

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Uso de la luz de Wood para la delimitación de márgenes quirúrgicos en el lentigo maligno y el lentigo maligno melanoma



Wood's Lamp for Delineating Surgical Margins in Lentigo Maligna and Lentigo Maligna Melanoma

Sr. Director:

El lentigo maligno (LM) es un melanoma *in situ* cuyo tratamiento de elección es la escisión quirúrgica mediante cirugía de Mohs, permitiendo ahorrar piel sana y garantizando la ausencia de afectación de márgenes quirúrgicos¹. Definir el margen clínico del LM y el lentigo maligno melanoma (LMM) mediante la exploración clínica y dermatoscópica puede ser un reto a la hora de planear una escisión quirúrgica. Se presentan 3 casos de LM y LMM donde el uso de la luz de Wood ayudó a delimitar mejor estas lesiones antes de la cirugía.

Caso 1

Una mujer de 72 años fue valorada por una lesión pigmentada en el ala nasal izquierda de años de evolución y crecimiento progresivo (fig. 1). Se realizó biopsia incisional, siendo esta confirmatoria de LM. Se decidió realizar exéresis mediante cirugía micrográfica de Mohs con cierre diferido. Para la delimitación de la lesión se utilizó la luz de Wood, que mostró una zona pigmentada no visible clínicamente. Las medidas finales de la pieza fueron de 25 × 18 mm. El diagnóstico fue de LMM de 0,8 mm de espesor de Breslow que respetó márgenes de resección.

Caso 2

Un varón de 57 años presentó una lesión pigmentada heterogénea de unos 2 cm en el surco nasogeniano izquierdo de crecimiento progresivo (fig. 2). Se realizó una biopsia incisional que fue confirmatoria de LM. El paciente fue intervenido

mediante cirugía de Mohs con cierre diferido previa delimitación de la lesión con luz de Wood. Las medidas finales fueron de 4,5 × 3 cm. El diagnóstico fue de LM con margen respetado.

Caso 3

Un varón de 72 años consultó por una lesión pigmentada en el cuero cabelludo de unos 7 años de evolución que le había sangrado y cambiado de forma y color (fig. 3). Ante la sospecha de malignidad se realizaron varias biopsias incisionales, siendo todas ellas confirmatorias de LMM. La luz de Wood permitió una correcta delimitación de la lesión previamente a la cirugía, obteniéndose unas medidas finales de 3,5 × 4,5 cm. El paciente fue intervenido mediante cirugía de Mohs con cierre diferido, siendo el diagnóstico final de LMM de 3 mm de espesor de Breslow con margen libre.

Discusión

El tratamiento quirúrgico del LM y el LMM supone un reto terapéutico debido a que los márgenes microscópicos frecuentemente están afectados o no cumplen el margen de seguridad recomendado^{2,3}. La evaluación de márgenes previa a la cirugía del LM/LMM puede ser compleja debido a una mala delimitación de la lesión o a la ausencia de pigmentación clínica evidente en algunas zonas, siendo de utilidad el uso de técnicas que faciliten una correcta delimitación de los márgenes quirúrgicos.

La luz de Wood es una herramienta útil y poco conocida para la delimitación de los márgenes de un LM o LMM, ya que puede evidenciar zonas de pigmento no visibles a simple vista o con luz normal^{4,5}. La luz de Wood pone en evidencia áreas de mayor concentración de melanina, apareciendo estas más oscuras en comparación con la piel sana. Por el contrario, la luz visible puede ser insuficiente para detectar la presencia de melanina, debido a su tendencia a absorber radiación en el espectro electromagnético (350-1.200 nm), sobre todo en frecuencias de onda corta⁶.

