



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## E-CASOS CLÍNICOS

# Lentigo maligno extrafacial. Serie de 14 casos y revisión de la literatura



L. Martínez-Leboráns<sup>a,\*</sup>, J. Garcías-Ladaria<sup>b</sup>, V. Oliver-Martínez<sup>a</sup>  
y V. Alegre de Miquel<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Manacor, Manacor, Mallorca, España

<sup>c</sup> Universidad de Valencia, Valencia, España

### PALABRAS CLAVE

Lentigo maligno;  
Melanoma;  
Dermatoscopia

**Resumen** El lentigo maligno es actualmente la variante más frecuente de melanoma *in situ*. Se localiza principalmente en la cabeza y el cuello, donde sus características clínicas y dermatoscópicas están descritas ampliamente en la literatura. Presentamos una serie de 14 pacientes diagnosticados de lentigo maligno y lentigo maligno melanoma extrafacial en el Hospital General de Valencia y Hospital de Manacor, describiendo los hallazgos clínicos, dermatoscópicos e histológicos de los mismos. La localización más frecuentemente encontrada fue las extremidades superiores, seguida del tronco y las extremidades inferiores. En la dermatoscopia se hallaron patrones compatibles con lentigo maligno facial y melanoma de extensión superficial. La localización extracefálica de los lentigos malignos es poco frecuente. Clínica e histológicamente muestra características semejantes al de localización facial, aunque en la dermatoscopia podemos encontrar una mezcla de patrones de lentigo maligno y melanoma de extensión superficial, debido principalmente a las diferencias entre las características anatómicas de la piel facial y la extrafacial.

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Lentigo maligno;  
Melanoma;  
Dermoscopy

### Extrafacial Lentigo Maligna: A Report on 14 Cases and a Review of the Literature

**Abstract** Lentigo maligna is the most common form of *in situ* melanoma. It is most often found on the head and neck, and its clinical and dermoscopic features in this location have been extensively described in the literature. We present a series of 14 patients diagnosed with extrafacial lentigo maligna and lentigo maligna melanoma at Hospital General de Valencia and Hospital de Manacor in Spain, and describe the clinical, dermoscopic, and histologic features observed.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lorenamarleb@gmail.com](mailto:lorenamarleb@gmail.com) (L. Martínez-Leboráns).

Most of the melanomas were located on the upper limbs; the next most common locations were the trunk and the lower limbs. The dermoscopic patterns were consistent with facial lentigo maligna and superficial spreading melanoma. Extrafacial lentigo maligna is uncommon. It has similar clinical and histologic features to facial lentigo, but dermoscopy may show a mix of patterns typically seen in lentigo maligna and superficial spreading melanoma. This difference in dermoscopic features is essentially due to anatomical differences between skin on the face and on other parts of the body.

© 2016 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El término lentigo maligno (LM) fue descrito por primera vez por Hutchinson en 1890<sup>1</sup>, y se aplica a aquellos melanomas *in situ* que aparecen en áreas fotoexpuestas en personas de edad avanzada<sup>2</sup>. La localización más frecuente es la cabeza y el cuello, suponiendo aproximadamente un 86% de los casos<sup>3</sup>.

Se reserva la denominación de LM melanoma (LMM) para la forma invasiva de este tumor, que en España supone el 8% de los melanomas invasivos extirpados anualmente<sup>4</sup>.

La mayoría de los trabajos publicados hasta el momento estudiaron los LM de cabeza y cuello, sin embargo son pocas las series de LM/LMM de localización extrafacial<sup>3,5,6</sup>.

## Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo de una serie de casos de LM/LMM de localización extracefálica diagnosticados en el Hospital General Universitario de Valencia y Hospital de Manacor, estudiando sus características clínicas, dermatoscópicas e histológicas.

El estudio anatomopatológico de las piezas seleccionadas se llevó a cabo por el mismo dermatopatólogo, siendo el principal criterio de inclusión en el estudio. En el Hospital General Universitario de Valencia se registraron en la base de datos un total de 296 LM y LMM desde el año 1990, de los cuales 44 eran de localización extrafacial. Una vez confirmados histológicamente los casos de LM y LMM extrafacial se seleccionaron únicamente aquellos de los que se disponía de fotografía de la imagen clínica y dermatoscópica, quedando finalmente 11 casos. En el Hospital de Manacor se estudiaron únicamente aquellas lesiones diagnosticadas en el año 2014 y 2015 que cumplían los requisitos del estudio.

