: Criptas, o fisuras, con crestas papilomasos.
- Múltiples quistes tipo milio.
- Pseudoaperturas foliculares (o criptas irregulares). Excepción: Los nevus, melanocíticos compuestos y epidérmicos, verrucosos pueden presentar pseudoaperturas foliculares.
- Estructuras en “huella digital”, de tonalidad marrón clara, suelen apreciarse en la periferia. También presentes en léntigos solares. Frecuentemente se observan en las QS faciales, que a su vez son las que pueden mostrar un pseudoretículo pigmentado.
- Datos adicionales: Vasos con morfología “en horquilla” en las QS irritadas. Se podría observar en alguna ocasión pseudovelo azul-blanquecino y ramificaciones radiadas en las QS muy hiperqueratósicas.

Carcinoma basocelular pigmentado (CBC)

Lesión tumoral que no presenta retículo pigmentado (criterio negativo que debe cumplir) y al menos presenta uno de los siguientes criterios positivos[23, 24, 30, 31]:

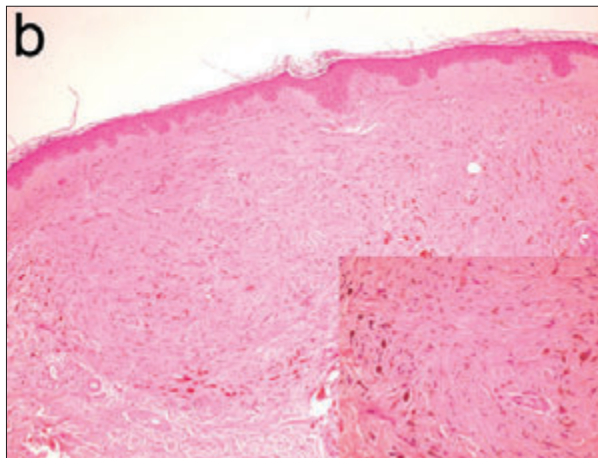
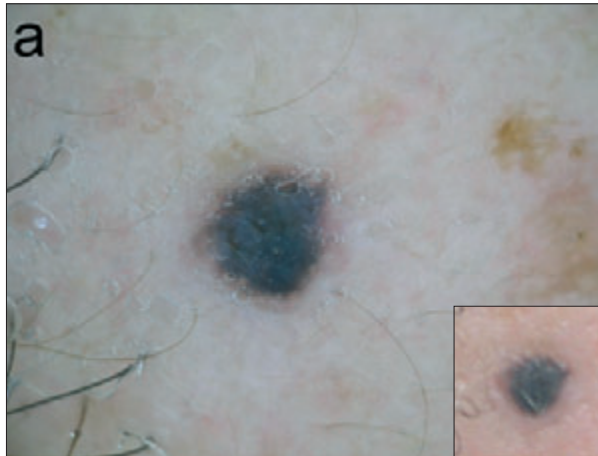


Figura 3. 3a) Lesión pigmentada facial azul que la paciente no recuerda su aparición. EPL: Área azul homogénea criterio de lesión melanocítica. Compatible con nevus azul vs melanoma/metástasis de melanoma. 3b) Histopatología: Proliferación homogénea de melanocitos fusiformes, dendríticos cargados de melanina ocupando la dermis. Epidermis y unión dermoepidérmica respetadas. Melanófagos dérmicos abundantes. Diagnóstico: Nevus azul común.

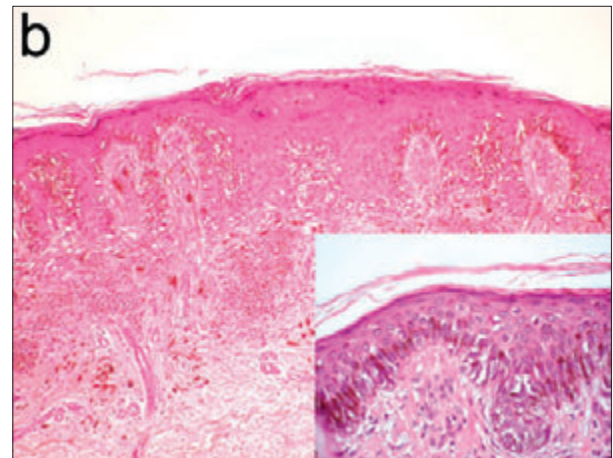
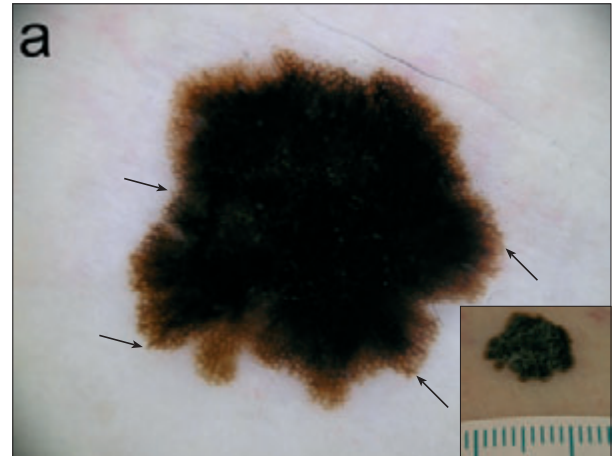


Figura 4. 4a) Lesión pigmentada negra en tronco, de gran tamaño y crecimiento reciente. EPL: Retículo pigmentado de lesión melanocítica, de tipo prominente, (orificios irregulares y líneas muy gruesas). Gran lamela o mancha negra (blotch) central. Proyecciones periféricas (→) que salen del retículo, indicativas de la extensión radial. Compatible con melanoma en fase de crecimiento superficial, con abundante producción de melanina. 4b) Histopatología: Hiperplasia melanocítica lentiginosa prominente, con abundante melanina, que corresponde al retículo pigmentado dermatoscópico. Invasión pagetoide de la epidermis por células atípicas, con eliminación transepidérmica de pigmento. Nidos de células névicas, con melanófagos en dermis superficial. Diagnóstico: Melanoma de extensión superficial sobre nevus.

