

Utilidad de la dermatoscopia para el diagnóstico diferencial del lentigo maligno del resto de máculas pigmentadas en rostro

Dermoscopy utility for the differential diagnosis of lentigo maligna from the rest of facial pigmented macules

María Serra¹, Enrique Valente¹, María Kurpis², Alejandro Ruíz Lascano³

RESUMEN

Antecedentes: La diferenciación clínica de máculas pigmentadas en rostro puede ser dificultosa. No es raro el diagnóstico de malignidad en lesiones clínicamente triviales. Además, en esta localización la dermatoscopia presenta criterios específicos debido a la histología particular observada en zonas fotoexpuestas.

Objetivos: Describir las características dermatoscópicas observadas en máculas pigmentadas en rostro de pacientes vistos en el Servicio de Dermatología del Hospital Privado de Córdoba. Determinar la sensibilidad y especificidad de la dermatoscopia para el diagnóstico de máculas pigmentadas en rostro. Investigar la frecuencia de hallazgos sugestivos de lentigo maligno (LM) en otras máculas pigmentadas de la cara.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio de diagnóstico, observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años con máculas pigmentadas en rostro que fueron atendidos en el servicio de Dermatología del Hospital Privado de Córdoba durante el período de un año.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes y 56 máculas pigmentadas. Los criterios dermatoscópicos más frecuentes fueron los puntos/glóbulos grises, los puntos/glóbulos oscuros, las áreas homogéneas claras y las aperturas foliculares asimétricas. Los criterios más sensibles y específicos para el diagnóstico de LM fueron las áreas homogéneas oscuras, las líneas oscuras, las aperturas foliculares asimétricas y las estructuras romboidales.

Conclusión: No se encontró un único criterio dermatoscópico que sea específico de lentigo maligno/lentigo maligno melanoma (LM/LMM). Se alcanzó una máxima sensibilidad y especificidad al combinar 3 ó 4 criterios. (*Dermatol. Argent.*, 2014, 20(1): 41-48).

Palabras clave:

dermatoscopia, máculas pigmentadas, rostro, lentigo maligno.

ABSTRACT

Background: Clinical differentiation between pigmented macules on the face can be difficult. A histopathological diagnosis of malignancy is not uncommon in clinically trivial lesions. Moreover, at this site dermoscopy reveals specific criteria according to the particular histological architecture shown by sun-damaged skin.

Objectives: Describe the dermoscopic features in facial pigmented macules studied at the Dermatology Department of Hospital Privado de Córdoba patients. Determine the

Keywords:

dermatoscopia, pigmented macules, face, lentigo maligna.

sensitivity and specificity of dermoscopy for the diagnosis of facial pigmented macules, differential diagnosis. Investigate the frequency of dermatoscopic findings suggestive of lentigo maligna (LM) in other facial pigmented macules.

Material and Methods: We performed a diagnostic study, prospective, descriptive, observational and cross sectional. We included all patients older than 15 years old with facial pigmented macules assessed in the dermatology department during a year.

Results: We included 53 patients and 56 pigmented macules. The most frequent dermatoscopic features were grey dots/globules, dark dots/globules, light brown homogeneous area and the asymmetric pigmented follicular openings. The most sensible and specific features for the LM diagnosis were dark homogeneous area, dark streaks, asymmetric pigmented follicular openings and rhomboidal structures.

Conclusion: We didn't find a single specific dermatoscopic feature for lentigo maligna/lentigo maligna melanoma (LM/LMM). It reached a maximum sensitivity and specificity by combining 3 or 4 features. (*Dermatol. Argent.*, 2014, 20(1): 41-48).

Fecha de recepción: 05/02/2014 | **Fecha de aprobación:** 14/03/2014

Introducción

La dermatoscopia es un estudio in vivo no invasivo, útil para el diagnóstico de lesiones pigmentadas, que se basa fundamentalmente en la interpretación por el médico examinador de las características morfológicas no visibles al ojo desnudo.¹

Estudios recientes indican que la dermatoscopia mejora la diferenciación diagnóstica de lesiones pigmentadas en piel en aproximadamente un 10-30%.^{2,3}

Los criterios usados para esta diferenciación son las características derivadas de la red pigmentaria. Esta red pigmentaria es uno de los patrones dermatoscópicos observados en lesiones melanocíticas que a nivel histológico se encuentra representada por las redes de crestas epidérmicas: los orificios corresponden a las células pigmentadas de la zona de la papila y las líneas a las células que se ubican en la zona interpapilar.⁴

Las características derivadas de la red pigmentaria no son válidas en zonas fotoexpuestas como la cara, ya que las redes de crestas se aplanan. El patrón reticular pigmentado en rostro está dado por la falta de pigmentación de los folículos y por las aperturas de las glándulas sudoríparas y sebáceas y se denomina pseudored pigmentaria. Esta pseudored se observa tanto en lesiones melanocíticas como no melanocíticas, por lo que no es útil para su distinción. Por este motivo es necesario utilizar otros criterios dermatoscópicos para llegar al diagnóstico.^{2,5-8}

¹ Médico Dermatólogo

² Médica Anatomopatóloga

³ Médico dermatólogo. Jefe del Servicio y director de la carrera de posgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba

Hospital Privado de Córdoba

Correspondencia: María Serra, Naciones Unidas 346, CP 5016, Córdoba. mariaserra-21@hotmail.com

El diagnóstico diferencial de máculas pigmentadas en rostro tales como LM, LMM, queratosis seborreica incipiente (QSI), lentigo solar (LS), queratosis actínica pigmentada (QAP), entre otras, puede ser todo un desafío. Son lesiones que ofrecen dificultad diagnóstica tanto en la clínica como en la dermatoscopia, sobre todo en estadios tempranos. No es infrecuente el diagnóstico histopatológico de malignidad en lesiones sin alteraciones clínicamente sospechosas. Por lo tanto, no se debería excluir un diagnóstico de malignidad cuando se examina una lesión pigmentada en rostro con ABCDE negativo.^{2,3,5,6,9-13}

Schiffner *et al.* describieron características dermatoscópicas para el reconocimiento del LM/LMM y un modelo de progresión de LM.^{3,12} (Gráfico I).

