



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Análisis dermatoscópico de 72 queratosis seborreicas «atípicas»



M. Mazzeo*, V. Manfreda, L. Diluvio, A. Dattola, L. Bianchi y E. Campione

Departamento de Dermatología, Universidad de Tor Vergata, Roma, Lazio, Italia

Recibido el 10 de junio de 2018; aceptado el 21 de octubre de 2018

Disponible en Internet el 27 de marzo de 2019

PALABRAS CLAVE

Dermatoscopia;
Queratosis
seborreica;
Melanoma atípico;
Queratosis seborreica

Resumen

Antecedentes: Las queratosis seborreicas (QS) son reconocidas con facilidad a través de una aproximación clínica y dermatoscópica, sin embargo, algunas lesiones presentan un comportamiento que simula distintas afecciones de la piel que carecen de criterios clínicos y dermatoscópicos típicos.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue encontrar características dermatoscópicas específicas o un patrón general que permita mejorar las habilidades diagnósticas en los casos de QS complejas.

Materiales y métodos: Estudiamos 72 casos de QS atípicas extirpadas entre septiembre del 2014 y septiembre del 2017 utilizando para ello el algoritmo en 2 pasos modificado por Malveyh (2002) y Argenziano (2003).

Resultados: En nuestra población de estudio, encontramos una media de 4,04 de los 15 criterios específicos dermatoscópicos de QS (por ejemplo, múltiples puntos similares a quistes tipo *milium*). Se identificaron los siguientes criterios adicionales no incluidos en el algoritmo en 2 pasos: velo azul-blancuecino (en 3 QS; 4,2%), patrón vascular polimorfo (18 QS; 25%), manchas/glóbulos (6 QS; 8,3%), manchas blancas brillantes (3 lesiones; 4,2%). Los patrones generales más representados fueron el patrón reticular (27 QS; 37,5%) y no específico (15 QS; 20,8%). Todas las lesiones exhibieron hallazgos peculiares de QS; además, en el 79,2% de todas las lesiones estudiadas se identificaron elementos indicativos de lesión melanocítica. Cuando comparamos la literatura con nuestros resultados, encontramos 3 diferencias significativas: a) una menor prevalencia de los criterios específicos de QS en nuestra población de estudio; b) la identificación de hallazgos generalmente no relacionados con la QS, como el velo azul-blancuecino, el patrón vascular polimorfo, las manchas/glóbulos y las manchas blancas brillantes, y c) también se describieron 2 patrones no definidos previamente representados por «patrón no específico» (20,9% de todas las lesiones examinadas) y «patrón vascular» (12,5% de todas las lesiones examinadas). No se encontró ninguna característica específica o patrón general estadísticamente significativo para el diagnóstico dermatoscópico de QS de diagnóstico difícil.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mauromazzeo@hotmail.it (M. Mazzeo).

Conclusión: A pesar de los hallazgos, no hemos encontrado ningún patrón específico o general estadísticamente significativo para el diagnóstico dermatoscópico de la QS de diagnóstico difícil. Conforme al algoritmo en 2 pasos y el sistema de puntuación dermatoscópica para lesiones melanocíticas y no melanocíticas, las QS con uno o varios hallazgos dermatoscópicos típicos de lesión melanocítica deberían ser extirpados quirúrgicamente para excluir el melanoma clásico o el melanoma que simula una QS.

© 2018 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Dermoscopy;
Seborrheic keratoses;
Melanoma, atypical;
Seborrheic keratoses

Dermoscopic Analysis of 72 ‘‘Atypical’’ Seborrheic Keratoses

Abstract

Background: Seborrheic keratoses (SK) are easily recognizable by clinical and dermoscopic approach, nevertheless, some lesions act as a simulator of different skin conditions lacking typical clinical and dermoscopic criteria.

Objective: The aim of our study was to find specific dermoscopic features or a global pattern to improve diagnostic skills for challenging SK.

Materials and methods: We examined 72 atypical SK excised from September 2014 up to September 2017 by using the 2-step algorithm modified by Malvey (2002) and Argenziano (2003).