Otra técnica que ha demostrado ser de utilidad en la delimitación de lesiones pigmentadas previa a la cirugía es la microscopia confocal de reflectancia. No obstante, su alto

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.06.011>

0001-7310/© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

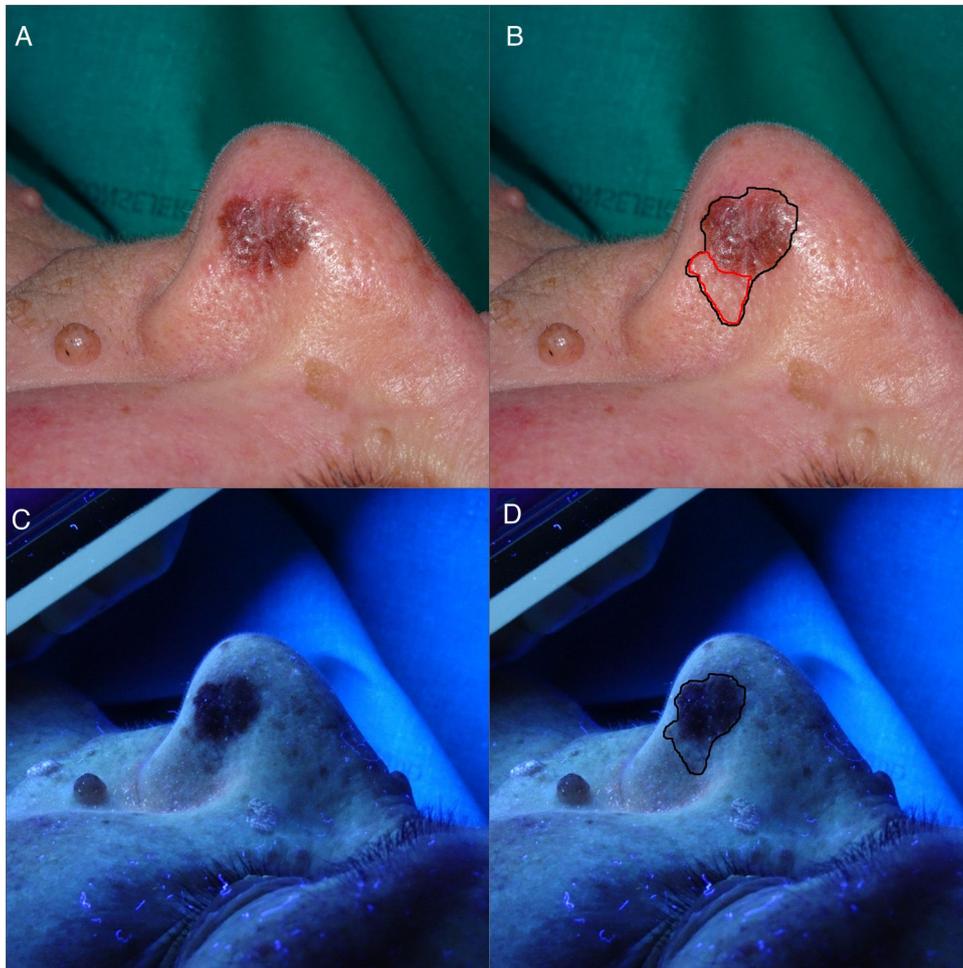


Figura 1 a y b. Imágenes clínicas de LMM en ala nasal izquierda. Mácula parduzca de 10 × 10 mm con presencia de pseudorretículo pigmentado grueso. En color rojo, área pigmentada no visible clínicamente. c y d. Tras iluminación con luz de Wood se aprecia área pigmentada no visible de forma clínica. En color negro, margen quirúrgico definitivo de 25 × 18 mm.

coste, la curva de aprendizaje necesaria previa a su utilización y la no disponibilidad en todos los centros la hace menos accesible que la luz de Wood en la mayoría de los casos⁷.