- Áreas en hoja de arce: Criterio de alta especificidad (100%), aunque presente en <20% de CBC pigmentados. Para diferenciarlas de los pseudópodos o proyecciones radiales de lesiones melanocíticas, es importante apreciar que son similares a islotes dentro de la lesión, sin retículo pigmentado, y que no suelen emerger de áreas muy pigmentadas.
- Grandes nidos ovoides azulgrises: Se pueden encontrar en más de la mitad de los CBC pigmentados.
- Múltiples glóbulos azulgrises: Es importante no confundirlos con los puntos azulgrises o *puntos en pimienta*, de menor tamaño, y típicos de las lesiones con melanofagia.

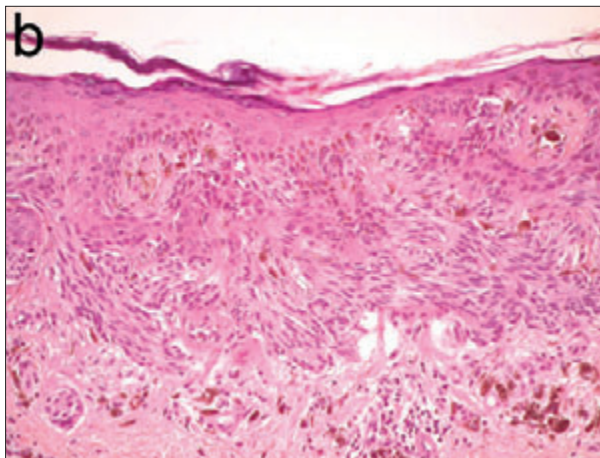


Figura 5. 5a) Lesión pigmentada negra en el brazo de una paciente de 23 años. EPL: Múltiples proyecciones periféricas, y una mancha negra central, criterio de lesión melanocítica. La disposición simétrica de los pseudópodos alrededor del tumor se conoce como patrón en estallido de estrellas, típico del nevus de Spitz pigmentado. 5b) Histopatología: Proliferación de nidos de melanocitos fusiformes, en la unión dermoepidérmica. Abundante producción de melanina, con eliminación transepidérmica de la misma, y melanófagos dérmicos. Diagnóstico: Nevus juntural fusocelular pigmentado, (nevus de Spitz/Reed pigmentado).

- Ulceración: Se aprecia clínica y dermatoscópicamente como áreas con interrupción de la epidermis, con una costra serohemorrágica en superficie. La ulceración de un CBC puede producirse precozmente, a diferencia del melanoma en el que suele ser un fenómeno tardío.
- Telangiectasias ramificadas o arboriformes, bien enfocadas y gruesas. Se observan en más de la mitad de los CBC.

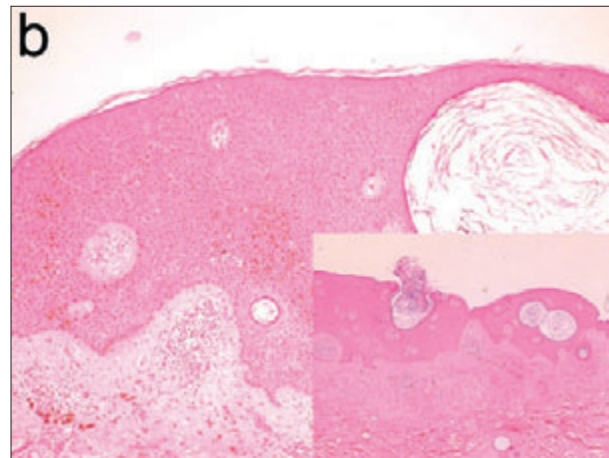
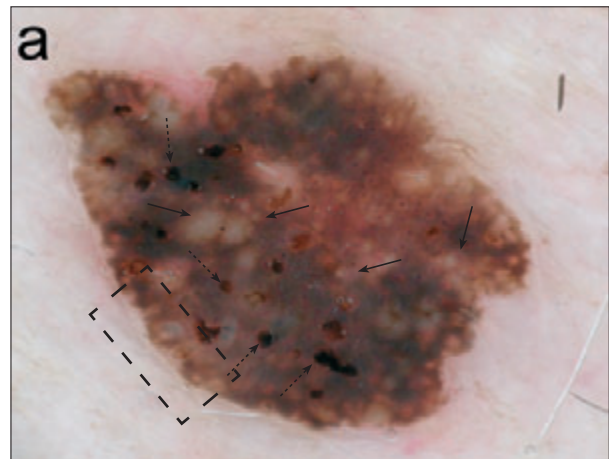


Figura 6. 6a) Lesión pigmentada en crecimiento en el tronco. EPL: Ausencia de criterios de lesión melanocítica y presencia de múltiples quistes de milio de diferentes tamaños (→), pseudoaperturas foliculares (flecha intermitente), y bordes cortados a "pico" (recuadro). Sugestivo de queratosis seborreica. 6b) Histopatología: Proliferación homogénea de queratinocitos basaloideos, pigmentados, sin atipia, con presencia de quistes de queratina y tapones córneos. Diagnóstico: Queratosis seborreica.

- Estructura en rueda de carro: Se observan como pequeñas espículas que emergen de un eje común más pigmentado. Es el hallazgo menos frecuente pero de alta especificidad (100%).
- Datos adicionales: Son lesiones asimétricas, pero menos pigmentadas y policromas de lo que suele ser un melanoma. La mayoría presentan abundantes telangiectasias, además de las típicas ramificadas, también vasos gruesos superficiales. Casi un 25%

pueden tener también puntos azul-grises “en pimienta”, indicativos de melanofagia dérmica. Algunos CBC pueden presentar quistes tipo milio, pero no suelen ser múltiples, como en las QS.