Results: In our study population, an average of 4.04 out of 15 dermoscopic specific criteria for SK was found (for example, multiple milia-like cysts). Additional criteria not included in 2-step algorithm were blue-whitish veil (found in 3 SK; 4.2%), polymorphous vessels (18 SK; 25%), blotch/globules (6 SK; 8.3%), shiny white streaks (3 lesions; 4.2%). The most represented global patterns were reticular (27 SK; 37.5%) and not specific (15 SK; 20.8%). All lesions exhibited peculiar findings of SK, furthermore elements suggestive for melanocytic lesion were found in 79.2% of all lesions. Comparing the literature and our results, we found 3 significant differences: a) the less prevalence of SK specific criteria in our study population; b) the description of findings usually not related to SK, among which blue-whitish veil, polymorphous vessels, blotch/globules and shiny white streaks, and c) 2 patterns not previously defined represented by ‘‘not specific pattern’’ (20.9% of all lesions examined) and ‘‘vascular pattern’’ (12.5% of all lesions examined) were also described. No specific feature or global pattern, statistically significant for dermoscopic diagnosis of difficult-to-diagnose SK have been found.

Conclusion: Nevertheless the useful findings, no specific feature or global pattern statistically significant for dermoscopic diagnosis of challenging SK have been found. According to the 2-step algorithm and the dermatoscopic scoring system for melanocytic and not melanocytic lesion, SK with one or more dermatoscopic findings typical of melanocytic lesion should be removed surgically to exclude classic melanoma or melanoma mimicking SK.

© 2018 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La queratosis seborreica (QS) es una de las neoplasias cutáneas benignas que con mayor frecuencia se diagnostican en la práctica dermatológica ambulatoria. Se calcula que afecta por lo menos al 20% de la población adulta, especialmente a los adultos mayores. En la revisión de Jackson et al. se informó de una media de 155 pacientes diagnosticados de QS al mes, de los cuales el 33% presentaban más de 15 lesiones de QS y el 67% restante 15 o menos¹. La QS aparece como placas verrucosas numerosas bien delineadas, redondas u ovaladas, de color carne o marrón-negro y con textura grasienta². Pueden aparecer en el área vellosa de la piel, evitando invariablemente las superficies mucosas, palmares y plantares. La QS puede aparecer en la cabeza y el cuello, las extremidades y el tronco, en especial en la parte superior de la espalda y en la región submamaria.

En la mayoría de los casos, la QS se diagnostica fácilmente mediante el estudio clínico y dermatoscópico. Sin embargo, es posible encontrar QS atípicas que, o bien carecen de criterios dermatoscópicos específicos, o bien muestran hallazgos típicamente asociados a proliferaciones melanocíticas. En ocasiones, incluso usando el dermatoscopio, resulta difícil distinguir estas lesiones de las del nevus melanocítico, el carcinoma de células basales, la verruga vulgar, el melanoma maligno y la enfermedad de Bowen. El algoritmo dermatoscópico más utilizado para el diagnóstico de la QS es el procedimiento en 2 pasos propuesto en el 2001 en el Consensus Net Meeting on Dermoscopy³. Este procedimiento incluye un primer paso en el que se excluyen todos aquellos hallazgos dermatoscópicos de lesión melanocítica como son el retículo pigmentado, los agregados globulares, las extensiones ramificadas, la pigmentación azul homogénea o el patrón paralelo. En una segunda etapa, imprescindible para el diagnóstico de la QS, se han de identificar las

siguientes lesiones: quistes tipo *milium*, tapones foliculares, fisuras/crestas (patrón cerebriforme) y las estructuras en huella digital.

En el año 2002, Braun et al. evaluaron las características dermatoscópicas de 203 QS pigmentadas y añadieron criterios como los siguientes: fisuras, vasos en horquilla, demarcación bien definida y bordes apolillados⁴. Malvehy et al. reseñaron como signos dermatoscópicos adicionales la presencia de criptas, las estructuras papilares eosinofílicas y la consistencia gelatinosa⁵. Nuestro objetivo fue evaluar la(s) característica(s) dermatoscópica(s) más frecuente(s)/patrón dermatoscópico general en un grupo de QS atípicas para simplificar su diagnóstico.

