

NEVOS Y MELANOMAS

32 PATRÓN RETICULADO NEGATIVO EN UNA LESIÓN PIGMENTADA EN CRECIMIENTO: ¿NEVO O MELANOMA?

M. Sigüenza, A. Pizarro**, M. Mayor, T. Lázaro, I. Burón, S. Aso*, M. Casado

Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital La Paz. Madrid. ** Instituto Madrileño de Oncología. Madrid.

Introducción: Entre las estrategias propuestas para seleccionar las lesiones a extirpar en un paciente con múltiples nevos atípicos se encuentran la utilización de controles fotográficos de toda la superficie corporal y el uso de la dermatoscopia. El patrón reticulado negativo es un signo dermatoscópico infrecuente y controvertido. Existe consenso en admitir su presencia en algunos nevos de Spitz. Sin embargo, algunos autores lo consideran un signo muy específico de melanoma (Menzies y cols., 1996), mientras otros han defendido su ausencia en el melanoma (Steiner y cols., 1992; Pehamberger y cols., 1993).

Caso clínico: Mujer de 17 años en la que se detectó una lesión pigmentada ligeramente irregular y discrómica con crecimiento focal. La dermatoscopia mostró en ese foco una notable asimetría estructural en un eje, una pequeña zona azulada central y un llamativo retículo pigmentado negativo en la zona por donde la lesión había crecido. Se consideró conveniente descartar un melanoma incipiente. La histología mostró la presencia de dos nevos compuestos adyacentes. El foco de crecimiento correspondía al nevo con componente juntural más prominente. Esta lesión presentaba desorden arquitectural sin atipia citológica. Se observaron algunos melanófagos.

Comentario: Si consideramos el patrón reticulado negativo como un signo muy específico de melanoma (Menzies y cols., 1996) nuestro caso ilustra un ejemplo de falso positivo y sugiere que algunos nevos junturales y compuestos en crecimiento, con desorden arquitectural, pueden mostrar esta inquietante imagen. Nosotros hemos observado también este signo en algunos melanomas, en línea con lo descrito por Menzies y cols. (1996) y en contra de lo defendido por otros autores (Steiner y cols., 1992; Pehamberger y cols., 1993). Por este motivo creemos justificada la extirpación de una lesión pigmentada que presente este signo, especialmente si se acompaña de cambios clínicos.

33 CONSENSUS NET MEETING ON DERMOSCOPY. RESULTADOS PRELIMINARES

S. Puig*, J. Malvehy*, H. P. Soyer, G. Argenziano, S. Chimenti, S. W. Menzies, H. Pehamberger, H. S. Rabinovitz, W. Stolz, A. W. Kofp, CNMD board

* Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: La dermatoscopia (microscopia de epiluminiscencia, dermatoscopia o microscopia de superficie) es una técnica de amplia utilización en el diagnóstico de las lesiones pigmentadas. A pesar de ser cada vez más utilizada, todavía es necesaria una mejor estandarización de la terminología dermoscópica que no ha sido revisada desde 1991 (en el único *Consensus Meeting on Dermoscopy*). Con este nuevo *Consensus Meeting* se pretendía definir mejor la terminología dermoscópica y simplificar el diagnóstico de las lesiones pigmentadas por categorías. Dado que en la actualidad las imágenes dermoscópicas pueden ser fácilmente transmitidas a través de la red, se organizó un *Consensus Meeting* virtual vía Internet al que denominamos *Consensus Net Meeting on Dermoscopy* (CNMD).

El objetivo principal era el de validar el procedimiento en dos etapas (*two-step*) para la clasificación de las lesiones pigmentadas cutáneas. Otros objetivos adicionales eran: 1) alcanzar un consenso en la terminología utilizada para los criterios dermoscópicos previamente descritos o de nueva creación; 2) evaluar el consenso en el manejo de decisiones basadas en la evaluación dermoscópica; 3) evaluar el consenso en las estrategias de seguimiento incluyendo la documentación digital, y 4) validar la teledermatología.