Dermatofibroma (DF)[25]

Lesión de aspecto y consistencia clínica característica, que no cumple criterios de lesión melanocítica, a excepción del fino retículo en periferia, y presenta:

- Placa central blanquecina, más clara que la piel circundante, de aspecto cicatricial o estrellada. Se observa en más del 80% de DF.
- Fino retículo marrón claro en periferia, homogéneo, muy delicado. Presente en un 90% de DF pigmentados. Su presencia obliga primero a descartar lesión melanocítica (palpación y otros hallazgos dermatoscópicos).
- Otros datos: La imagen dermatoscópica del pezón accesorio es similar a la del dermatofibroma[32]. Casi la mitad de DF pueden mostrar una tonalidad amarillenta difusa, indicativa del proceso fibroso subyacente. También debido a la vascularización del tumor pueden observarse áreas eritematovioláceas. En ocasiones se identifican glóbulos marrones irregulares.

Lesiones vasculares

Las estructuras con hemoglobina se observan, según la profundidad, en tonalidades rojo-violáceas o azules. Cuando la luz vascular se halla trombosada la lesión se verá negra. Es importante comprender la diferencia entre los criterios dermatoscópicos de lesión de origen vascular, y las estructuras vasculares que se pueden identificar en cualquier lesión cutánea, y que ayudan en el diagnóstico de lesiones melanocíticas, de CBC o de QS[33]. Lesión vascular es aquella que sin cumplir criterios de lesión melanocítica, presenta alguno de los siguientes parámetros[15]:

- Lagunas rojo-azuladas múltiples, patognomónico de hemangioma o angioqueratoma. Pueden estar divididas por tabiques blanquecinos que indican áreas de fibrosis.
- Áreas homogéneas rojo-azuladas o rojizo-negruczas: Áreas sin estructuras definidas en su interior, bien delimitadas, de tonalidades rojizas.
- Datos adicionales: Pueden presentar zonas parciales fibrosadas que se verán como áreas blanquecinas pseudocicatriciales. A su vez, puede aparecer en superficie un pseudovelo azul-blanquecino, provocado por hiperqueratosis. Los hematomas subcórneos o subungueales pueden ser similares a

un tumor de origen vascular. Suelen ser negruzcos por la coagulación de la sangre extravasada, y su historia evolutiva ayudará al diagnóstico.

Queratosis liquenoide autoinvolutiva

Clínicamente son placas eritemato-marrón-grisáceas, ocasionalmente descamativas, adquiridas en áreas fotoexpuestas, muy frecuentes en escote y cara de mujeres con importante daño actínico. Existe cierta controversia sobre si se trata de QS o léntigos actínicos en regresión, o si es una entidad propia. Histológicamente muestran acantosis y ortoqueratosis, con focos inflamatorios liquenoides, vacuolización de la basal, y fenómenos de regresión en la dermis (melanofagia, fibrosis, neovascularización, e inflamación). Aunque la dermatoscopia puede ser de gran ayuda, estas lesiones presentan gran variabilidad clínica y dermatoscópica, a menudo con patrones muy indefinidos simulando un melanoma, por lo que se recomienda la realización de una biopsia siempre que exista la mínima duda diagnóstica[29, 34, 35]. Los hallazgos dermatoscópicos típicos son:

- Patrón granular difuso: Gránulos de tonalidad entre marrón-grisácea, azulados o rojizos, sobre un área tenuemente pigmentada o eritematosa.
- Patrón granular localizado: Sobre una lesión compatible con QS o léntigo solar, se aprecian focalmente estos gránulos, indicativos de regresión y melanofagia dérmica.

Estructuras dermatoscópicas de los nevus melanocíticos

Siguiendo el procedimiento diagnóstico por etapas, concluido el primer escalón diagnóstico, las lesiones clasificadas como melanocíticas se analizarán en un segundo paso. Mediante los diferentes criterios y patrones definidos por consenso, se pueden clasificar en: lesiones benignas, lesiones sospechosas (que precisan estudio histopatológico para descartar malignidad), y melanomas[2, 4, 8, 15] (Tabla 1).

El diagnóstico diferencial entre lesión melanocítica benigna y melanoma se detalla en nuestro trabajo previo[50]. Por ello, el objetivo de esta última sección es describir los parámetros dermatoscópicos más habituales de los nevus melanocíticos (congénitos y adquiridos), incluyendo casos especiales como los nevus fusocelulares o nevus de Reed/Spitz, o los nevus clínicamente atípicos (nevus de Clark)[36-38]. El conocimiento de estos patrones benignos aumenta la especificidad diagnóstica de la dermatoscopia.

Nevus Juntural

El patrón más frecuente es el retículo pigmentado regular, simétrico, delicado, y que se va borrando en periferia progresivamente. Puede haber algún glóbulo y punto, pero no abundantes. Si existe intensa melanogénesis y eliminación transepidérmica de queratinocitos muy pigmentados, puede observarse una mancha negra central y homogénea (lamela negra).

Nevus Compuesto

El patrón característico es el *patrón globular*, donde se aprecian glóbulos homogéneos en forma y color, y de distribución simétrica. Suele asociar una pigmentación difusa, simétrica, que se va difuminando en periferia (como en cualquier lesión benigna), y puede también presentar retículo pigmentado simétrico y discreto, sobre todo en periferia. Es frecuente observar en el centro de la lesión un componente dérmico, con glóbulos o *patrón en empedrado* (acúmulo de glóbulos más poligonales y de mayor tamaño), o incluso áreas des pigmentadas de características papilomasos, y en periferia, el componente juntural con retículo pigmentado.

Nevus Dérmico

Por definición, al carecer de actividad névica en la unión dermoepidérmica, habrá *ausencia de retículo pigmentado*. Pueden ser amelanóticos, o mostrar una pigmentación homogénea discreta, que en las lesiones faciales se verá como un pseudoretículo pigmentado. En los de tipo verrugoso pueden observarse estructuras dermatoscópicas características de las lesiones *papilomasos* (como las queratosis seborreicas); crestas, fisuras, tapones córneos y quistes tipo milio. La vascularización típica de los nevus dérmicos tiene una distribución irregular sobre la lesión, y está formada por vasos gruesos (>0.1mm), levemente curvos, y poco ramificados (a diferencia de los epitelomas basocelulares), habitualmente se conocen como *“vasos en coma”*.