Pacientes y métodos

Se examinaron 72 piezas de QS que fueron extirpadas entre septiembre de 2014 y septiembre de 2017. Todas las lesiones se extirparon para descartar neoplasias malignas. Se utilizó el procedimiento algorítmico en 2 pasos. En el primer paso se descartó la presencia de las características típicas de lesión melanocítica, como son la red pigmentaria, los agregados globulares, las extensiones ramificadas, la pigmentación azul homogénea o el patrón paralelo. A continuación, analizamos los criterios específicos de QS, como quistes tipo *milium* múltiples, tapones foliculares, fisuras/crestas, vasos en horquilla, bordes apolillados, pigmentación marrón oscura, estructura tipo mica, color amarillento, estructura vascular, demarcación bien definida, hemorragia focal, vasos en racimo de uvas, estructura tipo coral, estructura tipo glóbulos y estructura tipo red. Después, analizamos el aspecto dermatoscópico general e identificamos 8 patrones diferentes (ver en el apartado de resultados).

Todas las QS fueron analizadas por dermatólogos, coautores del artículo, todos ellos con experiencia en dermatoscopia. Las imágenes se obtuvieron mediante dermatoscopia de luz polarizada de contacto (DermLite, 3 Gen

LLC, Dana Point, California, EE. UU.) a 10 aumentos. Se documentaron todos los hallazgos para cada una de las lesiones mediante el uso del equipo DermLite photo (3 Gen LLC) de 20 a 50 aumentos.

Resultados

Se extirparon 72 piezas de QS entre septiembre de 2014 y septiembre de 2017. El diagnóstico diferencial incluyó: melanoma en 48 pacientes (66,7%), carcinoma de células escamosas en 15 (20,9%), nevus de Clark o nevus traumatizado en 6 (8,3%) y carcinoma de células basales en 3 (4,2%).

Con respecto a la localización de las lesiones, 23 QS (32%) se situaron en los brazos, 8 (11,1%) en los hombros, 14 (19,4%) en la cara, 11 (15,2%) en el abdomen, 8 (11,1%) en el pecho y 8 (11,1%) en las piernas.

En la primera etapa del algoritmo en 2 pasos se encontraron elementos indicativos de lesión melanocítica en el 79,2% de las lesiones: 39 QS (54,2%) mostraban red pigmentaria, 3 (4,2%) agregados globulares, 9 (12,5%) extensiones ramificadas, 6 (8,3%) pigmentación azul homogénea y ninguno (0,0%) patrón paralelo. En el segundo paso se identificaron una media de 4,04 de los 15 criterios dermatoscópicos específicos de QS (tabla 1): los quistes tipo *milium* se encontraron en 18 QS (25,0%), los tapones foliculares en 12 (16,6%), fisuras/crestas en 9 (12,5%), vasos en forma de horquilla en la unidad única en 6 (8,3%), agrupaciones de vasos en horquilla (también conocido como vasos en racimo de uvas) en ninguno (0,0%), bordes definidos festoneados (bordes apolillados) en 3 (4,2%), pigmentación marrón oscura en 6 (8,3%), estructuras hiperqueratósicas (estructura tipo mica) en 21 (29,1%), color amarillento en 6 (8,3%), estructuras vasculares en 21 (29,1%), bordes bien definidos en 36 (50,0%), hemorragia focal en 6 (8,3%), líneas gruesas pigmentadas con geometría coral (estructura tipo coral) en 3 (4,2%), estructura en forma de red en 30 (41,7%) y estructura globular en 3 (4,2%). No se incluyeron en el algoritmo en

Tabla 1 Listado de características melanocíticas y no melanocíticas con porcentaje de presentación en nuestra población de estudio

Características melanocíticas	Porcentaje en el que se observan	Características no melanocíticas	Porcentaje en el que se observan
Red pigmentada	54,2	Quistes tipo <i>milium</i>	25
Agregados globulares	4,2	Tapones foliculares	16,6
Extensiones ramificadas	12,5	Fisuras/crestas	12,5
Pigmentación azul homogénea	8,3	Vasos en horquilla	8,3
Patrón paralelo	0,0	Vasos en horquilla agrupados	0,0
Velo azul blanquecino ^a	4,2	Bordes definidos festoneados	4,2
Vasos polimorfos ^a	25	Pigmentación marrón oscuro	8,3
Manchas/glóbulos ^a	8,3	Estructuras hiperqueratósicas	29,1
Manchas blancas brillantes ^a	4,2	Color amarillento	8,3
		Estructura vascular	29,1
		Límites bien definidos	50
		Hemorragia focal	8,3
		Líneas finas pigmentadas en una geometría coral	4,2
		Estructura tipo red	41,7
		Estructura tipo glóbulo	4,2

^a Criterios adicionales no incluidos en el algoritmo en 2 pasos, pero encontrados en nuestro estudio.