Material y métodos: Cuarenta dermatólogos expertos en dermatoscopia de distintos países (23 europeos, seis americanos y 11 de los otros continentes) evaluaron vía Internet 128 lesiones pigmentadas de diagnóstico histopatológico inequívoco (tras ser evaluado por seis dermatopatólogos distintos). Estas lesiones fueron adjudicadas de forma randomizada en un grupo de 20 lesiones de entrenamiento (*training set*) y 108 lesiones problema (*test set*). Veinte lesiones fueron evaluadas en dos ocasiones para estudiar la concordancia intraobservador. De cada lesión se evaluaba: 1) algoritmos diagnósticos para diferenciar lesiones melanocíticas de no melanocíticas; 2) criterios de diagnóstico de lesiones melanocíticas según el análisis de patrones; 3) criterios para evaluar el ABCD; 4) criterios para evaluar la lista de los siete puntos; 5) criterios para el algoritmo de Menzies, y 6) diagnóstico final, recomendaciones de manejo y comentarios.

Resultados y conclusiones: Existe una correcta concordancia interobservadores en la mayoría de los parámetros de dermatoscopia. Deben redefinirse aquellos parámetros con poco acuerdo (azul gris en vidrio esmerilado, acúmulos de pigmento y despigmentación). El análisis en dos etapas permite clasificar correctamente la mayoría de lesiones (> 90%). Se obtuvo una buena eficacia diagnóstica (90,8%) para el melanoma. La sensibilidad y especificidad alcanzada por los distintos métodos diagnósticos es similar aunque superior para el análisis de patrones. La teledermatoscopia ha resultado útil para la realización de un estudio de consenso en dermatoscopia.

34 BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA (1998-2001)

P. Sánchez-Pedreño, J. Martínez Escribano, F. Frías, F. Nicolás*, A. Piñero**, J. L. Navarro, J. M. Rodríguez

Servicios de Dermatología, * Medicina Nuclear y ** Cirugía General. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

La biopsia selectiva del ganglio centinela es una técnica quirúrgica conservadora que permite conocer el estado de los ganglios linfáticos en pacientes afectados de melanoma y así evitar linfadenectomías innecesarias. Este procedimiento se ha considerado básico en el tratamiento del melanoma por la OMS.

Presentamos los resultados de la biopsia selectiva del ganglio centinela en 74 pacientes diagnosticados de melanoma intervenidos en el período comprendido entre abril de 1998 y febrero de 2001. En todos se realizó linfogammagrafía preoperatoria con ⁹⁹Tc nanocoloide (Lymphoscint) para la detección con sonda del ganglio centinela y estudio anatomopatológico posterior (hematoxilina-eosina, HMB-45 y S-100).

Se relacionan los siguientes parámetros: edad, sexo, localización en la lesión, tipo histológico, Breslow, estadio TNM, número de drenajes linfáticos por lesión, número de ganglios centinela por drenaje, número de ganglios localizados en la intervención, seguimiento, morbilidad, mortalidad y recidivas.

35 MELANOMA FOLICULOTROPO

J. Segura, J. Soler, S. Puig, J. Malvey, J. Palou, T. Castel
Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Acudió a nuestra consulta un paciente varón de 35 años, con antecedentes familiares de melanoma maligno, por la aparición en los últimos meses de una lesión pigmentada en el centro de la espalda.

Se trataba de una lesión marrón negruzca de contorno regular, algo sobreelevada, con tapones córneos a la inspección detallada.

Mediante epiluminiscencia digital computerizada se apreció una lesión pigmentada, melanocítica (patrón reticulado, puntos y glóbulos) asimétrica en dos ejes, policroma (presencia de color marrón claro, oscuro, negro y azul gris) y en la que destacaba la presencia de unas imágenes ovoides negro-marrón oscuro, con aspecto de tapones córneos, rodeados de azul gris en vidrio esmerilado.

Por todo ello se decide la extirpación completa de la lesión bajo la sospecha diagnóstica de melanoma.