En nuestra serie, se realizó en primer lugar una exploración clínica y dermatoscópica de la lesión pigmentada, así como una exploración posterior mediante el uso de luz de Wood. El borde determinado por exploración clínica y dermatoscópica fue inferior al considerado tras el uso de la luz de Wood en todos los casos. Aunque no hemos evaluado la diferencia de áreas, y con las limitaciones propias de una serie corta, todos nuestros pacientes requirieron un

único pase de cirugía de Mohs con cierre diferido. En una serie reciente de LM tratados con Mohs diferido en la que la delimitación de las lesiones se hizo de forma clínica, los pacientes requirieron entre uno y 4 pases para obtener un margen quirúrgico libre de tumor⁸. Además, en nuestros pacientes se confirmó histológicamente que las zonas puestas en evidencia mediante el uso de luz de Wood tenían LM o LMM.

Se propone el uso de la luz de Wood para la evaluación de los márgenes quirúrgicos de LM y LMM, siendo esta una herramienta sencilla y accesible antes de la realización de la cirugía en estos pacientes.

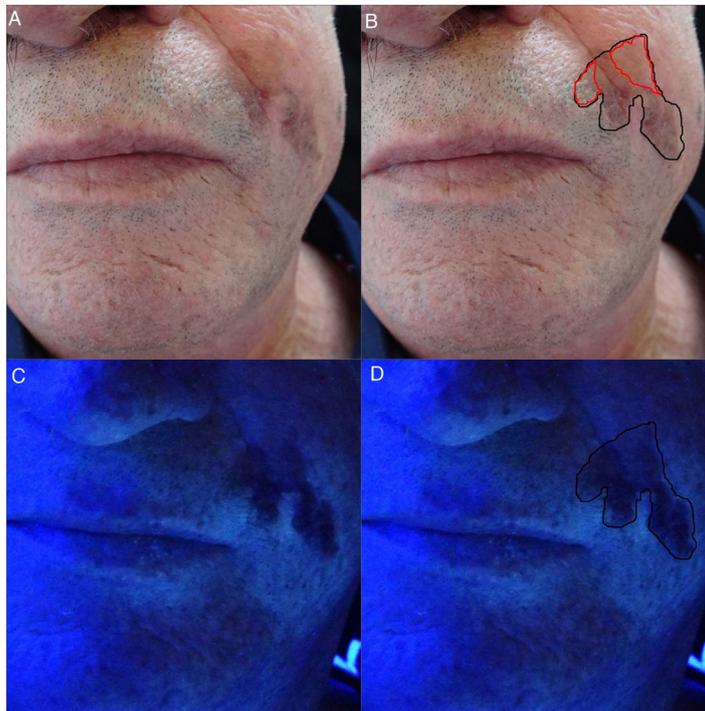


Figura 2 a y b. Imágenes clínicas de LM en surco nasogeniano izquierdo. Mácula hiperpigmentada mal delimitada de unos 2 cm. En color rojo, área pigmentada no visible clínicamente. c y d. Tras iluminación con luz de Wood se aprecia área pigmentada no visible de forma clínica. En color negro, margen quirúrgico definitivo de 45 × 30 mm.

