

RÉPLICA

Sr. Director:

Cuando nos planteamos realizar la revisión de las melanocitosis dérmicas intentamos recoger de forma exhaustiva todos los casos publicados tanto a nivel nacional como internacional sobre el tema. Una vez más, al afrontar los trabajos de este tipo se producen omisiones involuntarias como el caso publicado por el doctor Miralles et al en *Actas Dermosifiliográficas* en 1994¹. Desde aquí queremos hacer pública nuestra disculpa a estos autores al no incluirlos en nuestra revisión. A su vez nos gustaría reseñar que el espíritu del trabajo era sintetizar lo más posible todas las entidades descritas como melanocitosis dérmicas y no incluir variantes clínicas dentro de una entidad concreta; no obstante, agradecemos las observaciones que ha suscitado nuestro trabajo.

También se plantea la posibilidad, ante ciertos casos de aparición brusca de melanocitosis dérmica, de solicitar determinadas pruebas para la búsqueda de neoplasias ocultas como la tomografía de emisión de positrones (TEP). Ésta parece ser una propuesta interesante aunque resulta difícil establecer hoy día qué estudios son necesarios solicitar en este grupo de melanocitosis dérmicas debido a la escasez de casos asociados con malignidad^{1, 2}. Tampoco queda recogido entre todos los trabajos que revisamos ningún protocolo de actuación ante estos pacientes. En todo caso, aun suponiendo que las melanocitosis dérmicas fuesen una entidad paraneoplásica (que en nuestra opinión parece muy poco probable), no parece razonable realizar una TEP de entrada a todos los pacientes que la padezcan. Creemos que una anamnesis y una exploración física detalladas deben ser el primer paso a realizar, quizá completado con una analítica general, una radiografía de tórax y la determinación

de sangre oculta en heces. Sólo si la sospecha de la existencia de un cáncer oculto es alta (por ejemplo, ante un síndrome general como el que presentaba el paciente en el trabajo publicado por el doctor Miralles et al¹, estaría indicado emprender estudios más complejos. Entre esos estudios posiblemente se encuentre la TEP, aunque para algunos autores este procedimiento diagnóstico tiene un rendimiento menor a la hora de detectar metástasis pulmonares o hepáticas que el escáner³. Por tanto, estamos de acuerdo con el doctor Pizarro et al en la necesidad de valorar series más amplias que demuestren una relación clara entre melanocitosis dérmicas y neoplasias ocultas. Con posterioridad se podrán determinar las pruebas complementarias que sean más rentables para el diagnóstico sin poder hoy día establecer recomendaciones estrictas salvo las que dicte el buen juicio en función de los hallazgos que aporte la historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miralles J, Pujol RM, López D, Matías-Guiu X, de Moragas JM. Melanocitosis dérmica adquirida asociada a neoplasia endocrina de páncreas. *Actas Dermosifiliogr* 1994; 85:611-6.
2. Carleton A, Biggs R. Diffuse mesodermal pigmentation with congenital cranial abnormality. *Br J Dermatol* 1948; 60:10-3.
3. Krug B, Dietlein M, Groth W, Stutzer H, Psaras T, Grossmann A, et al. Fluor-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography (FDG-PET) in malignant melanoma. Diagnostic comparison with conventional imaging methods. *Acta Radiol* 2000;41:446-52.

Fernando Valdés Tascón, Manuel Ginarte Val
y Jaime Toribio Pérez

Departamento de Dermatología.
Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.