La anatomía patológica reveló un melanoma de extensión superficial Clark II B 0,6 mm formado por células epiteloides que afectaban exclusivamente a los folículos pilosos respetando los espacios interfoliculares. Se apreciaban además tapones córneos foliculares de gran tamaño en toda la extensión de la lesión tumoral.

El principal diagnóstico diferencial de este caso se plantea con la queratosis seborreica.

En la revisión realizada de la literatura al respecto existen referencias a la variedad clínicohistológica de melanoma seborreica-like. Sin embargo, no hemos encontrado ninguna referencia a la afectación exclusivamente folicular del melanoma.

Comentario: Se trata de una variedad clinicodermatocópicohistológica de melanoma no descrita previamente y que aparte de poder ser considerada una curiosidad, plantea un difícil diagnóstico diferencial clínico con las queratosis seborreicas.

36 PRONÓSTICO DEL MELANOMA MALIGNO PRIMARIO E INMUNOHISTOQUIMIA

J. Soler-Carrillo, J. Palou, S. Puig, R. Vilella*, T. Castel

Unidad de Melanoma. Servicios de Dermatología
e *Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: Establecer el pronóstico de un melanoma maligno primario (MM) es de gran importancia, ya que de éste dependen tanto la terapia complementaria como el seguimiento del paciente. Para ello se han empleado clásicamente los índices histológicos (Clark, Breslow, tipo histológico, ulceración, índice mitótico, vascularización, infiltrado inflamatorio, etc.), clínicos (localización, edad, sexo, etc.) e incluso datos postquirúrgicos complementarios (vaciado ganglionar, ganglio centinela). Más recientemente nuestro grupo de investigación ha establecido la validez de los índices genéticos y está investigando desde hace 4 años en los índices inmunohistoquímicos, más económicos, fáciles de realizar y al alcance de cualquier laboratorio de anatomía patológica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en 123 MM de los que disponemos de pieza en parafina y seguimiento clínico de más de 8 años. Se estudiaron varios anticuerpos con papel biológico demostrado en la oncogénesis y progresión del MM. Se seleccionaron los anticuerpos contra las proteínas p16 y CD26 por demostrar un papel en la valoración pronóstica preliminar.

Resultados: La valoración conjunta de p16 y CD26 en los 123 MM permitió establecer subgrupos de pronóstico estadísticamente diferente, independientes del grosor y de otros aspectos del tumor:

CD26+ y p16+	1 M1/50	2%
CD26- o p16-	11 M1/37	29%
CD26- y p16-	26 M1/36	72%

Conclusiones: Dados los resultados obtenidos y teniendo en cuenta que la valoración inmunohistoquímica del pronóstico del MM es barata y fácil de realizar en cualquier laboratorio de anatomía patológica, proponemos su extensión a todos los MM tal y como realiza nuestro grupo desde hace 3 años.

37 MELANOMA EN LA PIERNA DE LARGA EVOLUCIÓN: CERCLAJE DEL TUMOR Y SUS LETALIDES POR EL ELÁSTICO DE LA MEDIA

G. Tomás, F. Valcuende, C. Andrés

Unidad de Dermatología. Hospital de la Plana.
Villarreal (Castellón).

Paciente de 85 años de edad consultó en Dermatología hace 1 año por lesiones cutáneas en la pierna izquierda de varios años (8-10) de evolución, siendo imposible precisar cuándo comenzó el proceso y su localización primitiva. La paciente es remitida cuando la sintomatología local de los tumores dificulta el calzado y la colocación de la media.

Exploración: Lesiones nodulares negro azuladas, de 0,5 a 2 cm de diámetro, que sin llegar a confluír, ocupan toda la superficie cutánea de la pierna izquierda, llegando hasta nivel suprarrotuliano. Están limitadas en su parte superior por la compresión de la liga elástica de la media. En la parte posterior de la pierna, a nivel gemelos y tendón de Aquiles, existen tumores exofíticos, ulcerados y sangrantes. No existían adenopatías inguinales ni en otras cadenas.

