

lismo del calcio o fosfato<sup>2</sup>. Los pacientes por lo general tienen antecedentes de una enfermedad de base, evento traumático o una dermatosis inflamatoria previa.

La mayoría de los casos de calcinosis cutánea se manifiesta de forma gradual y es asintomático; sin embargo, la historia y evolución del cuadro se basará principalmente en la etiología de la calcificación. Las manifestaciones clínicas también dependerán del proceso basal (si lo hubiese) pero, en general, aparecen múltiples pápulas, placas o nódulos blanquecinos duros, distribuidos de forma simétrica.

La morbilidad se relaciona más bien con la extensión y ubicación de la calcificación cutánea, pudiendo comprometer también articulaciones, músculos y vísceras como pulmones, riñones y tubo digestivo. Asimismo, el depósito cálcico vascular puede producir isquemia y necrosis a distancia. Es posible observar áreas de ulceración o eliminación transcutánea de un material blanquecino amarillento como tiza, así como infección secundaria.

Las medidas terapéuticas empleadas dependerán de la patología de base y, en general, los resultados son poco satisfactorios y basados en reportes de casos clínicos.

La mayor parte de las terapias médicas en la calcinosis cutánea ha sido descrita en pacientes con conectivopatías. Dentro de ellas destacan: warfarina, colchicina, probenecid, bifosfonatos, minociclina y diltiazem<sup>4-8</sup>.

Otras modalidades, como el uso del láser de CO<sub>2</sub> e inyección de corticoides intralesionales también se han reportado como exitosas<sup>9,10</sup>.

Finalmente, la cirugía es una alternativa para eliminar depósitos cálcicos asociados a tejidos necróticos o infectados.

En conclusión, la calcinosis cutánea es una secuela poco descrita en relación con el acné y ciertamente plantea un desafío terapéutico. Para su reconocimiento es necesaria la sospecha clínica y los estudios complementarios adecuados.

Correspondencia:

Felipe Mardones Valdivieso.  
Departamento de Dermatología.  
Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Santos Dumont 999. Santiago. Chile.  
fmardonesv@yahoo.com

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Basler RS, Watters JH, Taylor WB. Calcifying acne lesions. *Int J Dermatol.* 1977;16:755-8.
2. Walsh JS, Fairley JA. Calcifying disorders of the skin. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:693-706.
3. Nagore E, Molinero J, Sánchez-Motilla JM, Vidal E, Oliver V, Aliaga A. Nódulos subcutáneos dolorosos abdominales como forma de presentación de una calcifilaxia en la insuficiencia renal crónica. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:332-3.
4. Berger RG, Featherstone GL, Raasch RH, McCartney WH, Hadler NM. Treatment of calcinosis universalis with low-dose warfarin. *Am J Med.* 1987;83:72-6.
5. Harel L, Harel G, Korenreich L, Straussberg R, Amir J. Treatment of calcinosis in juvenile dermatomyositis with probenecid: the role of phosphorus metabolism in the development of calcifications. *J Rheumatol.* 2001;28:1129-32.
6. Mukamel M, Horev G, Mimouni M. New insight into calcinosis of juvenile dermatomyositis: a study of composition and treatment. *J Pediatr.* 2001;138:763-6.
7. Robertson LP, Marshall RW, Hickling P. Treatment of cutaneous calcinosis in limited systemic sclerosis with minocycline. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:267-9.
8. Dolan AL, Kassimos D, Gibson T, Kingsley GH. Diltiazem induces remission of calcinosis in scleroderma. *Br J Rheumatol.* 1995;34:576-8.
9. Chamberlain AJ, Walker NP. Successful palliation and significant remission of cutaneous calcinosis in CREST syndrome with carbon dioxide laser. *Dermatol Surg.* 2003;29:968-70.
10. Lee SS, Felsenstein J, Tanzer FR. Calcinosis cutis circumscripta. Treatment with an intralesional corticosteroid. *Arch Dermatol.* 1978;114:1080-1.

## Melanoma y retinoblastoma\*

S. Martínez-García, L. Martínez-Pilar, E. Gómez-Moyano y V. Crespo

Servicio de Dermatología y Venereología. Complejo Hospitalario Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

*Sr. Director:*

El retinoblastoma es un tumor de origen embrionario derivado de las células de la retina que afecta a 5 de cada 100.000 recién nacidos, representando el 3% de los carcinomas infantiles por debajo de los 15 años. Es el tumor

intraocular maligno más frecuente en la infancia y el segundo en todos los grupos de edad, siendo el primero el melanoma<sup>1</sup>.