En todas las muestras se realizaron secciones de 4 micras de espesor y se tiñeron con hematoxilina-eosina. Se definió LM como aquel melanoma *in situ* formado por una proliferación, predominantemente individual de melanocitos atípicos en la capa basal de la epidermis y anejos, de límites mal definidos, acompañada de atrofia epidérmica y elastosis solar<sup>2,3</sup>. Estos melanocitos se agrupan en ocasiones formando pequeños nidos en la unión, y están rodeados en su mayoría por un halo claro que se produce a causa de una retracción artefacta. Pueden existir células gigantes multinucleadas en la epidermis, y el ascenso de los melanocitos a

capas altas (ascenso pagetoide) no es un hallazgo llamativo. En la dermis papilar se observa la presencia de melanófagos. Para denominar a una lesión LMM debería cumplir los mismos criterios con invasión dérmica de las células neoplásicas. En las lesiones invasivas se tuvo en cuenta el índice de Breslow.

En contraste con el LM en el melanoma de extensión superficial (MES) no suele haber evidencia de daño actínico importante, la epidermis se muestra acantósica y las células de características epitelioides con citoplasma amplio y melanina en grumos se disponen por toda la epidermis aisladas o formando nidos. Se observan mitosis y con frecuencia ascenso pagetoide de los melanocitos, así como fenómeno de regresión con infiltrado inflamatorio acompañante. Estos criterios se utilizaron para diferenciar ambas entidades.

## Resultados

Se estudiaron un total de 8 mujeres y 6 varones, con una edad media de 75 años (mediana 78) (tabla 1).

En cuanto a la localización 8 lesiones se encontraban en las extremidades superiores, 3 en el tronco (escápula) y 3 en las extremidades inferiores. El diámetro mayor medio de las lesiones fue de 15,78 mm. Clínicamente la mayoría fueron descritas como máculas de crecimiento lento, asimétricas, de bordes mal definidos, pigmentación no homogénea y colores entre marrón claro y oscuro con zonas de regresión (blanco-grisáceas).

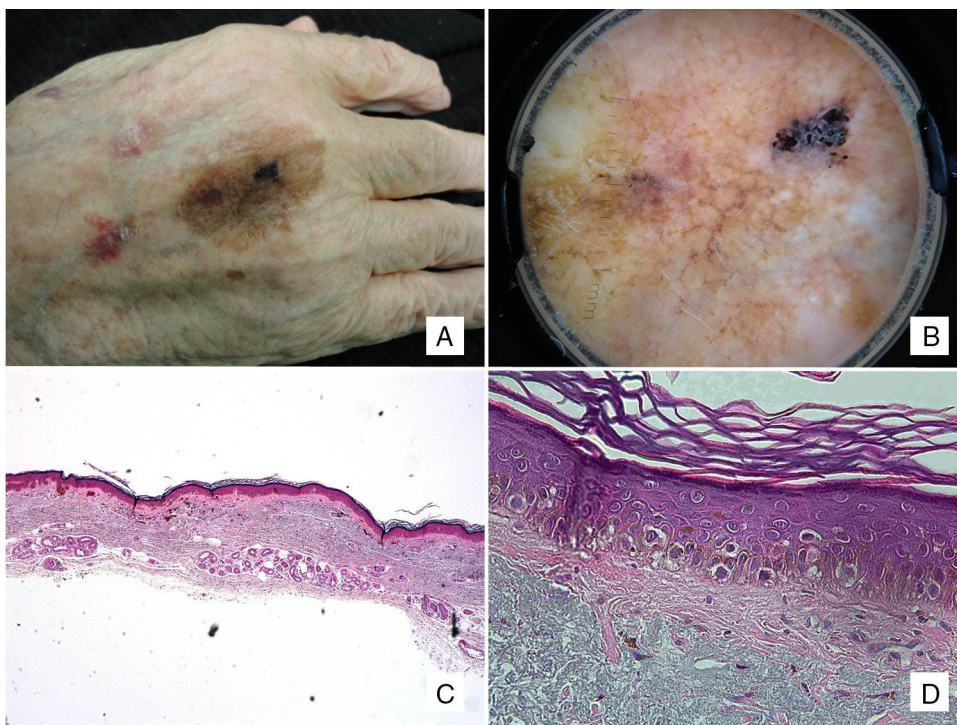
La dermatoscopia de las mismas mostró hallazgos de LM y MES. En cuanto a los hallazgos descritos previamente en los lentigos faciales se valoró la presencia de estructuras romboidales (9/14), pigmentación anular-granular (5/14), pigmentación asimétrica perifolicular (3/14), folículos obliterados (3/14), red vascular aumentada (2/14), estructuras romboidales rojas (2/14), estructuras en isobara y oscurecimiento a la dermatoscopia (0/14). Como se ha comentado, también se valoró la presencia de signos dermatoscópicos relacionados con el melanoma de extensión superficial: regresión (12/14), retículo atípico (10/14), puntos o glóbulos irregulares (10/14), pseudópodos (4/14), velo azul-blanquecino (4/14) y lamela negra (0/14), hallazgos recogidos en la tabla 2.