Consultó en febrero de 2001 por tumor pediculado ulcerado en área maleolar externa y varios tumores confluyentes ulcerados y sangrantes. En este momento ya presentaba adenopatías inguinales pequeñas y rodaderas. Nos refería que le habían realizado radiografías de tórax y TAC con resultado negativo. La delimitación de las lesiones seguía estando a nivel suprarrotuliano y suprapopliteo y la paciente mantenía un estado general aceptable para su edad. Sólo se realizó exéresis paliativa de las lesiones exofíticas y ulceradas.

La histología confirmó del diagnóstico de metástasis subepidérmicas de melanoma.

Nos sorprende encontrar en el siglo XXI pacientes con patología cutánea tan avanzada como nuestro caso.

38 AFASIA PARCIAL MOTORA Y CEFALEA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MELANOMA METASTÁSICO

P. Zaballos, A. L. Morales, F. Comuñas, E. Filipovich,
S. Ramón y Cajal, M. P. Grasa, F. J. Carapeto

Hospital Clínic Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: Se calcula que cada año se producen en el mundo 92.000 nuevos casos de melanoma, una neoplasia ma-

ligna de los melanocitos que se caracteriza por su gran tendencia a metastatizar. Presentamos un caso en que la metástasis cerebral fue la forma de presentación de un melanoma maligno.

Caso clínico: Paciente de 34 años, sin antecedentes de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de astenia, cefalea y afasia motora parcial de 15 días de evolución que se había acentuado en las últimas 48 horas. Se le realizó un TAC cerebral que evidenció un proceso expansivo frontal izquierdo de varios centímetros, por lo que el paciente ingresó en el Servicio de Neurocirugía. El paciente fue intervenido para realizar una tumorectomía mediante una craneotomía frontal izquierda, donde se le extrajo una pieza tumoral de 5 × 4 cm, diagnosticada histológicamente de metástasis cerebral de melanoma amelanótico. Se mandó una interconsulta al Departamento de Dermatología, donde tan sólo apreciamos en la exploración cutánea una pequeña pápula costrosa sangrante de 0,5 cm en antebrazo derecho que el paciente refería desde hace unos 10 meses pero que había ignorado. Se le realizó una biopsia excisional que evidenció un melanoma maligno primario que alcanzaba la dermis papilar. El estudio de extensión posterior ha demostrado metástasis ganglionares, pulmonares, adrenales, hepatoesplénicas y peritoneales. A los 4 meses de la tumorectomía cerebral el paciente se encuentra estable en tratamiento con CDDP, DTIC, IL2 y IFN alfa 2b.

Conclusión: Las metástasis cerebrales de melanoma no son infrecuentes y suelen ser múltiples. Presentamos un caso de melanoma metastásico con una gran metástasis cerebral que además fue la forma de presentación del mismo.

39 MELANOMA MALIGNO ACRAL AMELANÓTICO SIMULANDO UN INTERTRIGO INTERDIGITAL DEL PIE

J. González Rupérez*, A. Moreno Carazo**

*Hospital de Viladecans. **Residència Princeps d'Espanya. Bellvitge.

Introducción: El correcto reconocimiento clínico de melanoma maligno (MM) es uno de los principales desafíos frente a los que debe situarse cualquier médico y el dermatólogo en particular. Si tenemos en cuenta que el diagnóstico precoz del MM sigue siendo en la actualidad el procedimiento más eficaz para curar o aumentar la supervivencia de quien lo padece.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 66 años de edad, hipertensa en tratamiento, que desde hacía 2 años presentaba en cuarto espacio interdigital de pie derecho una lesión excoriada, exudativa, eritematosa que había sido tratada y controlada por varios profesionales (médico general, dermatólogo y podólogo) durante este tiempo. Siendo orientada como tinea pedis, callo de roce sobreinfectado. Se le practicaron cultivos bacterianos y micóticos, siendo positivos para *Morganella morgano*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Candida tropicalis* sucesivamente. A pesar de realizar tratamientos específicos, tanto tópicos como sistémicos, el cuadro siguió un curso tórpido y recurrente.

La paciente acudió a la consulta de nuestro hospital presentando una lesión excoriada, eritematosa, exudativa e infiltrada en cuarto espacio interdigital de pie derecho. Le practiqué biopsia cutánea que confirmó la impresión clínica de melanoma maligno.