La mayoría de los casos se diagnostican en los primeros 4 años de vida. Su presentación en el 60-75% de los casos es unilateral, siendo estos casos en un 60% esporádicos<sup>2</sup>. El resto de los casos son bilaterales y estos, en su mayoría, hereditarios.

\*Este caso ha sido presentado como póster en el XXXVI Congreso Nacional de Dermatología, celebrado en Barcelona, y ha sido premiado con mención especial dentro de la sección de Oncología.

Las formas bilaterales están causadas por una doble mutación del gen Rb situado en el brazo largo del cromosoma 13<sup>3,4</sup>. Se presentan con una herencia autosómica dominante incompleta con alta penetrancia<sup>5</sup>.

El 51% de los pacientes con retinoblastoma bilateral presenta a lo largo de su vida otro cáncer, siendo el osteosarcoma el más frecuente, seguido del rabdomiosarcoma, condrosarcoma, neuroblastoma, glioma, leucemia, melanoma y otras neoplasias como las de ovario, mama, pulmón y vejiga.

Presentamos el caso de un paciente varón de 27 años y 155 kg de peso, que a los 16 meses de edad se le practicó una enucleación del ojo derecho por un retinoblastoma. Posteriormente, a los 9 años fue diagnosticado de otro retinoblastoma en el ojo izquierdo, siendo necesaria otra enucleación y en esta ocasión con radioterapia complementaria. Como antecedentes personales cutáneos destaca una psoriasis mal controlada, ya que el paciente no cumple los tratamientos ni acude a las revisiones.

Entre sus antecedentes familiares destaca un hermano fallecido por retinoblastoma bilateral a los 5 años de edad y su padre que fue diagnosticado de retinoblastoma unilateral a los 50 años. Entre sus familiares no había antecedentes de nevus displásicos.

En una revisión en consulta de psoriasis se le aprecia una lesión pigmentaria atípica en la región dorsolumbar, de 8 meses de evolución y 2 cm de diámetro mayor. Tras la extirpación se confirma melanoma infiltrante de 1,3 mm de Breslow y III de Clark, no ulcerado y sin áreas de regresión. No se palparon adenopatías. No se realizó la biopsia del ganglio centinela ante las limitaciones anatómicas del paciente. El estudio de extensión (tomografía axial computarizada toraco-pélvica abdominal) no mostró hallazgos significativos (figs. 1 y 2).

La asociación entre retinoblastoma y melanoma ha sido descrita en la literatura sin haber sido identificada cuál es la relación verdadera entre ambas entidades<sup>6</sup>.

La predisposición de los pacientes con retinoblastoma a desarrollar otros cánceres se ha intentado relacionar con la radioterapia o con los ciclos de ciclofosfamida a los que se ven sometidos estos sujetos, y no tanto con un incremento genético para desarrollar mutaciones.

Son pocos los casos descritos de melanoma y retinoblastomas asociados. Belt, en 2002, realizó la revisión de la literatura más amplia encontrando 35 casos publicados. Desde entonces hasta ahora son puntuales las aportaciones que ven la luz.

El melanoma se presenta en un 3 a un 25% de los pacientes con retinoblastoma hereditario<sup>7,8</sup>. Hay casos descritos de retinoblastomas bilaterales y melanomas en pacientes sin antecedentes familiares de retinoblastoma, pero sí de melanoma<sup>9</sup>. Por otro lado, encontramos casos de retinoblastomas bilaterales con melanoma, sin antecedentes familiares<sup>1,8</sup>. El riesgo de desarrollar un melanoma en



**Figura 1.** Lesión pigmentaria atípica, asimétrica de bordes, policroma y con proliferaciones en su superficie.



**Figura 2.** Imagen dermatoscópica en la que se evidencia un retículo pigmentario muy atípico, policromía, proyecciones irregulares y velo azul.

familiares de pacientes con retinoblastoma es 10 veces mayor que en la población general<sup>10</sup>.

La incidencia de melanoma se incrementa con el tiempo, aumentando especialmente después de los 20 años. Son excepcionales los casos de melanoma en la edad infantil en pacientes con retinoblastoma.

No está claro el papel que desempeñan las radiaciones en el segundo carcinoma. Parece ser que aumentan el riesgo de osteosarcomas y algunos tumores cerebrales; sin embargo, no está demostrado en el melanoma.

Las células del retinoblastoma, melanoma y nevus displásico derivan de la cresta neural. Hay autores que postulan que los pacientes con retinoblastomas y síndrome de nevus displásico representan un grupo de sujetos con un aumento en la susceptibilidad genética para desarrollar melanoma por una anomalía primaria de la cresta neural.