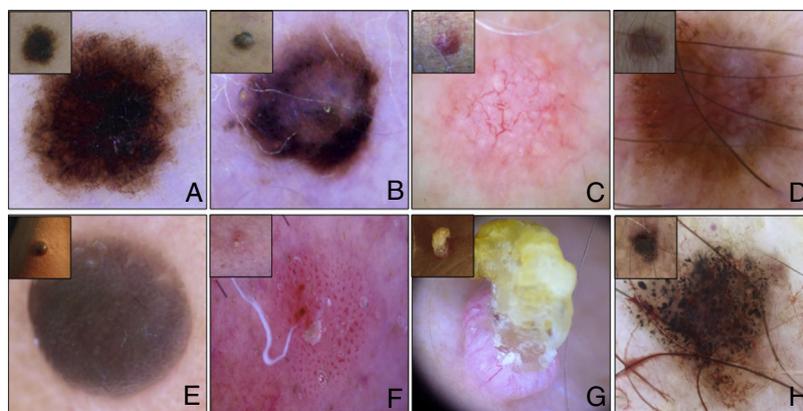


Figura 1 Composición de los 8 patrones principales descritos en nuestro estudio: A) patrón reticular (27 QS; 37,5%); B) patrón no específico (15 QS; 20,9%); C) patrón vascular (9 QS; 12,5%); D) patrón multicomponente (3 QS; 4,2%); E) patrón tipo azul homogéneo (6 QS; 8,3%); F) patrón bowenoide (3 QS; 4,2%); G) patrón hiperqueratósico (6 QS; 8,3%), y H) patrón liquenoide (3 QS; 4,2%).

2 pasos otros criterios adicionales, aunque en nuestro estudio identificamos velo azul blanquecino (en 3 QS; 4,2%), vasos polimorfos (18 QS; 25%), manchas/glóbulos (6 QS; 8,3%) y líneas blancas brillantes (3 lesiones; 4,2%).

Se describieron 8 patrones principales (fig. 1): A) patrón reticular (27 QS; 37,5%): caracterizado por líneas rectas dispuestas de tal forma que se cruzan entre ellas en ángulo recto, con una distribución en intervalos regulares que da lugar a una estructura en forma de red; en las QS de tipo reticulado, porciones delgadas de células tumorales basaloideas se extienden desde la epidermis a la dermis creando una arquitectura reticular; B) patrón no específico (15 QS; 20,9%): en él no se identifican estructuras dermatoscópicas concretas; C) patrón vascular (9 QS; 12,5%): en él encontramos estructuras vasculares en vez de líneas pigmentadas; D) patrón multicomponente (3 QS; 4,2%): en esta tipología se pueden distinguir 2 o más patrones; E) patrón tipo azul homogéneo (6 QS; 8,3%): coloración azul distribuida uniformemente, o bien localizada en algunas áreas, y que se caracteriza anatomopatológicamente por un mayor número de melanocitos grandes, dendríticos y ricos en melanina por todo el tumor, con hiperqueratosis y papilomatosis de la epidermis; F) patrón bowenoide (3 QS; 4,2%): con vasos glomerulares, vasos punteados o una combinación de ambos; G) patrón hiperqueratósico (6 QS; 8,3%): formado principalmente por escamas (estructura tipo mica) o por zonas hiperqueratósicas, normalmente en posición centrada; en la QS tipo hiperqueratósica tanto la hiperqueratosis como la papilomatosis son notables, y H) patrón liquenoide (3 QS; 4,2%): con gránulos gruesos de color gris parduzco, gris azulado o gris blanquecino, generalizados en toda la lesión; en algunos casos también se encuentran áreas de regresión; histológicamente se caracteriza por una reacción de tipo liquenoide, es decir, por un infiltrado inflamatorio en banda que se extiende desde la dermis superior hasta la basal, con degeneración de los queratinocitos e incontinencia pigmentaria (ver la correlación entre la imagen dermatoscópica general y sus características histopatológicas en la tabla 2).