Comentario: En el presente póster mostramos una paciente con una manifestación atípica de MM acral amelanótico que simula una lesión intertriginosa del cuarto espacio interdigital del pie derecho.

El melanoma lentiginoso acral es una variante clínica que aparece en manos y pies; es el más frecuente en la raza negra. Existen formas atípicas de presentación del MM, que en realidad son variantes de las formas clásicas, pero que sus características les dotan de una personalidad propia como son los MM amelanóticos.

40 METÁSTASIS CUTÁNEA DE MELANOMA DE DISTRIBUCIÓN ZOSTERIFORME

M. Martínez, I. Ruiz, P. Sánchez, M. A. Rodríguez-Prieto, S. Delgado

Servicio de Dermatología. Hospital de León. León.

Introducción: Las metástasis cutáneas aparecen en el 10% de pacientes con cáncer. Pueden ser un signo de progresión de la enfermedad o la primera manifestación de la misma. Las metástasis pueden ser nódulos, úlceras, lesiones inflamatorias, escleróticas y ampollas. Presentamos un caso de metástasis cutáneas de melanoma con distribución zosteriforme.

Descripción del caso: Paciente de 85 años de edad que presenta múltiples tumoraciones de color negro, con distribución zosteriforme, siguiendo los dermatomas L1 y L2, del muslo derecho. Fue la primera manifestación de la enfermedad y no se encontró el tumor primitivo. El paciente mostró además metástasis linfática que afectaba a toda la extremidad derecha. Falleció al mes del diagnóstico.

Comentario: Se discuten las distintas teorías patofisiológicas de esta forma de distribución de las lesiones, así como las distintas opciones terapéuticas.

41 LOCALIZACIÓN ESPERADA Y REAL DEL GANGLIO CENTINELA EN MELANOMA CUTÁNEO: ANÁLISIS DE 100 CASOS

S. Carrasco, M. C. Bermúdez, J. Abad, S. Serrano

Servicios de Dermatología y Medicina Nuclear. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

El melanoma cutáneo produce metástasis por vía sanguínea y más frecuentemente por vía linfática. En el estadije actual de la enfermedad se incluye la biopsia del ganglio centinela que viene a sustituir, por su menor coste y baja morbilidad, a la linfadenectomía electiva en ausencia de enfermedad demostrable. Cuando realizamos una linfadenectomía electiva, al igual que otros autores, hacemos una disección del área de drenaje linfático de acuerdo con los conocimientos anatómicos establecidos. Sin embargo, desde la inclusión de la biopsia del ganglio centinela en el manejo de nuestros melanomas hemos comprobado que nuestra actitud anterior era errónea, ya que en un porcentaje importante de casos el ganglio centinela, primer ganglio de drenaje, no se encontraba en el área o zona esperada.

Presentamos los resultados de un estudio prospectivo que diseñamos hace 4 años para comprobar la relación entre la localización esperada y la real del ganglio centinela.

42 ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SÍNDROME DEL NEVUS CON ATIPIA CON MAPAS CORPORALES TOTALES Y MICROSCOPIA DE EPIILUMINISCENCIA DIGITAL

J. Malveyh, S. Puig, R. Martí, J. Palou, A. Vilalta, T. Castel, M. Lecha

Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: El diagnóstico precoz del melanoma es sin duda el punto más importante en el pronóstico de esta enfermedad. Los pacientes con síndrome del nevus con atipia presentan gran número de lesiones melanocíticas con características clínicas asociadas a malignidad. En estos casos la precisión diagnóstica puede ser insatisfactoria incluso en manos de equipos de expertos en lesiones melanocíticas (precisión diagnóstica < 65%), lo cual supone gran número de exéresis innecesarias y retraso del diagnóstico de un número significativo de melanomas. La mi-

croscopia de epiluminiscencia mejora la precisión diagnóstica en un 20-25%, especialmente en lesiones difíciles de pequeño diámetro. Sin embargo, pueden existir lesiones que en fases iniciales, incluso con estudio con microscopia de epiluminiscencia, no puedan ser identificadas. Estas lesiones podrían reconocerse a partir de la detección de cambios estructurales.

