



DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

Mácula eritematosa en una espalda fotodañada. Claves dermatoscópicas para identificar un melanoma lentiginoso

Erythematous Macule on a Photodamaged Back. Dermoscopic Clues for the Identification of Lentiginous Melanoma

C. Sarró-Fuente*, R. Gamo-Villegas y U. Floristán-Muruzábal

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

Presentación del caso problema

Un hombre de 48 años, sin antecedentes de interés, valorado durante el seguimiento en la consulta de dermatoscopia digital, presentaba en el hombro derecho una mácula de color marrón claro, de 1 cm de diámetro mayor, sin cambios evidentes durante el seguimiento con mapas corporales con dermatoscopia digital (fig. 1). Refería haber estado



Figura 1 Imagen clínica. Mácula marrón claro de 1 cm con bordes netos.

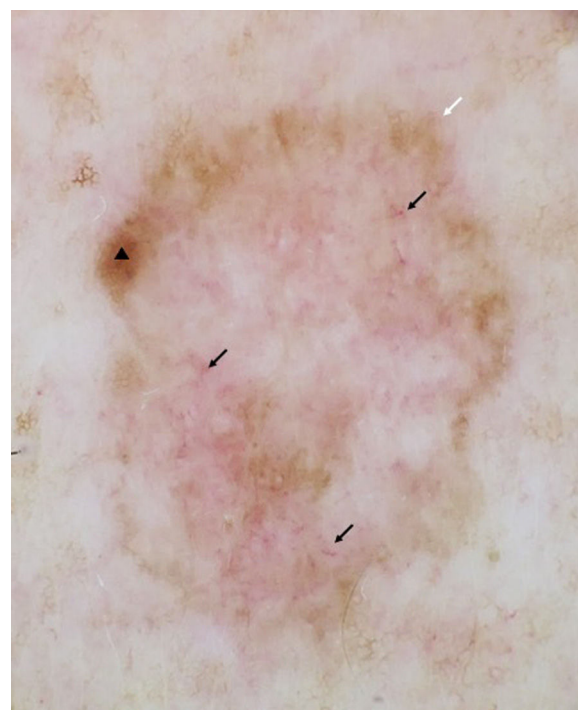


Figura 2 Imagen dermatoscópica. Centro desestructurado eritematoso con una vascularización atípica (flechas negras), un foco de pigmentación excéntrica (triángulo negro) y un retículo típico en la periferia (flecha blanca).

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: claudia.sarro@salud.madrid.org
(C. Sarró-Fuente).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.02.034>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

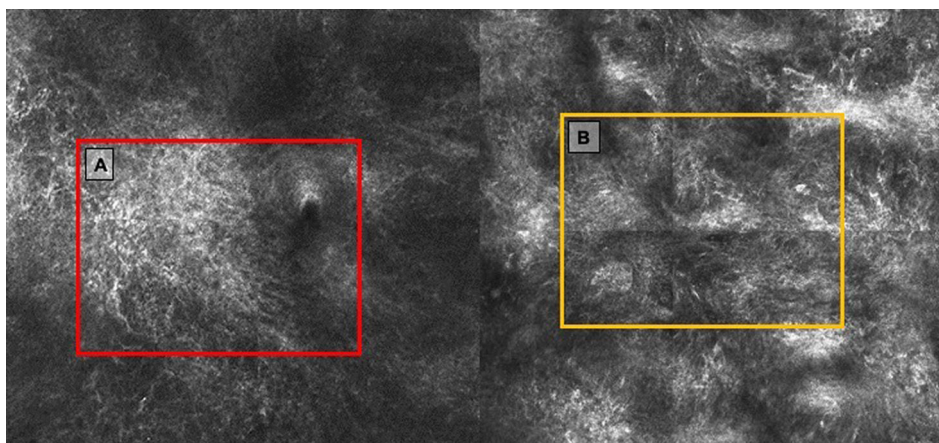


Figura 3 Microscopia confocal. A) Epidermis con aspecto en panal de abejas atípico y con numerosas células dendríticas, muchas de localización perifolicular. B) Desestructuración de la unión dermoepidérmica con unos engrosamientos junturales atípicos y células atípicas abundantes.

recibiendo sesiones de depilación láser hasta un año y medio antes de la consulta.

