

7. Roth LM, Levin EH, Schwartz Ah Roth DJ. Phytophotodermatitis due to puncture from lime tree thorn. *South Med J*. 2007;100:544-5.

J.I. Galvañ-Pérez del Pulgar<sup>a,\*</sup>, M. Linares-Barrios<sup>a</sup> y J.I. Galvañ-Pozo Jr.<sup>b</sup>

<sup>a</sup> DERMACHAT (Grupo Español de Consenso on-line en Dermatología), España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Szeged, Szeged, Csongrád, Hungría

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [galvanderma@telefonica.net](mailto:galvanderma@telefonica.net) (J.I. Galvañ-Pérez del Pulgar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.06.015>

## Melanoma con fenómeno de Meyerson: características clínicas y dermatoscópicas



### Melanoma With Meyerson's Phenomenon: Clinical and Dermoscopic Features

Sr. Director:

Presentamos una mujer de 75 años de edad con antecedente de insuficiencia venosa en los miembros inferiores. Consultó por una lesión localizada en el tobillo izquierdo, de un año de evolución, que en la última semana había presentado eritema y prurito. Al examen físico se observaba una lesión ligeramente sobreelevada, de color azul oscuro y marrón, asimétrica, de límites mal definidos y 1 cm de diámetro; se encontraba rodeada por un halo de eritema y descamación, y asentaba sobre un terreno de edema y dilataciones varicosas (fig. 1). Los diagnósticos presuntivos planteados fueron lesión equimótica asociada a dermatitis por estasis venosa vs. lesión melanocítica con halo de eccema (fenómeno de Meyerson).

En la dermatoscopia detectamos la presencia de un velo azul-blancuecino y áreas desestructuradas de color marrón y negro distribuidas irregularmente (fig. 2A). A nivel del halo eritemato-descamativo observamos vasos glomerulares y puntiformes distribuidos en parches junto a descamación blancuecina fina (fig. 2B).

Los hallazgos dermatoscópicos profundizaron la sospecha de lesión melanocítica, específicamente melanoma maligno con halo eccema, por lo que realizamos una biopsia escisional de la lesión. En el estudio histopatológico de la misma se evidenció una proliferación de melanocitos atípicos con fase de crecimiento radial y vertical, migración intraepidérmica de melanocitos, nidos y placas irregulares que infiltraban la dermis papilar (fig. 3A). Estas células atípicas presentaban núcleos grandes e irregulares, con nucléolos evidentes, y ocasionales vacuolas intranucleares (fig. 3B). La epidermis adyacente presentaba acantosis con espongirosis moderada, exocitosis de linfocitos e hiperqueratosis, junto a un infiltrado inflamatorio mononuclear dispuesto en forma perivascular en la dermis (fig. 3C). Se confirmó el diagnóstico de melanoma de extensión superficial con fenómeno de Meyerson, Breslow 1,12 mm. No se observó ulceración, regresión, invasión vasculo-linfática ni neurotrofismo, siendo el índice mitótico bajo.

El halo eccema o fenómeno de Meyerson es un área de eritema y descamación que rodea simétricamente una lesión central, pudiendo ser pruriginoso o asintomático. En cuanto

a su etiopatogenia existen varias hipótesis, siendo la principal una respuesta inmunológica con predominio de linfocitos CD4 positivos sobre linfocitos CD8 positivos<sup>1</sup>. El fenómeno fue descrito originalmente en nevos melanocíticos adquiridos, pero con el tiempo surgieron reportes en todo tipo de nevos melanocíticos (congénitos, displásicos) e incluso en lesiones no melanocíticas como el carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular, las queratosis seborreicas y otros<sup>1,2</sup>. Rodins et al. comunicaron por primera vez la presencia del fenómeno de Meyerson en un melanoma *in situ*<sup>1</sup>, y más tarde Ferneiny et al. lo describen en un melanoma de extensión superficial de 0,75 mm de Breslow<sup>3</sup>.