Objetivo: Estudiar la utilidad en el diagnóstico precoz del melanoma del seguimiento con mapas corporales totales y microscopia de epiluminiscencia digital en pacientes con síndrome del nevo de atipia.

Material y métodos: Se estudiaron un total de 300 pacientes con síndrome del nevo con atipia controlados en la Unidad de Melanoma del Hospital Clínic de Barcelona (noviembre de 1998-febrero de 2001) aplicando un protocolo de diagnóstico con obtención de mapas corporales totales y registro de imágenes de microscopia de epiluminiscencia. Se incluyeron un total de 2.636 lesiones con atipia sin criterios específicos de melanoma con un sistema de captura y archivo específico comercializado (MoleMax II. Derma Instruments). Se realizaron controles periódicos cada 4-6 meses de los pacientes por parte de tres observadores expertos en microscopia de epiluminiscencia y lesiones pigmentarias. El tiempo medio de seguimiento de los pacientes fue de 18,6 meses. Se extirparon todas las lesiones con signos de atipia que mostraron cambios de su diámetro significativo y/o cambios estructurales en el patrón de pigmento por microscopia de epiluminiscencia y/o aparición de novo (acuerdo de dos o más observadores).

Resultados: Se extirparon un total de 35 lesiones en 39 pacientes. Diez de las lesiones se diagnosticaron de melanoma invasor (Breslow < 0,76 mm; Clark II) o melanoma *in situ*; cinco lesiones correspondieron a lesiones melanocíticas con hiperplasia melanocítica y atipia severa; el resto de las lesiones correspondieron a nevus con atipia histológica, nevus con fibrosis o regresión, fenómeno de sutton y un caso de pseudomelanoma. Seis de los melanomas no presentaban signos dermatoscópicos ni clínicos específicos de malignidad en el momento del diagnóstico.

Conclusiones: 1) El protocolo de diagnóstico utilizado permite la detección de nuevas lesiones o de cambios significativos en las lesiones de los pacientes con síndrome del nevo con atipia. 2) Las lesiones melanocíticas con atipia se mostraron bastante estables durante el período de seguimiento de 18,6 meses. 3) La detección de los cambios descritos resulta útil para el diagnóstico precoz del melanoma.

43 DERMATOSCOPIA DE LOS NEVOS ATÍPICOS

E. Rodríguez-Rey, A. Herrera, I. de Alba, I. Sotillo, F. Camacho

Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El nuevo atípico es una entidad mal definida puesto que casi 20 años después de su descripción por Elder y Clark no hay aún criterios clínicos ni histológicos bien definidos ni existe correlación entre los rasgos clínicos e histopatológicos. La importancia del nevo atípico es que se le considera precursor y marcador de melanoma.

La dermatoscopia es una técnica no invasiva que ayuda al diagnóstico del nevo atípico.

El propósito de este estudio es determinar la correlación entre las características clínicas, dermatoscópicas e histológicas del nuevo atípico.

Material y métodos: En el último año hemos realizado estudio de elementos melanocíticos diagnosticados de nuevos atípicos. Se examinaron varios parámetros clínicos y dermatoscópicos de estas neoformaciones, realizando dermatoscopia digitalizada con aplicación de los criterios dermatoscópicos de Argenziano. Posteriormente se procedió a su exéresis y estudio histopatológico.

Comentario: Se exponen los resultados y los diversos patrones dermatoscópicos de los nevus atípicos.

44 NEVUS AZUL EN PLACA

S. Giménez, J. Marcoval, Y. Fortuño, M. Krüger, A. Moreno*, J. Peyrí

Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Introducción: El nevus azul está formado por agregados de melanocitos dérmicos. Suelen ser lesiones únicas, generalmente adquiridas. Muy raramente se distribuyen en forma de múltiples lesiones agrupadas en una área bien delimitada, normalmente no mayor de 10 cm, denominándose nevus azul en placa (*agminate blue nevus*).

