

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, Malvehy 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^a, I. Fernández-Canedo^a, R. Fúnez^b y M. de Troya^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

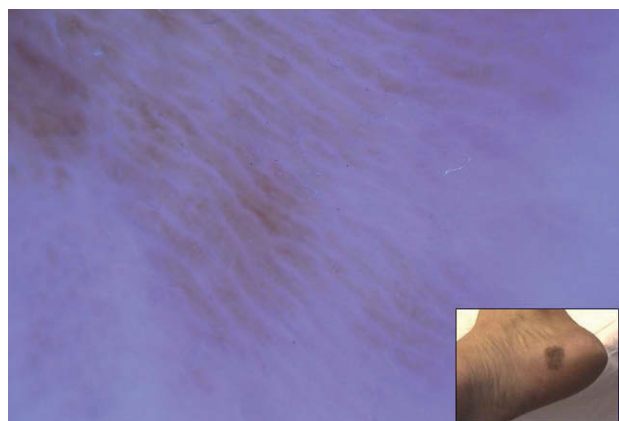


Figura 1. Lesión pigmentada plana, heterocroma, de 2 cm de diámetro, en el talón derecho. Dermatoscopia: patrón dermoscópico de la cresta.

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

áreas con patrón de la cresta. En sendas biopsias se observaba una hiperplasia epidérmica con melanocitos aislados en la unión dermoepidérmica, hallazgos característicos de un nevus lentiginoso acral (fig. 2).

Posteriormente, y dada la alta sospecha de melanoma, se decidió efectuar la exéresis completa de la lesión. El estudio histológico se llevó a cabo realizando secciones del tejido en sentido perpendicular a los dermatoglifos. La histología reveló una epidermis hiperplásica con presencia de nidos de melanocitos atípicos en las crestas profundas intermedias, que llevaron al diagnóstico de melanoma lentiginoso acral (figs. 3 y 4).

Desde la exéresis la paciente ha realizado controles periódicos, manteniéndose libre de enfermedad durante tres años.

Los criterios histológicos de malignidad definidos en otras áreas anatómicas no son fácilmente aplicables en la piel plantar. Así, hallazgos como la actividad juntural atípica, la elongación reactiva de las crestas interpapilares o la migración de melanocitos a capas epidérmicas altas son rasgos característicos de los nevus displásicos no acrales y, sin embargo, también se observan en lesiones melanocitarias benignas de piel volar. Existe, por tanto, un solapamiento entre los criterios de benignidad y malignidad histológicos, que en ocasiones dificulta enormemente el diagnóstico. En estos casos la dermatoscopia consigue aumentar la precisión diagnóstica del melanoma en un 5-30% sobre la inspección visual.

Actualmente existen dos clasificaciones diferentes para los patrones dermatoscópicos de las lesiones melanocíticas acrales¹⁻³. La clasificación de Saida et al fue adoptada por su facilidad de manejo en el Consenso Vía Internet sobre dermatoscopia⁴, y es la más ampliamente utilizada. Incluye 4 patrones asociados a benignidad: el patrón paralelo del surco, el patrón en celosía, el fibrilar y el patrón no típico. A ellos se han añadido posteriormente los patrones homogéneo, globular y reticular acral⁵, el patrón de transición⁶ y el globular con proyecciones⁷.

En contraposición, el patrón paralelo de la cresta (PPC) y la pigmentación irregular difusa son hallazgos específicos del melanoma. Si bien la fiabilidad diagnóstica del PPC es superior para la detección de melanomas acrales en general y, en particular, para melanoma *in situ*⁸, la pigmentación irregular difusa representa la invasión tumoral, por lo que su sensibilidad y valor predictivo positivo aumentan en melanomas invasivos⁸.

La piel volar se caracteriza por presentar dermatoglifos paralelos, que se dividen en crestas y surcos. Dermoscópicamente el PPC se caracteriza por la presencia de pigmentación en bandas paralelas, ocupando las crestas de los dermatoglifos. Dicha pigmentación puede deberse al depósito de hemosiderina (en hematomas subcórneos) o de melanina (en melanomas o en máculas pigmentadas raciales o del síndrome Peutz-Jeghers).