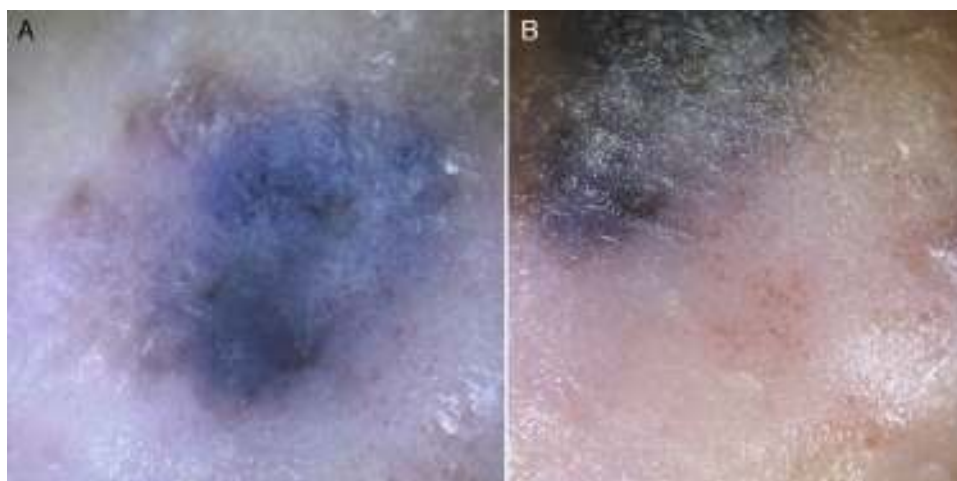
Si bien existen pocos trabajos sobre la dermatoscopia de lesiones melanocíticas con halo eccema, estos sugieren que el fenómeno inflamatorio no modifica ni oculta la visualización de estructuras y criterios dermatoscópicos, permitiendo así el correcto diagnóstico de las mismas<sup>2,4</sup>. En nuestro caso la presencia de velo azul blancuecino y áreas desestructuradas sugirieron el diagnóstico de melanoma.

En todos los tipos de dermatitis se observan vasos puntiformes, distribuidos en parches y escamo-costras amarillentas a la dermatoscopia<sup>5</sup>, similar a lo observado en nuestro caso a nivel del halo eccematoso. Las equimosis se presentan con un patrón homogéneo consistente en áreas purpúricas sin estructura en la dermatoscopia<sup>6</sup>, por lo cual desestimamos este diagnóstico en la paciente.

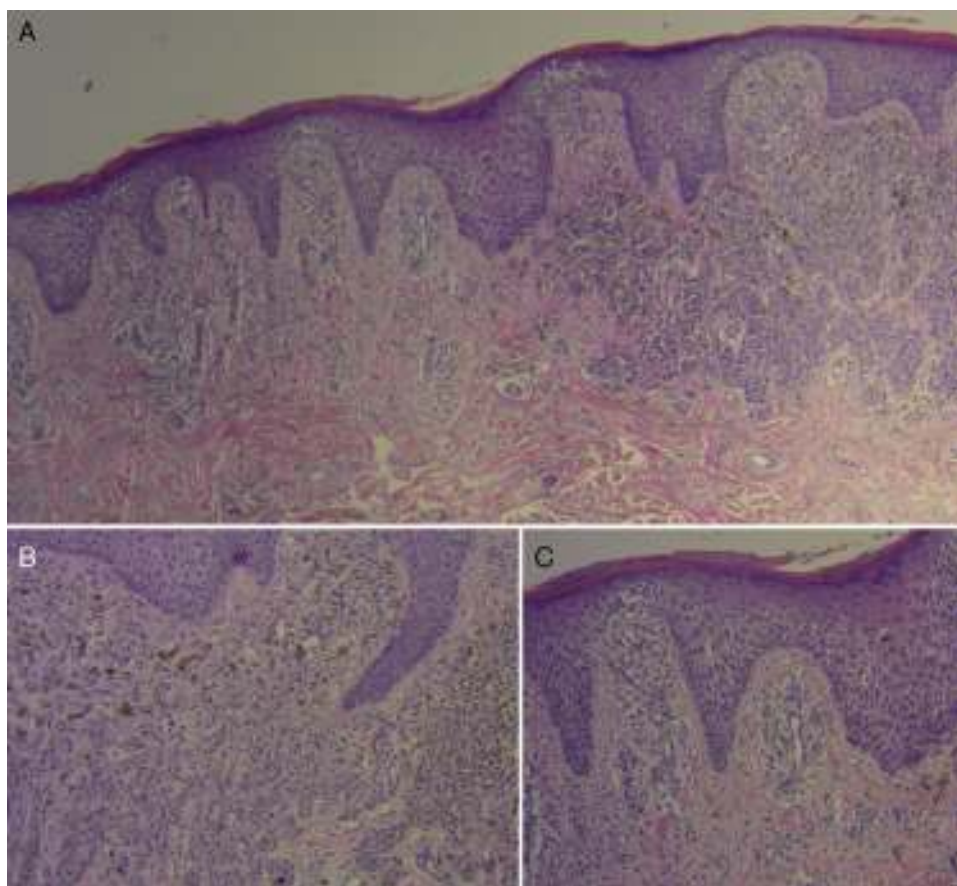
Tras la revisión de la literatura, este es el primer caso en el cual se describen las características dermatoscópicas de un melanoma invasivo con fenómeno de Meyerson. Estamos de acuerdo con los autores mencionados previamente<sup>1,3</sup> en que este fenómeno no debe constituir un