Nevus adquirido clínicamente atípico o de Clark

Los parámetros dermatoscópicos que se pueden observar en un nevus atípico serán los descritos anteriormente, con la particularidad de que se pueden combinar diferentes características que darán un aspecto más atípico o abigarrado, en ocasiones difícil de diferenciar del de un melanoma[2, 7, 36, 39].

La incidencia de melanoma está incrementada en pacientes con síndrome de nevus atípico. Este hecho, sumado a que pueden llegar a presentar cientos de lesiones melanocíticas atípicas, implica que la exploración periódica de estos pacientes sea una tarea laboriosa y complicada, y de suma importancia en el diagnóstico precoz del melanoma.

La dermatoscopia, especialmente con el apoyo de un sistema digital de seguimiento macro y microscópico, ha supuesto un gran avance en este campo[40]. Principalmente, este seguimiento digital, mediante imágenes comparativas de mapas corporales y de parámetros dermatoscópicos, ha demostrado ser muy útil en la detección de melanomas delgados y de escasos milímetros de tamaño[41].

Hofmann et al.[42] han propuesto una clasificación dermatoscópica de los nevus de Clark, con el objetivo de establecer modelos estandarizados tanto para la descripción de parámetros, la valoración de cambios evolutivos, como para el manejo de estos pacientes de elevado riesgo (Tabla 4).

Esta clasificación se basa los datos obtenidos tras la observación y estudio de más de 800 nevus atípicos. Valoran dos variables; el tipo de patrón estructural y la distribución del pigmento. Mediante la combinación de ambos parámetros, se pueden definir diferentes tipos de nevus de Clark,

Tabla 4: Clasificación de Hofmann de los nevus de Clark

Clasificación 1: Según estructura predominante	
Tipo reticular	Retículo pigmentado, más o menos prominente, regular.
Tipo globular	Múltiples puntos y glóbulos, con distribución uniforme.
Tipo homogéneo	Pigmentación difusa apenas estructurada. Puede combinarse con los anteriores: Homogéneo reticular, al menos 3 celdas de red (más frecuente) Homogéneo globular, al menos 3 glóbulos.
Tipo globular reticular	Asociación de ambos patrones (aprox 15%). La presencia de glóbulos simétricamente distribuidos en periferia (en corona) se puede apreciar hasta en un 50% de los nevus en crecimiento[43].
Clasificación 2: Según distribución del pigmento	
Pigmentación uniforme	Coloración uniforme de la lesión (lo más frecuente)
Hipopigmentación central	Estructuras pigmentadas de tipo anular, sobre todo se combina con el tipo reticular homogéneo
Hipopigmentación excéntrica	Áreas menos pigmentadas focales, que llegan al borde de la lesión. Aunque poco frecuente, puede simular un melanoma con fenómenos de regresión
Hiperpigmentación central	Tipo “en diana”, con un mancha central o lamela negra (causada por hipermelanosis superficial), frecuentemente asociado al tipo reticular (periferia) homogéneo (centro más pigmentado)
Hiperpigmentación excéntrica	Área focal más oscura que el resto de la lesión, en periferia, alcanzando el borde. Son considerados los grandes simuladores del melanoma (in situ o microinvasor), también puede representar un melanoma sobre nevus.
Hipo/hiperpigmentación multifocal	Patrón “en parche”, con áreas hipopigmentadas salpicadas a lo largo de la lesión. Suele combinarse con los tipos reticular homogéneo, o reticular globular

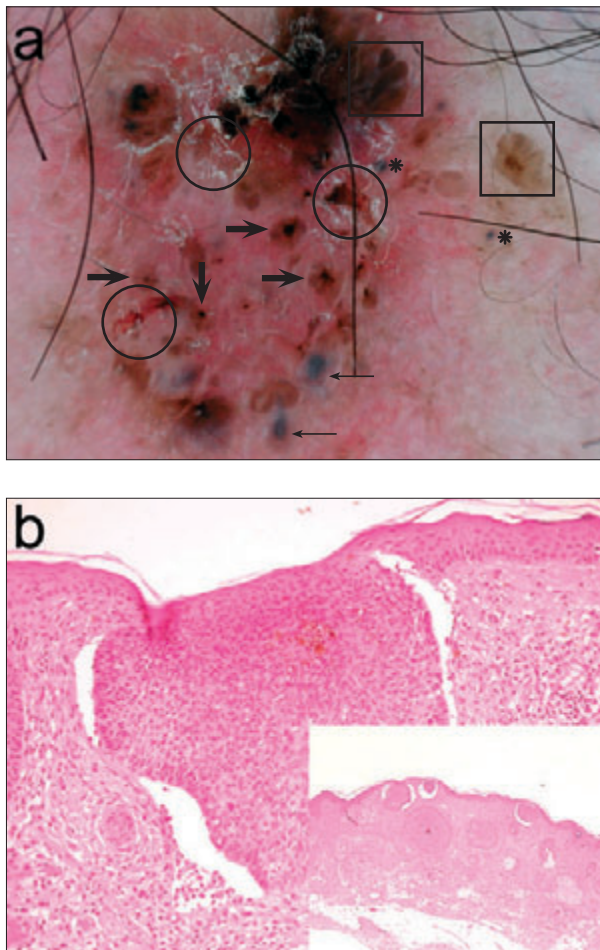


Figura 7. 7a) Lesión negra en cuero cabelludo que ha sangrado. EPL: Ausencia de criterios de lesión melanocítica. Presencia de estructuras en hoja de arce, marrón claras y negras (recuadros), nidos ovoides azules (→) y glóbulos azules de menor tamaño (*), estructuras tipo rueda de carro (flecha gruesa) de varios tamaños, y zonas con costra serohemática indicativas de ulceración (círculos). Compatible con carcinoma basocelular pigmentado. 7b) Histopatología: Proliferación de nidos de células basaloides, con empalizada periférica y pigmento melánico en su interior, de diversos tamaños. Diagnóstico: Carcinoma basocelular superficial multifocal.

así como optimizar el manejo de los mismos (control vs extirpación), según las características dermatoscópicas. Es habitual observar el mismo tipo de nevos en un paciente, por lo cual es recomendable la extirpación de una lesión nueva o con cambios y que no presente el patrón predominante en ese individuo.