Histológicamente hemos recogido 17 parámetros, que se muestran en la tabla 3. En las lesiones invasivas (5 casos) se llevó a cabo la medición del índice de Breslow, con una media de 0,26.



Tabla 3 Características histológicas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Atrofia epidérmica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Variable	Sí
Elastosis solar	Gruesa	Nodular	Gruesa	Fina	Fina	Fina	Fina	fina	Fina	Gruesa	Fina	Gruesa	Fina	Fina
Proliferación basal de melanocitos	3:1	1:1	2:1	1:2	2:1	2:1	3:1	2:1	1:1	1:1	1:1	3:1	2:1	2:1
Afectación anexial	Folicular	Ecrina	No	No	Folicular	Ecrina	Ec/Fol	Ecrina	Ecrina	Ec/Fol	No	No	Ecrina	Ec/Fol
Melanocitos epitelioides	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Melanocitos fusiformes	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No
Halo claro alrededor de los melanocitos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Melanocitos dendríticos	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Melanófagos en la dermis papilar	Sí		Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Nidos de pequeño tamaño	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Ascenso pagetoide	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Focal
Células apoptóticas	No	Sí	No	No	Aisladas	No	Sí	No	Aisladas	No	Aisladas	No	Sí	No
Mitosis intraepidérmica	Aisladas	No	No	No	No	Aisladas	No	No	Aisladas	No	No	No	Sí	No
Células gigantes	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No
Infiltrado inflamatorio linfocitario	Sí	No	Discreto	Discreto	Moderado	Discreto	Discreto	Discreto	Discreto	No	Discreto	Discreto	Discreto	Discreto
Fibrosis	No	No	No	No	No	Sí	Sí	No val.	No	No	Sí	Sí	No	No
Proliferación vascular	Sí	No	No	No	No	+++	++	No val.	No	No	++	No	++++	No



**Figura 1** Caso 2: paciente de 88 años de edad, con mácula pigmentada en la mano de años de evolución. A. Mácula pigmentada, asimétrica tanto en morfología como en pigmentación. B. En la dermatoscopia se aprecia pigmentación anular granular en uno de los márgenes, con estructuras romboidales y áreas de regresión. C. Extirpación de una lesión tumoral constituida por una proliferación individual de melanocitos con halo claro sobre una piel con daño actínico (intensa elastosis solar) y atrofia epidérmica (H-E  $\times$  20). D. A mayor aumento observamos esta proliferación de células epitelioides que ascienden a capas altas, y fibrosis subepidérmica (H-E  $\times$  200).

pigmentación perifolicular asimétrica, obliteración de las salidas foliculares, pigmentación anular-granular, estructuras en isobara, red vascular aumentada)<sup>6-9</sup>, y se deben en gran medida a las características estructurales de la piel al nivel facial (disminución de las crestas epidérmicas y aumento de los anejos cutáneos). Por lo tanto, hemos de tener en cuenta este cambio anatómico al interpretar patrones dermatoscópicos tipo lentigo en otras localizaciones (fig. 2).