**Figura 1** Presentación clínica. Lesión sobreelevada, de color azul oscuro y marrón, asimétrica, de límites mal definidos, 1 cm de diámetro; rodeada por halo de eritema y descamación. Terreno de edema y dilataciones varicosas.



**Figura 2** Dermatoscopia. A) Velo azul-blanquecino y áreas desestructuradas de color marrón y negro distribuidas irregularmente. B) Vasos glomerulares y puntiformes junto a descamación blanquecina fina a nivel del halo eritemato-descamativo.



**Figura 3** Histopatología: A) Proliferación de melanocitos atípicos con fase de crecimiento radial y vertical, migración intraepidérmica de melanocitos, y nidos y placas irregulares que infiltran la dermis papilar (H&E  $\times 4$ ). B) Células atípicas con núcleos grandes e irregulares, nucléolos evidentes y ocasionales vacuolas intranucleares (H&E  $\times 10$ ). C) Epidermis adyacente con acantosis, espongiosis moderada y excitosis de linfocitos, junto a un infiltrado inflamatorio mononuclear dispuesto en forma perivascular en la dermis (H&E  $\times 10$ ).

signo tranquilizador, ya que no es exclusivo de nevos; deben evaluarse las características dermatoscópicas de la lesión pigmentada, para determinar la benignidad o malignidad de la misma, y tomar lo conducta adecuada.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no poseer conflicto de intereses ni haber recibido financiación para este trabajo.

## Agradecimientos

A las doctoras Ana Lucía López y María Victoria Rodríguez-Kowalczyk, por su aporte en la redacción y revisión de este trabajo.

## Bibliografía

1. Rodins K, Byrom L, Muir J. Early melanoma with halo eczema (Meyerson's phenomenon). *Australas J Dermatol.* 2011;52:70-3.
2. Gabbi TV, Omar ED, Criado PR, Valente NY, Martins JE. Clinical, dermoscopic and histopathological evaluation of the Meyerson nevus: Aase report. *An Bras Dermatol.* 2010;85:681-3.
3. Ferneiny M, Pansé I, Scharzt N, Battistella M, Verola O, Morel P, et al. Disseminated perinaeic Meyerson phenomenon revealing melanoma. *Ann Dermatol Venereol.* 2012;139:137-41.
4. Larre Borges A, Zalaudek I, Longo C, Dufrechou L, Argenziano G, Lallas E, et al. Melanocytic nevi with special features: Clinical-dermoscopic and reflectance confocal microscopic-findings. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:833-45.

5. Lallas A, Giacomel J, Argenziano G, García-García B, González-Fernández D, Zalaudek I, et al. Dermoscopy in general dermatology: Practical tips for the clinician. *Br J Dermatol.* 2014;170:514-26.
6. Vázquez-López F, García-García B, Sánchez-Martín J, Argenziano G. Dermoscopic patterns of purpuric lesions. *Arch Dermatol.* 2010;146:938.