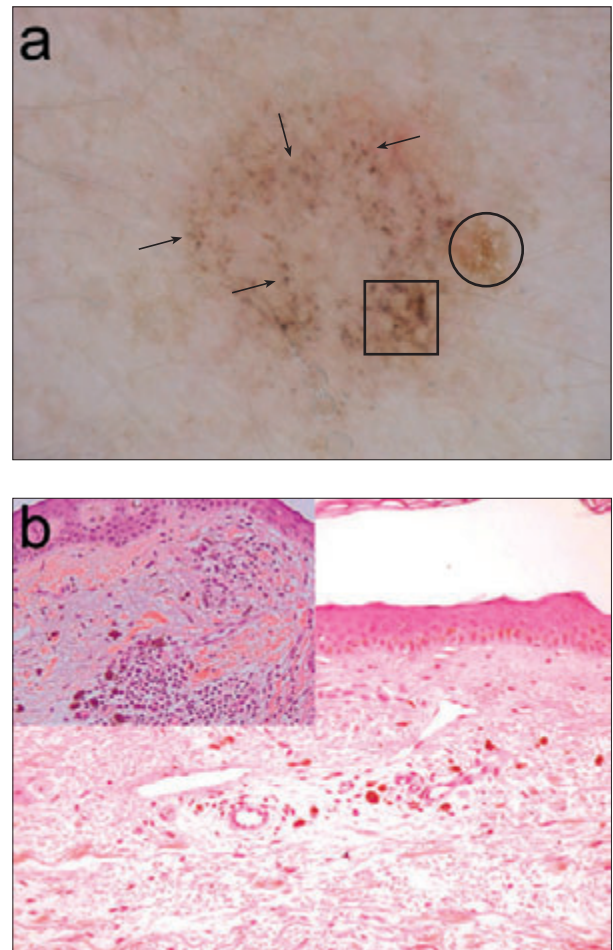


Figura 8. 8a) Lesión marrón grisácea facial en persona de edad avanzada. EPL: Múltiples gránulos azul-grises, difusos, típico de las lesiones en regresión. Se aprecia el falso retículo pigmentado facial (pigmentación interrumpida por salidas foliculares) (recuadro), y en la periferia un retículo pigmentado delicado, marrón muy claro, (círculo), que aunque es raro observarlo en la región facial, es indicativo de una zona lentiginosa asociada. 8b) Histopatología: Atrofia epidérmica y signos de elastosis. Discreta degeneración vacuolar de la capa basal, con infiltrados linfocitarios perivasculares y abundantes melanófagos en la dermis. Diagnóstico: Mácula liquenoide involutiva.

Nevus Azul

La valoración del nevus azul se debe complementar siempre con su historia evolutiva ya que tanto el melanoma como las metástasis cutáneas del mismo, pueden simularlo clínica y dermatoscópicamente. Se recomienda por ello, realizar el estudio histológico ante la aparición en un adulto de una lesión

nueva y/o que muestre cambios recientes. Los parámetros dermatoscópicos del nevus azul se caracterizan por un *patrón azul difuso homogéneo* y ausencia de otras estructuras en su interior. En ocasiones puede presentar áreas ovoides pigmentadas, así como proyecciones azul-grisáceas desenfocadas en periferia, debidos a la presencia de cordones profundos de nevocitos pigmentados o de melanófagos. También pueden observarse zonas hipopigmentadas, que traducen fibrosis de la lesión[36].

Nevus Combinado

Es la combinación en una misma lesión de nidos de células névicas en dermis con un nevus azul. La dermatoscopia mostrará la pigmentación azul homogénea, combinada con un área de pigmentación marrón difusa y homogénea (velo marrón).

Nevus Melanocítico Congénito

Al igual que la clínica, la dermatoscopia de los nevus congénitos es muy variada, y puede ser abigarrada y de difícil valoración. Las características histológicas de estos auténticos hamartomas determinan las múltiples estructuras dermatoscópicas que presentan, que incluso a veces, muestran el denominado patrón multicomponente (combinación de tres o más patrones en una misma lesión)[44].

Puede observarse:

- Patrón globular o en empedrado (nidos de células névicas)
- Retículo pigmentado (hiperplasia epidérmica con queratinocitos cargados de melanina)
- “*Blotches*” o áreas hiperpigmentadas (nevocitos muy pigmentados)
- Focos despigmentados múltiples y regulares (presencia de múltiples salidas foliculares)
- Áreas pigmentadas azul-grises (nevocitos pigmentados muy profundos)
- Características de lesiones papilomatosas queratósicas como criptas, crestas, quistes tipo milio, tapones córneos o áreas amarillentas queratósicas (nevus verrugosos).

Nevus de Reed / Spitz

Se han descrito diversos patrones dermatoscópicos que ayudan en la diferenciación del nevus de Spitz/Reed del melanoma, a menudo reto diagnóstico tanto para el clínico como para el patólogo[8, 45-47].

- *Patrón en “estallido de estrella”*: Se define por la presencia de estructuras digitiformes o lineales que

rodean la lesión radialmente y de forma homogénea. Son lesiones simétricas muy pigmentadas, en las que se puede distinguir un área central de pigmentación difusa azul-negruzca o un retículo marrón o negro prominente (líneas de la red gruesas con orificios irregulares). El 50% de los nevus fusocelulares pigmentados presentan este patrón, sin embargo hay casos aislados de melanomas que pueden mostrar un patrón similar.

- *Patrón globular simétrico*: En ocasiones puntos y glóbulos marrones en empedrado. Se considera característica la presencia de grandes glóbulos en periferia. En ocasiones se asocia un área central homogénea marrón, o incluso un velo azul-blancuecino. En las lesiones menos pigmentadas se pueden apreciar vasos puntiformes.
- *Patrón reticulado*: Se aprecia un retículo a menudo prominente, marrón oscuro o negro, que suele asociar una pigmentación difusa azul grisácea o marrón en el centro.
- *Patrón reticulado negativo*: Como ya se ha comentado, es la imagen en espejo del retículo pigmentado (orificios de la malla muy pigmentados y líneas claras), y puede estar presente también en el melanoma.
- *Patrón homogéneo*: Característico de los nevus de Spitz hipopigmentados, se observa un área homogénea marrón clara o rosada, sin otras estructuras. En ocasiones se aprecian vasos puntiformes, o algún glóbulo.
- *Patrón atípico*: A diferencia de los otros patrones, el atípico se caracteriza por la asimetría de color y estructuras, entremezclando características de los anteriores pero de forma atípica. Lógicamente, mediante la clínica y la dermatoscopia, es imposible diferenciar estas lesiones de un melanoma.