Discusión

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las características/patrones generales dermatoscópicos en una colección de QS atípicas con la intención de simplificar su diagnóstico. Las características más prevalentes en nuestro estudio son los bordes bien definidos (50,0%) y la estructura tipo red (41,7%) (tabla 1). Estos resultados están en consonancia con los de otros estudios publicados sobre el tema. En nuestra opinión, resulta demasiado simple y peligroso reducir el diagnóstico de la QS atípica a la nitidez de sus bordes, característica esta no exclusiva de las lesiones benignas. Lo mismo sucede con las estructuras tipo red: no podrían ser consideradas como un hallazgo fiable, pues frecuentemente resulta difícil establecer límites entre una estructura tipo red y una red verdadera típica de las lesiones melanocíticas.

Nuestros resultados son coherentes con los estudios realizados con anterioridad en los que se incidía en la variabilidad dermatoscópica de la QS. El 66,7% de las QS fueron extirpadas para descartar el melanoma. Esto se debe al hecho de que 57 de las 72 lesiones valoradas con el algoritmo en 2 pasos mostraron criterios dermatoscópicos típicos de lesión melanocítica.

Al comparar nuestros datos con los del estudio prospectivo de Lin et al. identificamos varias diferencias, como, por ejemplo: a) tapones foliculares: 16,6 vs. 39,2%; b) fisuras/crestas: 12,5 vs. 59,8%, y c) estructura tipo red: 41,7 vs. 2,0%, respectivamente. Estas discrepancias se deben probablemente a que nuestra población fue sobreesleccionada, no extirpándose las QS típicas⁶.

Los criterios adicionales que encontramos en nuestra población fueron: velo azul-blanquecino en 3 QS (4,2%), vasos polimorfos en 18 QS (25%), manchas/glóbulos en 6 QS (8,3%) y líneas blanco brillantes en 3 lesiones (4,2%).

Se describen 8 patrones principales dermatoscópicos generales. De todos ellos, el más representado fue el patrón reticular (37,5%), seguido por el patrón inespecífico

Tabla 2 Tabla en la que se resume la correlación entre los hallazgos dermatoscópicos y las características histopatológicas

Patrón general	Correlación histopatológica
Patrón reticular	Características anatomopatológicas: porciones delgadas de células tumorales basaloides que se extienden desde la epidermis a la dermis creando una arquitectura reticular
Patrón no específico	Características anatomopatológicas: porciones delgadas de células tumorales basaloides que se extienden desde la epidermis a la dermis creando una arquitectura reticular. En un tercio de todas las queratosis seborreicas, sin patrón específico, se detectaron espirales de epitelio escamoso (remolinos escamosos). Dos lesiones que mostraron este patrón exhibieron nidos escamosos irregulares y cordones de células que se extienden en un estroma desmoplásico (la variante desmoplásica de la queratosis seborreica)
Patrón vascular	Características anatomopatológicas: acantosis con un componente vascular aumentado
Patrón tipo azul homogéneo	Características anatomopatológicas: aumento de los melanocitos grandes, dendríticos y ricos en melanina por todo el tumor, con hiperqueratosis y papilomatosis de la epidermis
Patrón bowenoide	Características anatomopatológicas: acantosis con vasos dilatados y melanófagos que solo se observan en la dermis papilar
Patrón hiperqueratósico	Características anatomopatológicas: hiperqueratosis y papilomatosis de la epidermis
Patrón liquenoide	Características anatomopatológicas: reacción liquenoide, es decir, infiltrado inflamatorio en banda que se extiende desde la dermis superior hasta la basal, con degeneración de los queratinocitos e incontinencia pigmentaria
Patrón multicomponente	Características anatomopatológicas: combinación de 2 o más de las características vistas más arriba

(20,8%), el patrón vascular (12,5%), el patrón hiperqueratósico (8,3%), el patrón tipo azul homogéneo (8,3%), el patrón liquenoide (4,2%), el patrón multicomponente (4,2%) y el patrón bowenoide (4,2%). Estos hallazgos coinciden con el artículo de Squillace et al.. En este estudio retrospectivo se definieron 10 patrones dermatoscópicos generales repetitivos, comparables a los nuestros con excepción del «patrón tipo queratoacantoma», el «patrón clonal» y el «patrón spitzoide», este último también descrito por Minagawa et al.^{7,8}. Por otro lado, describimos 2 patrones que no han sido descritos por estos autores: el llamado «patrón no-específico» (20,9% de todas las lesiones analizadas) y el «patrón vascular» (12,5% de todas las lesiones). Dichos patrones se suelen describir en las lesiones melanocíticas y, por tanto, no son válidos para alcanzar un diagnóstico definitivo de QS, lo que aconseja la extirpación quirúrgica de la lesión. Por último, a pesar de estos hallazgos, no hemos encontrado ninguna característica específica o patrón general estadísticamente significativo para el diagnóstico de las QS complejas.