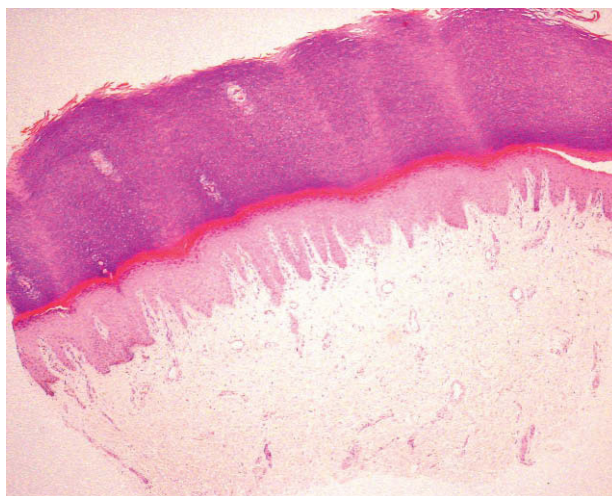


Figura 2. Hiperplasia epidérmica con melanocitos distribuidos de forma salpicada a lo largo de la unión dermoepidérmica. (Hematoxilina-eosina, $\times 10$)

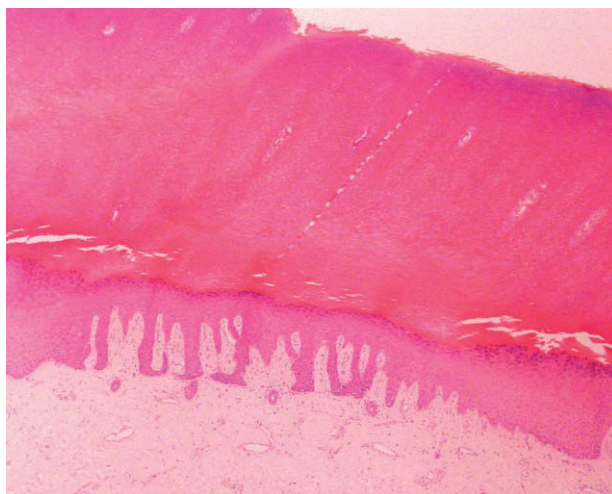


Figura 3. Corte histológico orientado en sentido perpendicular a los dermatoglifos. (Hematoxilina-eosina, $\times 10$)

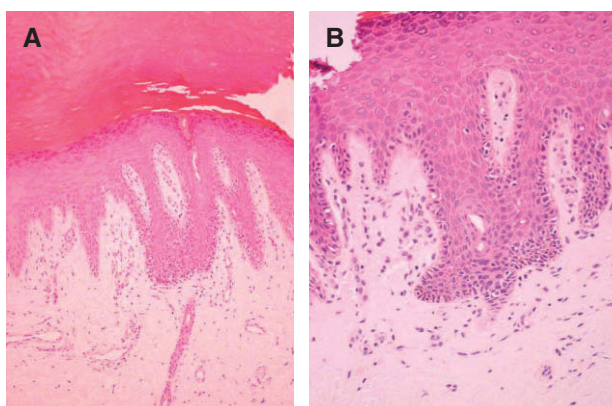


Figura 4. Detalle de la proliferación de melanocitos atípicos en torno a los ductos ecrinos. (Hematoxilina-eosina, $\times 40$)

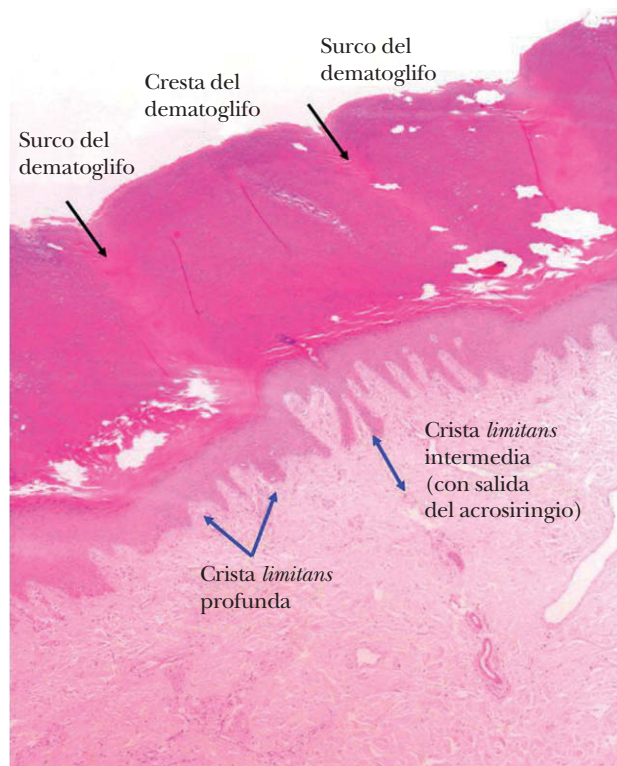


Figura 5. Esquema de la anatomía de la piel volar. (Hematoxilina-eosina, $\times 10$)