Se cree que estos diferentes patrones morfológicos corresponderían a la maduración biológica que sufren estas lesiones, y no a diferentes tipos de nevus fusocelulares[48]. Piccolo et al.[49] observaron la evolución desde un patrón globular inicial, al patrón en estallido de estrellas, y finalmente la desaparición de éste, quedando una hiperpigmentación central homogénea. Sin embargo no se dispone todavía de un modelo evolutivo bien definido.

Agradecimientos

A la Dra. Berta Ferrer Fábrega, por su ayuda y colaboración en las imágenes histológicas.

Bibliografía

- Argenziano G, Soyer HP. Dermoscopy of pigmented skin lesions - a valuable tool for early diagnosis of melanoma. *Lancet Oncol* 2001; 2: 443-9.
- Argenziano G, Soyer P, De Giorgi V, Piccolo D. Interactive atlas of dermatoscopy, EDRA Medical Publishing & New Media. Italy, 2000.
- Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol* 2002; 3: 159-65.
- Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P, Landthaler M, Cagnetta A. Color atlas of dermatoscopy, Blackwell Science. Germany, 1994.
- Martí RM, Puig S, Malveyh J. Procedimiento diagnóstico, capítulo 4, en Malveyh J, Puig S. Principios de Dermatoscopia, CEGE. Barcelona 2002.
- Carli P, De Giorgi V, Soyer HP, Stante M, Mannone F, Gianotti B. Dermoscopy in the diagnosis of pigmented skin lesions: A new semiology for the dermatologists. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000; 14: 353-69.
- Soyer HP, Argenziano G, Chimenti S, Menzies SW et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions. An Atlas based on the Consensus Meeting on Dermoscopy 2000, Edra. Milan, 2001.
- Menzies S, Crotty K, Ingvar C, McCarthy W. An atlas of surface microscopy of pigmented skin lesions. McGraw-Hill Book Company. Sidney, 1996.
- Katz B, Rabinovitz HS. Introduction to dermoscopy. *Dermatol Clin* 2001; 19: 221-58.
- Massi D, De Giorgi V, Soyer P. Histopathologic correlates of dermoscopic criteria. *Dermatol Clin* 1999; 2: 259-68.
- Soyer P, Kenet RO, Wolf IH, Kenet BJ, Cerroni L. Clinicopathological correlation of pigmented skin lesions using dermoscopy. *Eur J Dermatol* 2000; 10: 22-8.
- Malveyh J, Puig S. Parámetros dermatoscópicos: Definición e histopatología, capítulo 3, en Malveyh J, Puig S. Principios de Dermatoscopia, CEGE. Barcelona 2002.
- Blum A, Metzler G, Hofmann-Wellenhof R, Soyer HP, Garbe C, Bauer J. Correlation between dermoscopy and histopathology in pigmented and non-pigmented skin tumours. *Hautarzt* 2003; 54: 279-91.
- Bahmer FA, Fritsch P, Kreuzsch J, Pehamberger H, et al. Terminology in surface microscopy. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 1159-62.
- Argenziano G, Soyer P, Chimenti S, Talamini R, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: Results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 679-93.
- Fritsch P, Pechlaner R. The pigmented network: A new tool for the diagnosis of pigmented lesions. *J Invest Dermatol* 1980; 74: 458-9.
- Schiffner R, Schiffner-Rohe J, Vogt T, Landthaler M, et al. Improvement of early recognition of lentigo maligna using dermoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 25-32.
- Argenziano G, Scalvenzi M, Staibano S, Brunetti B, et al. Dermoscopic pitfalls in differentiating pigmented Spitz naevi from cutaneous melanomas. *Br J Dermatol* 1999; 141: 788-93.
- Steiner A, Binder M, Schemper M, Wolff K, Pehamberger H. Statistical evaluation of epiluminescence microscopic criteria for melanocytic pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 581.
- Menzies SW, Crotty K, McCarthy WH. The morphologic criteria of the pseudopod in surface microscopy. *Arch Dermatol* 1995; 131: 436-40.
- Massi D, De Giorgi V, Carli P, Santucci M. Diagnostic significance of the blue hue in dermoscopy of melanocytic lesions: A dermoscopic-pathologic study. *Am J Dermatopathol* 2001; 23: 463-9.
- Saida T, Oguchi S, Ishihara Y. In vivo observation of magnified features of pigmented lesions on volar skin using video microscope. Usefulness of epiluminescence techniques in clinical diagnosis. *Arch Dermatol* 1995; 131: 298-304.
- Kreusch J, Kkoch F. Characterization of vascular patterns in skin tumours. *Hautarzt*, 1996; 47: 264-72.
- Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Kopf AW, et al. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2000; 136: 1012-6.
- Ferrari A, Soyer P, Peris K, Argenziano G, et al. Central white scarlike patch; A dermatoscopy clue for the diagnosis of dermatofibroma. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 1123-5.
- Zalaudek I, Argenziano G, Ferrara G, Soyer HP, et al. Clinically equivocal melanocytic skin lesions with features of regression: a dermoscopic-pathological study. *Br J Dermatol* 2004; 150: 64-71.
- Puig S, Malveyh J. Primera etapa diagnóstica: lesiones melanocíticas. Capítulo 5.1, en Malveyh J, Puig S. Principios de Dermatoscopia, CEGE. Barcelona 2002.
- Cabo H. Queratosis seborreica, Capítulo 5.2.1 en Malveyh J, Puig S. Principios de Dermatoscopia, CEGE. Barcelona 2002.
- Elgart GW. Seborrheic keratosis, solar lentigines, and lichenoid keratosis. Dermoscopic features and correlation to histology and clinical signs. *Dermatol Clin* 2001; 2: 347-57.
- Menzies SW. Carcinoma basocelular pigmentado, Capítulo 5.2.2 en Malveyh J, Puig S. Principios de Dermatoscopia, CEGE. Barcelona 2002.
- Puspok-Schwarz M, Steiner A, Binder M, Peartsch N, Wolff K, Pehamberger H. Statistical evaluation of epiluminescence microscopy criteria in the differential diagnosis of malignant melanoma and pigmented basal cell carcinoma. *Melanoma Res* 1997; 7: 307-11.
- Blum A. Accessory nipple looks like dermatofibroma in dermoscopy. *Arch Dermatol* 2003; 139: 948-9.
- López-Estebarez JL, Alvarez Fernández JG. Lesiones vasculares, Capítulo 5.2.4. en Malveyh J, Puig S. Principios de Dermatoscopia, CEGE. Barcelona 2002.
- Prieto VG, Casal M, McNutt NS. Lichen planus-like keratosis. A clinical and histological reexamination. *Am J Surg Pathol*, 1993; 17: 259-63.
- Oliviero MC, Rabinovitz HS. Queratosis liquenoide, capítulo 5.2.5 en Malveyh J, Puig S. Principios de Dermatoscopia, CEGE. Barcelona 2002.
- Puig S, Malveyh J. Criterios dermatoscópicos de los nevos adquiridos y congénitos, capítulo 8.1, en Malveyh J, Puig S. Principios de Dermatoscopia, CEGE. Barcelona 2002.
- Burroni M, Rubegni P, Dell'eva G, Santini S, et al. The "common mole" from the point of view of digital dermoscopy analysis: subjective vs objective evaluation of easy pigmented skin lesions. *J EADV* 2003; 17: 28-33.
- Rao BK, Wang SQ, Murphy FP. Typical dermoscopic patterns of benign melanocytic nevi. *Dermatol Clin* 2001; 2: 269-84.
- Troyanova P. Benign dermoscopic network patterns in dysplastic melanocytic nevi. *Skin Res Technol* 2002; 4: 271-5.
- Malveyh J, Puig S. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital total-body photography and digital dermoscopy: A two-step method. *Clin Dermatol* 2002; 20.
- Robinson JK, Nickoloff BJ. Digital epiluminescence microscopy monitoring of high-risk patients. *Arch Dermatol* 2004; 140: 49-56.
- Hofmann-Wellenhof R, Blum A, Wolf IH, Piccolo D, Garbe KH, Soyer HP. Dermoscopic classification of atypical melanocytic nevi (Clark nevi). *Arch Dermatol* 2001; 137: 1575-80.

