

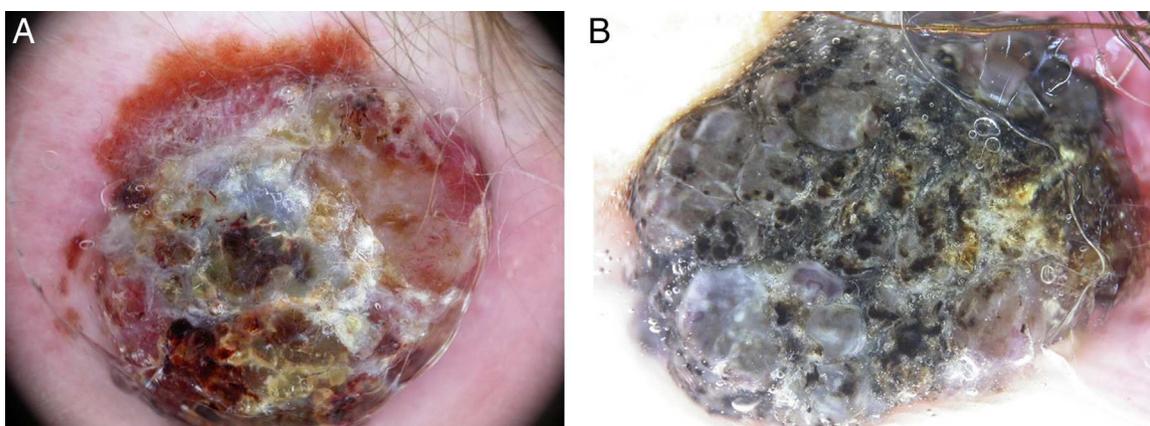
## DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

### La raíz del problema

### The Root of the Problem



**Figura 1** A. Mujer de 45 años que presenta tumor de 2 cm de diámetro localizado en la región preauricular izquierda. Evolución: 2 años. B. Varón de 50 años que presenta esta lesión exofítica verrucosa de 1,5 cm localizada en oreja izquierda. Evolución: entre 1 y 2 años.



**Figura 2**

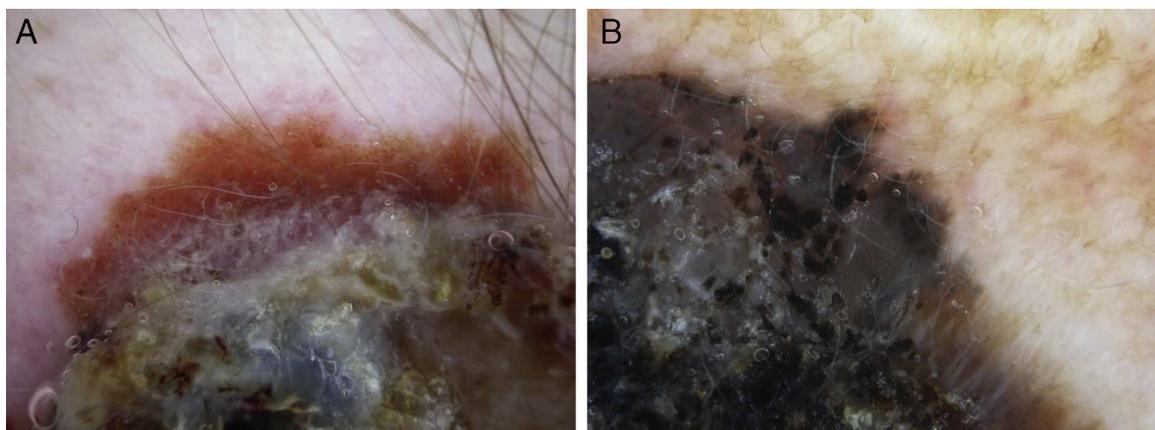


Figura 3

## Comentario

Las 2 lesiones son tumores exofíticos que se encuentran en la cara. El primer caso fue diagnosticado clínicamente de tumor maligno con un amplio diagnóstico diferencial y el segundo se diagnosticó, previamente al examen dermatoscópico, de queratosis seborreica atípica (fig. 1).

En la evaluación dermatoscópica de la parte más exofítica del primer caso vemos predominantemente escamas y costras hemorrágicas que impiden ver con claridad las estructuras subyacentes. Sin embargo, se aprecian estructuras que ya pueden evidenciar el diagnóstico, como son la presencia de un patrón vascular polimorfo-atípico y un área rojo-lechosa en la parte derecha (a las 3:00 h). También existe una zona homogénea azulada en el centro de la lesión que podría interpretarse como velo-azul gris o simplemente pudiera ser el resultado del sangrado tumoral; difícil de asegurar. En estos casos es importante intentar ver la base de la lesión. Para ello, realizamos la fotografía dermatoscópica rotando inferiormente la cámara en contacto con el tumor para apreciar la base del tumor que vemos en la parte superior de la imagen (fig. 2a o fig. 3a). En esta área se ve claramente un retículo pigmentado que es la estructura dermatoscópica por excelencia de las lesiones melanocíticas<sup>1</sup>. De tal manera, que tras evaluar la base y considerando el resto de la semiología dermatoscópica podemos asegurar que nos encontramos ante un melanoma invasivo, diagnóstico que fue confirmado por el patólogo.

La imagen dermatoscópica del segundo caso es muy abigarrada y confusa (fig. 2b). Podemos apreciar un área extensa con escamas, queratosis, algún tapón córneo y algún posible quiste de milium que en principio orientan hacia una

queratosis seborreica, diagnóstico de sospecha sin la dermatoscopia. Sin embargo, también apreciamos unas estructuras homogéneas grisáceas con vascularización atípica en su interior, que no son características de las queratosis seborreicas, y una probable área rojo-lechosa en el área inferior derecha de la imagen (a las 4-5:00 h). Además, existen agregados de glóbulos marrón oscuros atípicos en algunas áreas (por ejemplo, a las 9:00 h). Sin embargo, el dato que permitió dar con el diagnóstico dermatoscópico fue de nuevo la evaluación de la base de la lesión. En la figura 3b, además de agregados de glóbulos atípicos y un posible velo azul-gris, podemos apreciar proyecciones en la periferia, que es uno de los parámetros más característicos de las lesiones melanocíticas<sup>1</sup>. La lesión tumoral fue extirpada con el diagnóstico de melanoma nodular verrucoso, diagnóstico que confirmó el patólogo.

Como conclusión, en aquellas lesiones muy exofíticas que presentan una gran superposición de estructuras que pueden llevar a confusión y ser difíciles de interpretar, puede ser muy útil evaluar las estructuras dermatoscópicas de la base de la lesión.

## Bibliografía

1. Malveyh J, Puig S. Principios de dermatoscopia. Barcelona, España: CEGE; 2009.

P. Zaballos Diego

*Servicio de Dermatología, Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona, España*

*Correo electrónico: pzaballos@aedv.es*