En la serie más numerosa publicada Cox et al.<sup>3</sup> describen una prevalencia del 17,5% de LM extrafaciales, con una mayoría de pacientes de sexo femenino (49/22), con una media de edad de 63 años, ligeramente menor que en nuestro caso (75 años). En el caso de los varones las lesiones se presentaban predominantemente en el tronco (68%), mientras que en las mujeres predominaban en las extremidades (80%), al igual que lo que se pueden observar en nuestra serie. Este estudio no detalla las características clínicas ni dermatoscópicas de las lesiones.

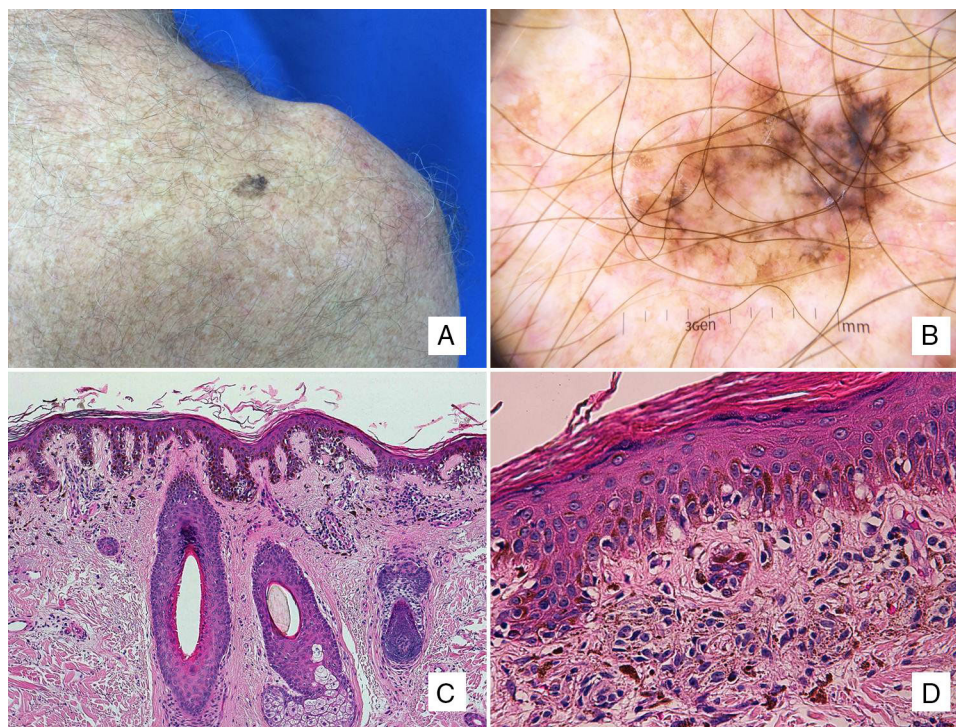
Lau et al.<sup>5</sup> años más tarde, describen 3 mujeres con LM en las extremidades superiores. Destacan la presencia de estructuras descritas en MES (retículo, puntos/glóbulos, pseudópodos) junto con signos de LM (estructuras romboidales, pigmentación perifolicular), por lo que llegan a la conclusión de que existe una combinación de estos 2 patrones, y que la presencia de estructuras romboidales

y pigmentación perifolicular asimétrica orientaría hacia LM.

Keir, en 2014, recoge una serie de 20 pacientes con LM extrafacial<sup>6</sup> en la cual el 90% de las lesiones tenían un borde mal definido y un patrón lentigo-like (definido como cualquier combinación de líneas finas reticulares, estructuras en huella digital o áreas marrón claro). Si aplicamos estos criterios a los casos de nuestra serie observamos que el 71% (10/14) de las lesiones los cumplen, por lo que podrían ser útiles a la hora del diagnóstico.