43. Kittler H, Seltenheim M, Dawid M, et al. Frequency and characteristics of enlarging common melanocytic nevi. *Arch Dermatol* 2000; 136: 316-20.
44. Lodha R, McDonald, Elgart GW, Thaller S. Dermoscopy for congenital melanocytic nevi. *J Cran Surg* 2003; 14: 661-5.
45. Pellacani G, Cesinaro AM, Seidenari S. Morphological features of Spitz naevus as observed by digital videomicroscopy. *Acta Derma Venereol* 2000; 80: 117-21.
46. Rubegni P, Ferrari A, Cevenini G, Piccolo D, Burrioni M, Perotti R, et al. Differentiation between pigmented Spitz naevus and melanoma by digital dermoscopy and stepwise logistic discriminant analysis. *Melanoma Res* 2001; 11: 37-44.
47. Malvey J, Puig S. Nevus de Reed y de Spitz, capítulo 8.2, en Malvey J, Puig S. *Principios de Dermatoscopia*, CEGE. Barcelona 2002.
48. Pizzichetta MA, Argenziano G, Grandi G, De Giacomo C, Trevisan G, Soyer HP. Morphologic changes of a pigmented Spitz nevus assessed by dermoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 137-9.
49. Piccolo D, Ferrari A, Peris K. Sequential dermoscopic evolution of pigmented Spitz nevus in childhood. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 556-8.
50. Zaballos P, Carrera C, Puig S, Malvey J. Criterios dermatoscópicos para el diagnóstico del melanoma. *Med Cutan Iber Lat Am* 2004; 32: 3-17.