Caso clínico: Paciente de 22 años que presenta, de forma congénita, una lesión pigmentada en el hombro derecho. A la exploración física se objetiva un acúmulo de máculas y pápulas azuladas, agrupadas en una área de 7 x 4 cm. En el centro de la lesión se observaban tres nódulos profundos que le habían aparecido hacia 2 años. Se le practicó una biopsia en la que se observaron melanocitos fusiformes ricos en pigmento y melanófagos en el interior de una zona fibrótica, distribuidos siguiendo la dermis adventicial del folículo piloso.

Discusión: El nevus azul en placa es poco frecuente y consiste en la agrupación de numerosas máculas y pápulas azuladas en una área circunscrita; dichas lesiones pueden aparecer sobre piel normal o bien sobre una mácula lentiginosa. Se ha descrito la aparición de nódulos dérmicos profundos de naturaleza benigna durante la evolución del nevus azul en placa, como en nuestro caso; sin embargo, dado que existe un caso de malignización, tales lesiones deben ser valoradas histológicamente.

45 NEVO DE REED: UN SIMULADOR CLÍNICO Y DERMATOSCÓPICO DE MELANOMA

M. Mayor, A. Pizarro, M. Sigüenza, I. Burón, T. E. Lázaro, M. Hervella, F. Contreras*

Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: Existen lesiones cutáneas que clínica y/o evolutivamente se comportan como auténticos simuladores de melanoma. Entre ellas destacan el nevo de Reed, el nevo de Spitz, el carcinoma basocelular pigmentado y el angioqueratoma. La dermatoscopia es una técnica complementaria de la exploración clínica que aumenta la precisión diagnóstica de los tumores cutáneos pigmentados. El conocimiento de los diferentes patrones dermatoscópicos permite en ocasiones diferenciar el melanoma de este grupo de lesiones con comportamiento clínico similar.

Presentamos un caso de un nevo de Reed cuyo diagnóstico fue sugerido por la dermatoscopia, aunque con rasgos atípicos que obligaron a descartar un melanoma.

Descripción del caso: Varón de 32 años que presentaba una lesión cutánea hipercrómica, cupuliforme, de 4 mm de diámetro, de 2 meses de evolución, que había experimentado un crecimiento progresivo, localizada en el muslo izquierdo. El estudio dermatoscópico mostró una lesión asimétrica en dos ejes, con una zona central homogénea negruzca, y una periferia irregular, que presenta en dos tercios estructuras digitiformes con disposición radial, de color negro rodeadas de un halo grisáceo, recordando a los pseudópodos. Aunque este patrón dermatoscópico podía corresponder a un nevo de Reed, la asimetría y la ausencia de estas extensiones periféricas regularmente en toda la periferia nos hizo plantearnos además el diagnóstico de melanoma nodular incipiente. Se realizó extirpación y estudio histológico, confirmando se el diagnóstico de nevo fusocelular pigmentado.

Comentario: Argenziano y cols. distinguen tres patrones dermatoscópicos básicos para el nevo de Reed (fusocelular pigmentado) y las formas pigmentadas del nevo de Spitz: 1) patrón en estallido de estrella o en llamarada; 2) patrón globular periférico, y 3) patrón atípico, con características que pueden sugerir un melanoma (asimetría, extensiones periféricas irregulares, policromía, velo azul-blanquecino).

Nuestro paciente puede encuadrarse en el primer grupo. El patrón en llamarada se caracteriza por la existencia de estructuras digitiformes distribuidas regularmente en la periferia de la lesión, las cuales muestran una gran similitud con los pseudópodos típicos del melanoma. Nuestro caso es atípico por la asimetría y la irregularidad periférica, hecho que nos hizo dudar de la sospecha diagnóstica inicial, procediéndose al estudio anatómopatológico.

La dermatoscopia es una excelente técnica diagnóstica en lesiones pigmentadas, pero nunca debe sustituir al estudio histológico en lesiones que muestren datos clínicos y/o evolutivos atípicos.