Desde el punto de vista histológico las diferencias entre un LMM y un MES ya fueron comentadas en el año 1969 por Clark et al.<sup>10</sup>. En su trabajo se recoge la prevalencia de nidos de células más monomorfas, con una mayor tendencia al ascenso pagetoide de los melanocitos en el MES, mientras que en el LMM prevalece la atrofia epidérmica, con proliferación individual de melanocitos y mayor pleomorfismo entre las células, afectación de los anejos y formación de nidos de forma más infrecuente. En nuestra serie se observó la presencia de nidos aislados en 13/14 casos, y ascenso pagetoide de melanocitos focal en 11/14. En cuanto a la citología se confirma lo apuntado previamente, observándose un pleomorfismo en la morfología celular, siendo más frecuente la presencia de melanocitos epitelioides que fusiformes.

En cuanto a la localización no se observaron diferencias en la histología con los LM faciales.



**Figura 2** Caso 4: varón de 63 años con lesión pigmentada en la escápula. A. Mácula pigmentada de 13 mm en la escápula izquierda. B. La dermatoscopia revela la presencia de pigmentación perifolicular asimétrica, estructuras romboidales y algún folículo obliterado. Además podemos encontrar hallazgos típicos del melanoma de extensión superficial, como retículo atípico, áreas de regresión y la presencia de un velo azul blanquecino. C. Proliferación individual y en pequeños nidos de melanocitos epitelioides en la epidermis, con infiltrado inflamatorio acompañante, afectación del epitelio anexial y elastosis solar (H-E  $\times$  100). D. A mayor aumento se observa la presencia de melanófagos en la dermis papilar (H-E  $\times$  200).

## Conclusión

El LM es un tumor de lento crecimiento, y por lo tanto se presenta como lesiones de larga evolución, pero con excelente pronóstico, dentro de lo denominado melanoma *slow-growing*. La mayoría son *in situ*, y si llegan a invadir presentan habitualmente un nivel de Breslow bajo, aunque con el paso del tiempo este puede llegar a ser tan profundo como en cualquier melanoma. En la dermatoscopia se pueden observar patrones tanto de LM facial como de MES, predominando estos últimos en las lesiones de mayor tamaño. La descripción de las lesiones de localización extracraneal ha tenido poca relevancia en la literatura hasta el momento, y se necesitarían más estudios para poder definir criterios específicos que ayuden a realizar un diagnóstico clínico más preciso en el momento de la exploración, ya que con los datos de los que disponemos los criterios clásicos dermatoscópicos de LM y MES se superponen en este tipo de lesiones melanocíticas.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Hutchinson J. Notes on the cancerous process and on new growths in general. *Arch Surg (London)*. 1890;2:83–6.
- Samaniego E, Redondo P. Lentigo maligno. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:757–75.
- Cox NH, Aitchison TC, MacKie RM. Extrafacial lentigo maligna melanoma: Analysis of 71 cases and comparison with lentigo maligna melanoma of the head and neck. *Br J Dermatol*. 1998;139:439–43.
- Ríos L, Nagore E, López JL, Redondo P, Martí RM, Fernández-de-Misa R, et al. Melanoma characteristics at diagnosis from the Spanish National Cutaneous Melanoma Registry: 15 years of experience. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:789–99.

5. Lau YN, Affleck AG, Fleming CJ. Dermatoscopic features of extrafacial lentigo maligna. *Clin Exp Dermatol*. 2013;38:612-6.
6. Keir J. Dermatoscopic features of cutaneous non-facial non-acral lentiginous growth pattern melanomas. *Dermatol Pract Concept*. 2014;4:77-82.
7. Pralong P, Bathelier E, Dalle S, Poulalhon N, Debarbieux S, Thomas L. Dermoscopy of lentigo maligna melanoma: Report of 125 cases. *Br J Dermatol*. 2012;167:280-7.
8. Schiffner R, Schiffner-Rohe J, Vogt T, Landthaler M, Wlotzke U, Cagnetta AB, et al. Improvement of early recognition of lentigo maligna using dermoscopy. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:25-32.
9. Malvehy J, Puig S, Argenziano G, Marghoob AA, Sover HP, International dermoscopy society board members. Dermoscopy report: Proposal for standardization. Results of a consensus meeting of the International Dermoscopy Society. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57:84-95.
10. Clark WH, Mihm MC. Lentigo maligna and lentigo-maligna melanoma. *Am J Pathol*. 1969;55:39-67.