L.A. Bollea-Garlatti\*, L.M. Molinari,  
G.N. Galimberti y R.L. Galimberti

*Servicio de Dermatología, Centro de Cáncer de Piel y Cirugía Micrográfica de Mohs, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [agubollea@hotmail.com](mailto:agubollea@hotmail.com),  
[agubollea@gmail.com](mailto:agubollea@gmail.com) (L.A. Bollea-Garlatti).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.06.013>

## Queratoacantoma digital distal en paciente con incontinencia pigmenti



### Distal Digital Keratoacanthoma in Patients With Incontinentia Pigmenti

Sr. Director:

El queratoacantoma digital distal (QDD) o queratoacantoma subungueal es una variante infrecuente y agresiva del queratoacantoma (QA), que suele desarrollarse en el tejido subungueal distal, o afectar al pliegue ungueal proximal ocasionando paroniquia, y que aparece como una tumoración subungueal dolorosa de crecimiento y recurrencia frecuente<sup>1,2</sup>. Presentamos una paciente con incontinencia pigmenti (IP) en la que se desarrolló un QDD.

Una mujer de 59 años con antecedentes personales de IP, consultó por la aparición de una lesión bajo la uña del primer dedo del pie izquierdo, de 2 meses de evolución, sin antecedente traumático, que le ocasionaba intenso dolor con el roce. En la exploración física se observó una tumoración hiperqueratósica que destruía el borde distal externo de la uña del primer dedo del pie izquierdo, levemente infiltrada (fig. 1). La radiografía simple del pie no encontró afectación ósea. Tras la escisión quirúrgica, el examen histopatológico de la lesión mostró un epitelio hiperplásico rodeando áreas de quistificación central, presentando queratinocitos disqueratósicos y con escasa atipicidad citológica. La tinción para la oncoproteína p53 fue negativa, mientras que con Ki-67 se observaron algunas células en fase divisional fuera de la capa basal epidérmica. Todo ello fue compatible con queratoacantoma digital distal subungueal. Un mes y medio después, la paciente consultó por reaparición de una lesión de características similares sobre la zona de intervención previa, sugerente de recidiva tumoral. La ecografía ungueal de la lesión mostró un engrosamiento de la lámina ungueal

con una lesión oval isoecogénica de 0,71 cm de eje mayor bajo esta (fig. 2), sin aumento de vascularización central en el Doppler. Debido a este hecho se le volvió a extirpar quirúrgicamente la lesión con idéntico diagnóstico.

El QDD es un subtipo poco habitual y destructivo del QA con mayor prevalencia en el sexo masculino, y predilección por los 3 primeros dedos de la mano<sup>3</sup>. El QDD normalmente aparece como un nódulo verrucoso o hiperqueratósico de rápido crecimiento, muy doloroso, que aparece en el borde digital distal de la uña, separando la lámina del lecho ungueal y, habitualmente, asociado a onicolisis<sup>4,5</sup>. El rápido crecimiento hace que el QDD ocasione frecuentemente una erosión ósea por compresión, que radiográficamente aparece como un defecto cupuliforme de bordes netos en la falange distal, sin esclerosis ni reacción perióstica acompañante<sup>1,4,5</sup>. La ecografía suele observar una masa de ecogenicidad media con refuerzo acústico posterior debido a la erosión cortical de la falange distal<sup>6</sup>. El diagnóstico se confirma histológicamente por la presencia de áreas de hiperqueratosis y paraqueratosis epidérmica asociadas a un cráter central relleno de queratina<sup>5</sup>, siendo muy habitual la presencia de eosinófilos disqueratósicos<sup>1,7</sup>. Una entidad con similitudes clínicas e histológicas es el tumor subungueal doloroso de la incontinencia pigmenti (STIP),



**Figura 1** Tumoración hiperqueratósica que destruye el borde distal externo de la uña del primer dedo del pie izquierdo: A) visión superior; B) visión lateral inferior.