46 LÉNTIGO NEGRO RETICULADO (INK SPOT): PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

L. Carrasco, M. A. Pastor, M. J. Izquierdo, M. C. Fariña, L. Martín, L. Requena

Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid.

El léntigo negro reticulado fue descrito en 1992 por Bologna como una variante peculiar de léntigo solar que aparecía en áreas de piel fotoexpuesta y que clínicamente planteaba el diagnóstico diferencial con un melanoma *in situ* (1). Sin embargo, el estudio histopatológico de esta lesión demostró una hiperpigmentación del extremo inferior de las crestas epidérmicas, sin incremento en el número de melanocitos. Posteriormente Kadu y cols. (2) estudiaron una serie de casos de esta lesión y llegaron a la conclusión de que no se trataba de una variante de léntigo solar porque la lesión no mostraba ni la arquitectura ni la citología de un léntigo solar, y estos autores defendieron la idea de que se trataba de una entidad específica, proponiendo el nombre de mácula melanótica reticulada como la mejor denominación para esta entidad.

Presentamos tres pacientes con lesiones de mácula melanótica reticulada localizadas en zonas fotoexpuestas. El estudio histopatológico de las lesiones demostró una epidermis lentiginosa con hiperpigmentación de los extremos inferiores de sus crestas, escasa pigmentación de la epidermis recubriendo las papilas dérmicas y sin incremento llamativo del número de melanocitos. Debido al carácter lentiginoso de la epidermis nosotros creemos que la mejor denominación de esta lesión es la de léntigo negro

reticulado. En cualquier caso creemos que se trata de una entidad específica, y aunque el aspecto clínico puede plantear el diagnóstico diferencial con un pequeño melanoma *in situ*, el estudio histopatológico resuelve fácilmente este problema.

Bibliografía

1. Bologna JL. Reticulated black solar lentigo («Ink Spot» lentigo). Arch Dermatol 1992;128:934-40.
2. Kadu S, Wolf I, Soyer HP, Kerl H. Reticulated black solar lentigo (reticulated melanotic macule) is not a solar lentigo. Dermatopathol Pract Concept 1995;1:225-8.

47 NEVUS AZULES MÚLTIPLES

N. Curcó, X. Pagerols, M. García, X. Tarroch, P. Vives
Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Introducción: El nevus azul es una lesión formada por melanocitos dérmicos aberrantes. Existen dos tipos: el común y el celular de mayor tamaño y más agresivo localmente. El nevus azul común típicamente se presenta como lesión solitaria; raramente pueden ocurrir como lesiones agrupadas en áreas de menos de 10 cm y excepcionalmente de forma no agrupada y diseminada.

Presentamos tres casos de nevus azules múltiples, dos de ellos localizados en cuero cabelludo y el tercero en muslo.

Descripción de los casos:

Caso 1: Mujer de 63 años que acude por presentar desde hace aproximadamente 30 años la aparición paulatina de pápulas pigmentadas de color azulado en región frontotemporal izquierda en número de 12-15 elementos. A los 2 años de seguimiento, no lesiones nuevas.

Caso 2: Mujer de 56 años. Hace 2 años descubre de forma casual la presencia de placa en zona temporo-parietal derecha formada por máculas de color azulado. Al cabo de 1 año la lesión está estable.

Caso 3: Mujer de 21 años refiere progresiva aparición de lesiones maculopapulosas en muslo izquierdo. La primera lesión se inició hace 5 años en forma de mácula azul claro. Al cabo de 1 año aparece lesión nodular azul grisáceo de 4 mm y en los últimos 3 meses pequeñas máculas de 2 mm en «perdigonada». En total presenta 15 elementos todos ellos localizados en cara anterior de muslo izquierdo.

Todas las biopsias efectuadas mostraron un patrón de nevus azul común. En alguna lesión se observó cierta agregación alrededor de vasos sanguíneos.

Comentario: La causa de la aparición de nevus azules múltiples no ha sido aclarada. Ciertos factores: hormonal, quemaduras, trauma, pueden estimular la proliferación de melanocitos dérmicos residuales previamente no visibles.

En nuestros casos no existen desencadenantes claros.