Conforme con el algoritmo en 2 pasos y el sistema de puntuación dermatoscópica para las lesiones melanocíticas y no melanocíticas, todas las QS con uno o más hallazgos dermatoscópicos típicos de lesión melanocítica deberían ser extirpadas quirúrgicamente para descartar melanoma clásico o melanoma simulando una queratosis seborreica^{9,10}. Este último en concreto constituye la forma más peligrosa en la evaluación de las QS con aspecto no convincente.

En cuanto a la localización de las 72 QS analizadas, como hemos dicho antes, 23 (32%) se ubicaron en los brazos, 8 (11,1%) en los hombros, 14 (19,4%) en la cara, 11 (15,2%) en el abdomen, 8 (11,1%) en el pecho y 8 (11,1%) en las piernas. No se encontraron diferencias entre nuestros datos y los de estudios semejantes^{7,8}. Con excepción de las piernas, en las que los patrones generales más frecuentes fueron 3 (específico, vascular y reticular, seguidos por el hiperqueratósico y el liquenoide), las demás zonas se caracterizaron

por una mayor expresión del patrón reticular: 35% de todas las lesiones de los brazos, 50% de las de la cara, 36,3% de las del abdomen, 37,5% de las de los hombros y 37,5% de las del pecho.

Conclusión

Debido a la elevada prevalencia de las QS en la población general, los dermatólogos se han de enfrentar frecuentemente al diagnóstico de este tumor benigno. En la mayoría de las ocasiones, la dermatoscopia nos permite alcanzar un diagnóstico rápido y fiable. A pesar de todo, sigue siendo obligatorio realizar una biopsia en aquellos casos en los que las características dermatoscópicas sean poco claras y no puedan diferenciarse claramente de las neoplasias malignas comunes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Jackson J, Alexis A, Berman B, Berson D, Taylor S, Weiss J. Current understanding of seborrheic keratosis: Prevalence, etiology, clinical presentation, diagnosis, and management. *J Drugs Dermatol*. 2015;14:1119–41125.
- Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee P. *McKee's pathology of the skin*. 4th ed. Edinburgh: Elsevier/Saunders; 2017. p. 1079–85.
- Argenziano G, Soyer H, 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;48:679–93, <http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2003.281>.
- Braun RP, Rabinovitz HS, Krischer J, Kreusch J, Oliviero M, Naldi L, et al. Dermoscopy of pigmented seborrheic keratosis. *Arch Dermatol*. 2002;138:1556–60, <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.138.12.1556>.

5. Malvehy J, Puig S, Argenziano G, Marghoob A, Soyer H. Dermoscopy report: Proposal for standardization. Results of a consensus meeting of the International Dermoscopy Society. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57:84–95, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2006.02.051>.
6. Lin J, Han S, Cui L, Song Z, Gao M, Yang G, et al. Evaluation of dermoscopic algorithm for seborrheic keratosis: A prospective study in 412 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;28:957–62, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12241>.
7. Squillace L, Cappello M, Longo C, Moscarella E, Alfano R, Argenziano G. Unusual dermoscopic patterns of seborrheic keratosis. *Dermatology*. 2016;232:198–202, <http://dx.doi.org/10.1159/000442439>.
8. Minagawa A, Tanaka M, Koga H, Okuyama R. Pigmented seborrheic keratosis showing starburst pattern. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75:e11–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.12.048>.
9. Izikson L, Sober AJ, Mihm MC Jr, Zembowicz A. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratosis: Analysis of 9204 cases. *Arch Dermatol*. 2002;138:1562–6, <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.138.12.1562>.
10. Carrera C, Segura S, Aguilera P, Scalvenzi M, Longo C, Barreiro A, et al. Dermoscopic clues for diagnosing melanomas that resemble seborrheic keratosis. *JAMA Dermatol*. 2017;153:544–51, <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.0129>.