La asociación entre el retinoblastoma y el melanoma es un tema controvertido, ya sea por la predisposición genética o por los tratamientos recibidos. Los pacientes con retinoblastoma, especialmente si es bilateral o hereditario, tienen casi 10 veces más posibilidades de padecer un melanoma que aquellos sin antecedentes de retinoblastoma. Por este motivo, un seguimiento estricto de estos pacientes, y más si se asocia a síndrome de nevus displásico, es de vital importancia.

#### Correspondencia:

Silvestre Martínez García.  
Avda. Los Botijos, n.º 6 C1-1.  
Benalmádena Pueblo. Málaga. España.  
silvestremg@eresmas.net

#### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

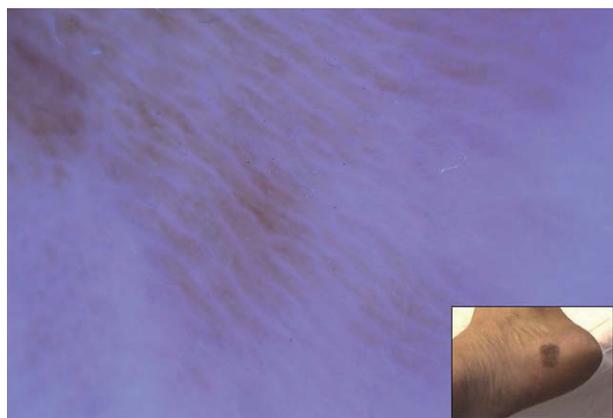
## Bibliografía

1. Bataille V, Hiles R, Newton Bishop JA. Retinoblastoma, melanoma and the atypical mole syndrome. *Br J Dermatol.* 1995;132:134-8.
2. Donaldson SS, Smith LM. Retinoblastoma: biology presentation and current management. *Oncology.* 1989;3:45-52.
3. Lee WH, Bookstein R, Hong F, Young LJ, Shew JY, Lee EY. Human retinoblastoma susceptibility gene. Cloning, identification and sequence. *Science.* 1987;235:1394-9.
4. Fung YK, Murphree AL, T'Ang A, Qian J, Hinrichs SH, Benedict WF. Structural evidence for the authenticity of the human retinoblastoma gene. *Science.* 1987;236:1657-61.
5. Traboulsi EI, Zimmerman LE, Manz HJ. Cutaneous malignant melanoma in survivors of heritable retinoblastoma. *Arch Ophthalmol.* 1988;106:1059-61.
6. Belt PJ, Smithers M, Elston T. The triad of bilateral retinoblastoma, dysplastic naevus syndrome and multiple cutaneous malignant melanomas: a case report and review of the literature. *Melanoma Res.* 2002;12:179-82.
7. Albert LS, Sober AJ, Rhodes AR. Cutaneous melanoma and bilateral retinoblastoma. *J Am Acad Dermatol.* 1990;23:1001-4.
8. Puig S, Puig-Butille JA, Badenas C, Cuellar F, Malveyh J. Novedades en genética del melanoma. *Piel.* 2006;21:272-4.
9. Mahajan A. Conjunctival melanoma 3 years after radiation and chemotherapy for retinoblastoma. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 2007;44:300-2.
10. Avilés JA, Lázaro P. Predisposición genética en el melanoma cutáneo. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:229-40.

## Patrón paralelo de la cresta en melanoma acral: importancia del procesamiento de la pieza para el diagnóstico histológico

N. Blázquez<sup>a</sup>, I. Fernández-Canedo<sup>a</sup>, R. Fúnez<sup>b</sup> y M. de Troya<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.



**Figura 1.** Lesión pigmentada plana, heterocroma, de 2 cm de diámetro, en el talón derecho. Dermatoscopia: patrón dermoscópico de la cresta.

#### Sr. Director:

La piel plantar, debido a las tensiones que soporta, presenta peculiaridades anatómicas e histológicas. En consecuencia, el diagnóstico diferencial de lesiones melanocíticas acrales en función únicamente de criterios clínico-histológicos puede resultar muy complejo. La dermatoscopia constituye una herramienta de gran ayuda en casos difíciles.

Presentamos el caso de una paciente de 45 años sin antecedentes de interés, de origen árabe y con fototipo IV, que consultó por una lesión pigmentada plantar derecha de dos años de evolución y crecimiento lento. A la exploración presentaba en el talón una mácula de 2 cm, heterocroma y bien delimitada. Dermoscópicamente se trataba de una lesión melanocítica con patrón de la cresta (fig. 1).

Con la sospecha clínico-dermoscópica de melanoma se realizaron sucesivamente dos biopsias tomadas de aquellas