Histológicamente la cresta de los dermatoglifos se corresponde con la cresta profunda intermedia, mientras que los surcos existentes entre las crestas se corresponden con la cresta *limitans* que separa los procesos interpapilares (fig. 5). Estudios recientes demuestran que la proliferación de melanocitos atípicos en torno al acrosiringio (localizado en las crestas profundas intermedias) es un hallazgo incipiente en el desarrollo de melanoma acral⁹. El PPC representa dicha proliferación de melanocitos atípicos. Constituye, por tanto, un marcador precoz del melanoma acral, con elevada sensibilidad (86,4%), especificidad (99%) y precisión diagnóstica (81,7%) respecto al melanoma⁸.

Sin embargo, en la práctica clínica la rentabilidad diagnóstica de este signo dermoscópico con frecuencia se ve mermada si no se lleva a cabo una rigurosa selección y procesamiento histológico de la muestra.

En 1999 Signoretti et al demostraron que, en nevus melanocíticos acrales, los hallazgos anatomopatológicos de benignidad (simetría, delimitación de la lesión o presencia de columnas de melanina) se detectan con mayor frecuencia si el corte histológico de la biopsia se orienta en sentido perpendicular al dermatoglifo⁹. Posteriormente, en un interesante trabajo, Ishiara et al¹⁰ analizan retrospectivamente la correlación dermoscópico-histológica de 22 lesiones melanocíticas acrales con PPC y que resultaban no diagnosticables clínica ni histológicamente. Observan que en

un 90,9% de ellas es posible detectar cambios anatomopatológicos incipientes de melanoma en torno a los acrosiringios, siempre y cuando el corte histológico esté orientado perpendicularmente a los dermatoglifos, lo que permitirá observar las crestas profundas intermedias. En nuestra paciente únicamente obtuvimos rentabilidad diagnóstica en la tercera biopsia, en la que orientamos el corte histológico según las indicaciones de Ishiara et al.

Otro punto a considerar es el hecho de que el diagnóstico histológico en lesiones melanocíticas acrales se basa en la arquitectura de la lesión, dato únicamente valorable en las piezas de exéresis completa.

Desgraciadamente, a pesar de todas estas consideraciones, pueden existir lesiones pigmentadas con alta sospecha de malignidad en las que el diagnóstico histológico sea imposible debido a la escasa celularidad de la muestra. En estos casos sería aconsejable recurrir a técnicas de biología molecular para detectar alteraciones cromosómicas que se han asociado a melanomas lentiginosos acrales (en especial amplificaciones del gen de la ciclina D1)¹¹.

En conclusión, si bien el patrón de la cresta no puede ser considerado como marcador absoluto de melanoma acral, sí constituye un parámetro altamente específico. Por ello, y en función de los hallazgos comentados, consideramos que ante toda lesión pigmentada plantar que presente PPC es recomendable realizar una biopsia escisional, con estudio histológico de secciones del tejido orientadas en sentido perpendicular a los dermatoglifos para aumentar la rentabilidad diagnóstica.

Correspondencia:
Nuria Blázquez Sánchez.
Servicio de Dermatología.
Hospital Costa del Sol.
Carretera Nacional 340, km 187.
2960 Marbella. Málaga. España.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Akasu R, Sugiyama H, Araki M, Ohtake N, Furue M, Tamaki K. Dermatoscopic and videomacroscopic features of melanocytic plantar nevi. *Am J Dermatopathol.* 1996;18:10-8.
2. Saida T, Oguchi S, Ishihara Y. In vivo observation of magnified features of pigmented lesions on volar skin using video microscope: usefulness of epiluminescence techniques in clinical diagnosis. *Arch Dermatol.* 1995;131:298-304.
3. Oguchi S, Saida T, Koganehira Y, Ohkubo S, Ishihara Y, Kawachi S. Characteristic epiluminescent microscopic features of early malignant melanoma on glabrous skin: a video-microscopic analysis. *Arch Dermatol.* 1998;134:563-8.
4. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of