Presentación de las dos imágenes acompañadas de la siguiente frase ¿Cuál es su diagnóstico?

El examen con dermatoscopia mostraba únicamente unas áreas borradas centrales con vascularización atípica y un retículo fino típico en periferia (fig. 2). ¿Cuál es su diagnóstico?

Comentario

Se realizó microscopia confocal de la lesión que reveló una epidermis con abundantes células dendríticas, así como una desestructuración de la unión dermoepidérmica donde también se observaron células atípicas (fig. 3). La lesión fue extirpada con el diagnóstico histológico de lentigo maligno extrafacial (LME).

Los LME son melanomas de patrón lentiginoso asociados a daño solar crónico cuya incidencia está aumentando¹⁻³. Se ha descrito un modelo de progresión clínica y su representación dermatoscópica de estas lesiones^{2,4}. Lo primero que ocurre es la disrupción del retículo, seguido de la aparición de unas áreas borradas que presentan alrededor puntos de pigmento y estructuras triangulares, progresando a líneas anguladas y en «zig-zag». Por último, la evolución es al borramiento casi completo de la lesión, presentando únicamente una vascularización atípica central y unas líneas blancas cortas^{2,4}.

La mayor dificultad en el diagnóstico ocurre en las lesiones incipientes, que conservan muchas zonas de patrón reticular típico y una mínima distorsión del retículo, y en los casos más evolucionados, en los que se observa una pérdida casi completa del retículo, con la persistencia de unas áreas de patrón reticular en la periferia. En 2022 describimos un caso de LME muy similar al actual, que presentaba por dermatoscopia casi toda la lesión borrada con unas líneas

blancas cortas y vascularización atípica y un retículo preservado en la periferia⁵. El lentigo maligno de la figura 2 no presentaba líneas blancas centrales sino solo una vascularización atípica y un retículo periférico que ponía en evidencia el origen melanocítico de la lesión.

La detección precoz del lentigo maligno es muy importante para evitar la progresión del mismo a melanoma invasivo⁶. Existen casos muy poco expresivos, por lo que recomendamos prestar especial atención a las lesiones que tengan restos de retículo pigmentado con una vascularización atípica central, tengan o no líneas blancas cortas en su interior.

Bibliografía

1. Jaimes N, Marghoob AA, Rabinovitz H, Braun RP, Cameron A, Rosendahl C, et al. Clinical and dermoscopic characteristics of melanomas on nonfacial chronically sun-damaged skin. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:1027-35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.02.1117>.
2. Gamo-Villegas R, Pampín-Franco A, Floristán-Muruzábal U, García-Zamora E, Pinedo-Moraleda F, López-Estebarez JL. Key dermoscopic signs in the diagnosis and progression of extrafacial lentigo maligna: Evaluation of a series of 41 cases. *Australas J Dermatol.* 2019;60:288-93, <http://dx.doi.org/10.1111/ajd.13051>.
3. Lau YN, Affleck AG, Fleming CJ. Dermatoscopic features of extrafacial lentigo maligna. *Clin Exp Dermatol.* 2013;38:612-6, <http://dx.doi.org/10.1111/ced.12063>. PMID: 23837933.
4. 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, <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2010.84>.
5. Sarró-Fuente C, Gamo-Villegas R, Floristán-Muruzábal U. Dermoscopic features of extrafacial lentigo maligna. *Actas Dermosifiliogr.* 2023;114:339-40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2022.03.034>.
6. Menzies SW, Liyanarachchi S, Coates E, Smith A, Cooke-Yarborough C, Lo S, et al. Estimated risk of progression of lentigo maligna to lentigo maligna melanoma. *Melanoma Res.* 2020;30:193-7, <http://dx.doi.org/10.1097/CMR.0000000000000619>.