Cuestionario de autoevaluación

- La dermatoscopia no es útil para:
 - Elegir la zona a biopsiar más adecuada de una lesión pigmentada.
 - Confirmar un diagnóstico clínico de melanoma.
 - Diferenciar una lesión melanocítica de una no melanocítica.
 - Diagnosticar un carcinoma basocelular (CBC).
- El pseudoretículo pigmentado:
 - Es un falso retículo pigmentado de localización en piel lampiña.
 - Se forma al entremezclarse líneas paralelas del dermatoglifo que simulan una red.
 - A la inversa del retículo verdadero, es una red con orificios pigmentados y líneas blanquecinas.
 - Es una pigmentación homogénea interrumpida por las abundantes salidas foliculares de la región facial.
- El retículo pigmentado negativo, no es cierto que:
 - Los orificios de la red se corresponden con grandes nidos de células pigmentadas en las papilas dérmicas.
 - Es un signo patognomónico de melanoma.
 - Es la imagen invertida del retículo pigmentado, con orificios oscuros y la red blanquecina.
 - Se puede encontrar en lesiones benignas como el nevus de Spitz.
- El punteado azul-grisáceo "en pimienta":
 - Se puede observar con frecuencia en los CBC.
 - Representa pequeños agregados de células basaloideas pigmentadas en la dermis.
 - Es típico que forme la llamada "rueda de carro", característica de los fenómenos de regresión.
 - Traduce melanofagia dérmica.
- No es correcto sobre los pseudópodos que:
 - Son proyecciones periféricas en forma de porra que tienen que estar en contacto con el retículo pigmentado.
 - Su presencia es diagnóstica de lesión melanocítica.
 - Son típicos en el nevus de Spitz, que se disponen de forma irregular y asimétrica de forma periférica.
 - Traducen pequeños nidos celulares en crecimiento radial desde el cuerpo tumoral.
- El patrón paralelo:
 - Es característico de cualquier lesión pigmentada localizada en la piel volar.
 - El de tipo "paralelo de la cresta" es típico de las lesiones benignas.
 - Representa la pigmentación melánica a lo largo de las crestas epidérmicas, respetando las papilas dérmicas.
 - En las lesiones melanocíticas benignas la pigmentación se sitúa en el sulcus profundus del dermatoglifo.
- No es criterio de queratosis seborreica (QS):
 - Aperturas de tipo comedón rodeadas de un halo más claro.
 - Puntos blanco-amarillentos brillantes.
 - Glóbulos azul-grisáceos múltiples.
 - Estructuras imitando una huella digital.
- Señale la afirmación verdadera:
 - La pigmentación homogénea azul es criterio positivo de lesión vascular.
 - La ulceración es un signo de alta sospecha de melanoma.
 - Un pezón supernumerario dermatoscópicamente es similar a un dermatofibroma (DF).
 - Las fisuras y crestas son diagnósticas de QS.
- Es incorrecto que:
 - Si una lesión no cumple criterios positivos ni de lesión melanocítica ni de no melanocítica, se debe descartar un melanoma.
 - Es posible confundir un nevus dérmico verrugoso con una QS.
 - El retículo pigmentado es criterio positivo de lesión melanocítica, pero también se puede encontrar en DF y en QS.
 - Los glóbulos homogéneos múltiples son característicos del CBC.
- Ante una lesión pigmentada:
 - En una primera etapa diagnóstica debemos discriminar si es maligna o no.
 - Si cumple criterios de lesión melanocítica habrá que descartar que no cumpla también alguno de los de QS.
 - La segunda etapa diagnóstica clasifica las lesiones melanocíticas en las que deben extirparse y las que no haría falta.
 - La presencia de aperturas foliculares tipo comedón rellenas de queratina es diagnóstica de QS.
- Señale la afirmación incorrecta:
 - El velo azul-blanquecino traduce una ortoqueratosis compacta sobre grandes acúmulos de células pigmentadas en la dermis.
 - La tonalidad azul de una lesión viene determinada por la presencia de melanina densa en el estrato córneo.
 - El punteado azul grisáceo es característico de las lesiones en regresión con melanofagia.
 - Los nidos ovoides azul-grises son estructuras grandes ovaladas que no se conectan con el cuerpo tumoral central.
- La regresión histológica de una lesión melanocítica se caracteriza por:
 - Ser un fenómeno dinámico, con diferentes fases evolutivas.
 - Fibroplasia dérmica, con angiogénesis.
 - Melanofagia.
 - Todas las anteriores.

13. Define a una lesión melanocítica:
- Retículo pigmentado rodeando un parche central pseudocicatrizal
 - Estructuras ovoides azul-grisáceas.
 - Estructuras marrónáceas en "hoja de arce".
 - Patrón paralelo del surco en lesiones palmoplantares.
14. Es correcto sobre la vascularización de una lesión cutánea:
- Los grandes vasos ramificados y bien enfocados en una lesión pigmentada deben hacernos sospechar un melanoma.
 - En ausencia de pigmento melánico no es valorable por dermatoscopia.
 - Los vasos en forma de coma son típicos de las lesiones melanocíticas benignas.
 - Si se halla trombada se observará como pequeñas lagunas rojo brillantes.
15. No es correcto sobre la dermatoscopia de un nevus melanocítico:
- Es típico de una lesión en crecimiento una corona de glóbulos en periferia.
 - Puede presentar signos de regresión blanca y/o azul.
 - Los junturales no presentan nunca glóbulos ya que la actividad es en la unión dermoepidérmica.
 - Los dérmicos no presentan retículo ya que no hay actividad en la unión dermoepidérmica.
16. Los nevos melanocíticos con atipia, o nevus de Clark:
- Pueden presentar características dermatoscópicas de melanoma.
 - Si combinan una zona con retículo pigmentado central y glóbulos en periferia suelen estar sufriendo regresión.
 - Los que presentan una hiperpigmentación excéntrica simulan fácilmente un melanoma invasivo en regresión.
 - Lo habitual es encontrar en un mismo paciente todos los tipos dermatoscópicos de nevus de Clark.
17. Es falso respecto al nevus melanocítico congénito:
- Son verdaderos hamartomas con proliferación no sólo de células nevocas.
 - Los verrugosos son fácilmente diferenciables de las QS ya que no presentan quistes de milio.
 - Pueden presentar retículo pigmentado, que traduce una hiperplasia epidérmica con melanina.
 - Presentan áreas de retículo desestructurado por las múltiples salidas foliculares.
18. La dermatoscopia del nevus azul:
- Se define por ausencia de retículo y de globulos, con presencia de pigmentación azul homogénea y un velo blanquecino con aspecto de vidrio esmerilado.
 - En los niños deben extirparse por su alto riesgo de malignización.
 - Es fácilmente diferenciable de una metástasis de melanoma, a diferencia de la clínica.
 - En ocasiones presenta proyecciones periféricas azul grisáceas.
19. Es falso respecto al nevus fusocelular pigmentado:
- Su diagnóstico clínico y patológico suele ser difícil.
 - Debido a la maduración biológica suelen tener una clínica y dermatoscopia variable en el tiempo.
 - La presencia de un retículo negativo ayuda a diferenciarlo de un melanoma.
 - La mitad presentan el típico patrón en estallido de estrellas.
20. Señale la afirmación incorrecta:
- Los nevos melanocíticos dérmicos presentan una vascularización irregular y poco ramificada.
 - Las queratosis liquenoides involutivas no presentan melanofagia, a diferencia de las lesiones melanocíticas en regresión.
 - El patrón en empedrado es característico de los nevos compuestos.
 - Casi la mitad de los DF tienen una tonalidad amarillenta indicativa de la fibrosis dérmica.

Respuestas del cuestionario

1b 2d 3b 4d 5c 6d 7c 8c 9d 10c 11b 12d 13d 14c 15c 16a 17b 18d 19c 20b.