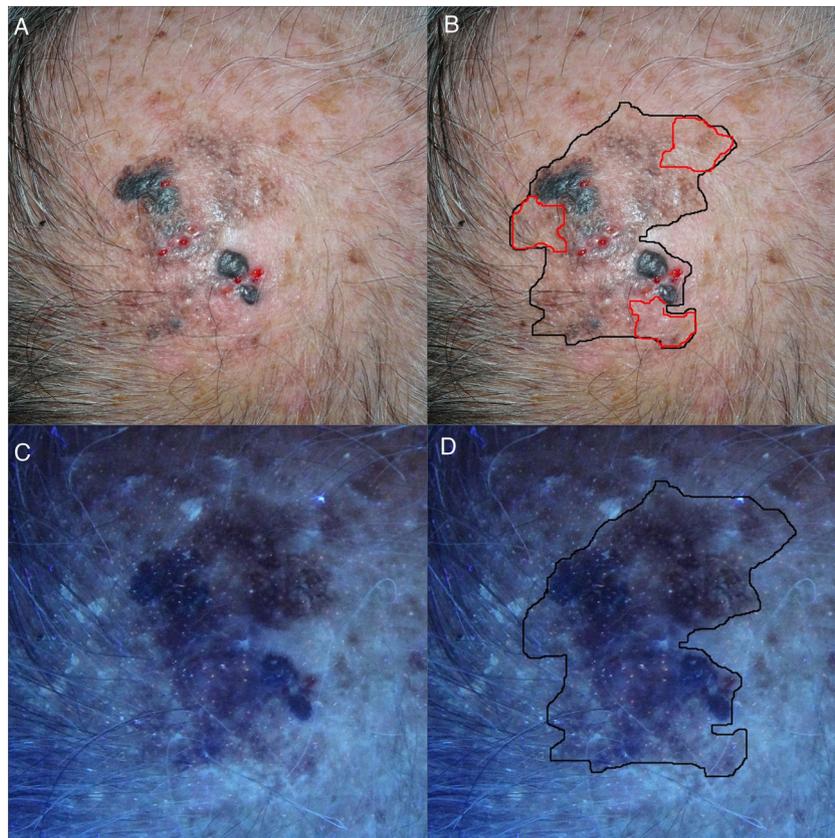


Figura 3 a y b. Imágenes clínicas de LMM en ápex craneal. Mancha hiperpigmentada heterogénea con zonas nodulares, mal delimitada en ápex craneal, de unos 3 cm. En color rojo, área pigmentada no visible clínicamente. c y d. Tras iluminación con luz de Wood se aprecia área pigmentada no visible previamente. Referenciado en color negro el margen quirúrgico definitivo de 45 × 35 mm.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kasprzak JM, Xu YG. Diagnosis and management of lentigo maligna: A review. *Drugs Context*. 2015;4:212281, <http://dx.doi.org/10.7573/dic.212281>.
 2. Kunishige JH, Doan L, Brodland DG, Zitelli JA. 9-mm surgical margin required for both LM and MIS as diagnosed in real-world community practice. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81:e117–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.06.034>.
 3. Kunishige JH, Doan L, Brodland DG, Zitelli JA. Comparison of surgical margins for lentigo maligna versus melanoma in situ. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81:204–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.01.051>.
 4. Atwan AA, Ziaj S, Mills CM. Defining surgical margins with Wood lamp. *Dermatol Pract Concept*. 2019;10, <http://dx.doi.org/10.5826/dpc.1001a18>, e2020018.
 5. Walsh SB, Varma R, Raimer D, Keane JC, Cantor A, Theos A. Utility of Wood's light in margin determination of melanoma in situ after excisional biopsy. *Dermatol Surg*. 2015;41:572–8, <http://dx.doi.org/10.1097/DSS.0000000000000345>.
 6. Paraskevas LR, Halpern AC, Marghoob AA. Utility of the Wood's light: Five cases from a pigmented lesion clinic. *Br J Dermatol*. 2005;152:1039–44, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06346.x>.
 7. Farnetani F, Manfredini M, Chester J, Ciardo S, Gonzalez S, Pellacani G. Reflectance confocal microscopy in the diagnosis of pigmented macules of the face: Differential diagnosis and margin definition. *Photochem Photobiol Sci*. 2019;18:963–9, <http://dx.doi.org/10.1039/c8pp00525g>.
 8. Hilari H, Llorca D, Traves V, Villanueva A, Serra-Guillén C, Requena CT. Tratamiento quirúrgico del lentigo maligno: cirugía convencional vs. Mohs diferida. Estudio retrospectivo de 62 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:614–23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.009>.
- I. Navarro-Navarro*, A. Ortiz-Prieto, I. Villegas-Romero, S. Valenzuela-Ubiña y M. Linares-Barrios
- Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España*
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: irenen.navarro@gmail.com
 (I. Navarro-Navarro).