- a consensus meeting via internet. *J Am Acad Dermatol.* 2003; 48:679-93.
5. Malvehy J, Puig S. Dermoscopic patterns of benign volar melanocytic lesions in patients with atypical mole syndrome. *Arch Dermatol.* 2004;140:538-44.
 6. Altamura D, Altobelli E, Micantonio T, Piccolo D, Fagnoli MC, Peris K. Dermoscopic patterns of acral melanocytic nevi and melanomas in a white population in central Italy. *Arch Dermatol.* 2006;142:1123-8.
 7. Ozdemir F, Karaarslan IK, Akalin T. Variations in the dermoscopic features of acquired acral melanocytic nevi. *Arch Dermatol.* 2007;143:1378-84.
 8. Saida T, Miyazaki A, Oguchi S, Ishihara Y, Yamazaki Y, Murase S, et al. Significance of dermoscopic patterns in detecting malignant melanoma on acral volar skin: results of multicenter study in Japan. *Arch Dermatol.* 2004;140:1233-8.
 9. Signoretti S, Annesi G, Puddu P, Faraggiana T. Melanocytic nevi of palms and soles: a histological study according to the plane of section. *Am J Surg Pathol.* 1999;23:283-7.
 10. Ishihara Y, Saida T, Miyazaki A, Koga H, Taniguchi A, Tsuchida T, et al. Early acral melanoma in situ: correlation between the parallel ridge pattern on dermoscopy and microscopic features. *Am J Dermatopathol.* 2006;28:21-7.
 11. Yamaura M, Takata M, Miyazaki A, Saida T. Specific dermoscopy patterns and amplifications of the cyclin D1 gene to define histopathologically unrecognizable early lesions of acral melanoma in situ. *Arch Dermatol.* 2005;141:1413-8.

Psoriasis inducida por docetaxel

I. Allende, R. González-Hermosa, M. Lázaro y J.L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

Sr. Director:

Los taxanos son fármacos quimioterápicos de uso extendido desde que fueron introducidos a finales de los años ochenta^{1,2}. Debido a su utilización y al incremento de sus indicaciones se han descrito distintos tipos de toxicidad cutánea. Presentamos un caso de psoriasis inducida por docetaxel no referido en la literatura hasta el momento.

Se trata de un varón de 65 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de silicosis y artrosis generalizada y con un hermano afecto de psoriasis. Fue diagnosticado de carcinoma epidermoide pulmonar en 2007, e inició tratamiento con docetaxel por progresión tumoral en abril de 2008. Ocho días después del primer ciclo de docetaxel comenzó con lesiones dispersas en el tronco y las extremidades que eran puntiformes, eritematodescamativas, infiltradas y de aspecto psoriasiforme (fig. 1). No presentaba afectación ungueal, genital, de mucosas, ni de cuero cabelludo y mantenía un buen estado general sin clínica sistémica ni artritis. En la analítica únicamente mostraba ligera anemia, siendo el recuento y la fórmula leucocitaria normales.

Dada la clínica y el antecedente familiar de psoriasis se tomó una biopsia de una lesión para confirmar la sospecha diagnóstica de esta entidad. El estudio anatomopatológico evidenció una epidermis con hiperplasia psoriasiforme, acantosis, paraqueratosis, elongación de las crestas interpapilares, linfocitos aislados y un infiltrado polinuclear en los estratos medios y más superficiales epidérmicos formando pústulas espongiiformes de Kogoj. En la dermis se evidenció un infiltrado inflamatorio perivascular asociado a capilares dilatados (fig. 2), todo ello compatible con psoriasis.

Se instauró un tratamiento tópico con corticoides y calcipotriol, presentando el paciente una buena respuesta al



Figura 1. Placas eritematoescamosas en el tronco.

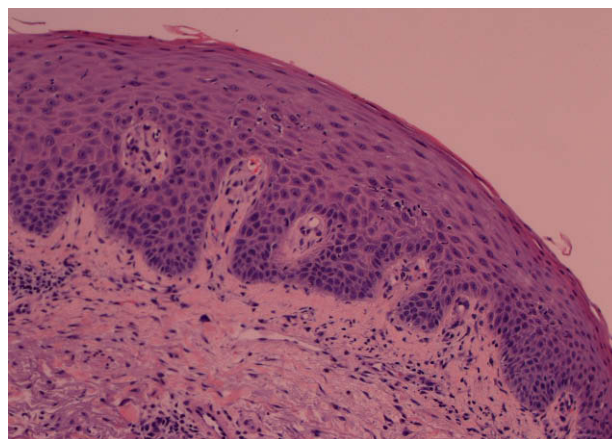


Figura 2. Imagen histopatológica de la lesión de la espalda (hematoxilina-eosina ×40).