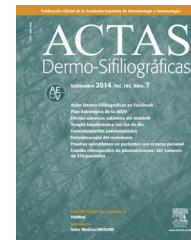


ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

FR-Lentigo maligno, actualización en técnicas diagnósticas y terapéuticas



Diagnostic and Therapeutic Techniques in Lentigo Maligna: An Update

H. Collgros* y N. Lamas-Doménech

Departamento de Dermatología, Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España

PALABRAS CLAVE

Lentigo maligno;
Diagnóstico;
Tratamiento;
Microscopia confocal de reflectancia;
Imiquimod y radioterapia

KEYWORDS

Lentigo maligna;
Diagnosis;
Treatment;
Reflectance confocal microscopy;
Imiquimod and radiotherapy

El lentigo maligno (LM, *in situ*) y el lentigo maligno-melanoma (LMM, invade la dermis) representan un reto diagnóstico y terapéutico.

Su diagnóstico diferencial incluye la queratosis seborreica, el lentigo solar, la queratosis liquenoide, la queratosis actínica y su variante pigmentada. Los criterios dermatoscópicos de LM/LMM ayudan en el diagnóstico, pero no son completamente sensibles y específicos. La histología es el *gold standard* diagnóstico, pero los melanocitos atípicos son escasos y se distribuyen de forma salteada, haciendo difícil diferenciar el LM de la hiperplasia

melanocítica en la piel fotolesionada y delimitar los márgenes de la lesión. Recientemente se ha publicado la importancia de cuestionar el diagnóstico histopatológico de nevus juntural, nevus displásico y nevus lentiginoso atípico en piel fotolesionada de la cara y el cuello. Los nevus de esta zona suelen ser lesiones papulosas y sin cambios en la pigmentación respecto a la piel circundante, difiriendo clínicamente del LM, por lo que podría ser una infraestimación de un LM como una proliferación juntural de melanocitos benigna¹. La inmunohistoquímica puede ser de utilidad en estos casos ambiguos. Los marcadores habituales incluyen S-100, HMB45, melan-A (gen MART-1) y el factor de transcripción asociado a la microftalmia (MITF). Todos ellos tiñen los melanocitos de forma muy sensible, pero no permiten diferenciar entre nevus melanocítico y melanoma. Son de ayuda en su diferenciación la proteína p-16 y los marcadores de proliferación Ki-67 y pHH-3. Además, determinar mutaciones específicas de BRAF, NRAS y KIT puede ser de utilidad, sobre todo ante los nuevos fármacos dirigidos a dianas moleculares².

Para mejorar la capacidad diagnóstica, delimitar la extensión de la lesión y detectar las recurrencias se ha introducido la microscopia confocal de reflectancia (MCR), que permite realizar una «biopsia óptica» *in vivo* sin requerir cirugía. Se ha descrito un algoritmo diagnóstico que proporciona una sensibilidad del 93% y una especificidad del 82%³, y es de destacar su utilidad para diferenciar el LM de las máculas pigmentadas benignas de la cara sin necesidad de biopsias⁴. El mapeo prequirúrgico permitiría reducir la afectación de márgenes tras la cirugía y las recurrencias.

El tratamiento de elección del LM/LMM es la exéresis quirúrgica. Varias publicaciones destacan que márgenes de 5 mm en el LM podrían ser insuficientes, debido

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: helenacollgros@gmail.com (H. Collgros).

principalmente a la extensión amelanótica en la periferia de la lesión, proponiendo exéresis con márgenes de 9 mm⁵. La cirugía de Mohs es una alternativa más precisa con menor tasa de recurrencias (0-6,25%). En casos seleccionados podemos optar por tratamientos de segunda línea, como el imiquimod, la radioterapia y la criocirugía. En una revisión del tratamiento del LM con radioterapia detectan un 5% de recurrencias y solamente un 1,4% de casos de progresión a LMM. Recomiendan realizar un mapeo previo con MCR e irradiar la zona afecta más 1 cm de piel sana, con una profundidad de 5 mm para asegurar la irradiación de los melanocitos en los folículos pilosos. Destacan la presencia de pigmentación azul-gris tras el tratamiento, que mediante MCR se puede diferenciar de la persistencia o recurrencia del LM⁶.

Es importante familiarizarse con las nuevas técnicas de imagen y opciones terapéuticas del LM/LMM para poder ofrecer a nuestros pacientes un diagnóstico más preciso y un tratamiento adaptado, cubriendo a la vez la creciente demanda de técnicas no invasivas y cosméticamente aceptables.

Bibliografía

1. Zalaudek I, Cota C, Ferrara G, Moscarella E, Guitera P, Longo C, et al. Flat pigmented macules on sun-damaged skin of the head/neck: Junctional nevus, atypical lentiginous nevus, or melanoma in situ? *Clin Dermatol.* 2014;32:88–93.
2. Abbas O, Miller DD, Bhawan J. Cutaneous malignant melanoma: Update on diagnostic and prognostic biomarkers. *Am J Dermatopathol.* 2014;36:363–79.
3. Guitera P, Pellacani G, Crotty KA, Scolyer RA, Li LX, Bassoli S, et al. The impact of in vivo reflectance confocal microscopy on the diagnostic accuracy of lentigo maligna and equivocal pigmented and nonpigmented macules of the face. *J Invest Dermatol.* 2010;130:2080–91.
4. Alarcon I, Carrera C, Puig S, Malvehy J. Clinical usefulness of reflectance confocal microscopy in the management of facial lentigo maligna melanoma. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:e13–7.
5. Kunishige JH, Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for melanoma in situ. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:438–44.
6. Fogarty GB, Hong A, Scolyer RA, Lin E, Guitera P, Thompson J. Radiotherapy for lentigo maligna: A literature review and recommendations for treatment. *Br J Dermatol.* 2014;170:52–8.