Si bien el diagnóstico de certeza sólo se establece por la histopatología, la dermatoscopia nos permite arribar a un diagnóstico prequirúrgico más preciso.

Es importante tener en cuenta que en rostro se usan criterios dermatoscópicos diferentes debido a que no son válidos los criterios derivados de la red pigmentaria. La identificación de criterios dermatoscópicos de malignidad puede ayudar a la extirpación de LM/LMM en fase temprana antes de que la lesión se asocie con signos clínicos (ABCDE) de melanoma. Ésto, probablemente, permita una total extirpación de la lesión lo cual ayuda a mejorar el pronóstico y el resultado cosmético.

Objetivos

Describir las características dermatoscópicas observadas en máculas pigmentadas en el rostro de pacientes vistos en el Servicio de Dermatología del Hospital Privado de Córdoba; determinar sensibilidad y especificidad de la dermatoscopia para el diagnóstico de máculas pigmentadas en rostro e investigar la frecuencia de hallazgos sugestivos de LM en otras máculas pigmentadas.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio de diagnóstico, observacional, transversal, prospectivo y descriptivo.

La población de estudio fueron los pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años con máculas pigmentadas en el rostro atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Privado de Córdoba y derivados para biopsia desde noviembre del año 2011 a noviembre del año 2012. Se excluyeron los pacientes que tenían lesiones clínicamente compatibles con efélide, melasma y máculas postinflamatorias.

Todos los pacientes fueron evaluados clínica y dermatos-

TABLA I: Criterios dermatoscópicos de Schiffner modificados

Aperturas foliculares asimétricas
Estructuras tipo huella digital
Líneas oscuras (marrón o negras)
Líneas marrón claras
Líneas gris pizarra
Glóbulos oscuros
Glóbulos marrón claros
Glóbulos gris pizarra
Puntos oscuros
Puntos marrón claros
Puntos gris pizarra
Estructura romboidal oscura
Estructura romboidal marrón claro
Área homogénea oscura
Área homogénea marrón claro
Área homogénea blanca
Área homogénea gris pizarra
Área homogénea amarilla opaca
Estructura tipo velo
Pseudored oscura
Pseudored marrón clara

cópicamente. (Dermoscopio Dermlite multiespectral 3Gen) y se les tomaron fotografías. (Cámara Sony cybershot 12,1 megapíxeles, 4 x optical zoom).

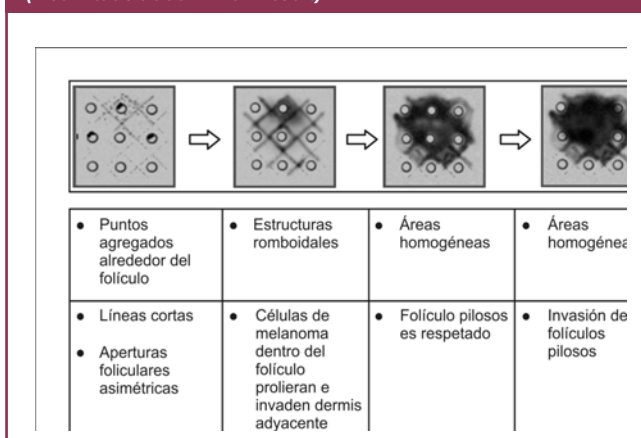
Se registró en una ficha edad, sexo, fototipo, fotodaño, localización de la lesión y criterios dermatoscópicos de Schiffner modificados.^{3,12} (Tabla I)

Para la valoración del fotodaño se tuvo en cuenta la escala de Glogau modificada; se dividió a los pacientes en 3 categorías de fotodaño (leve, moderado y severo) de acuerdo a la edad, las arrugas, los cambios pigmentarios y la presencia de queratosis.

Se realizaron biopsias incisionales con estudio histopatológico y todas las muestras fueron analizadas por el mismo patólogo. Posteriormente se analizaron las fotos clínicas y dermatoscópicas por 2 observadores, determinándose la presencia o ausencia de los criterios. Las fotos fueron analizadas sin conocimiento del resultado histopatológico.

Se utilizaron sólo 17 de los 27 criterios dermatoscópicos descriptos por Schiffner. No se tuvieron en cuenta los pseuquistes de milium, las estructuras en racimo de uvas, las estructuras cerebriformes, las aperturas pseudofolicula-

GRÁFICO I: Modelo de progresión del lentigo maligno
(Modificado de Schiffner R et ál.)



res ni las redes oscura y clara debido a que son criterios que generalmente se observan en lesiones que no son maculares.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó un método descriptivo para las variables cualitativas y se realizó un cálculo bivariado de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se compararon los LM con el resto de las lesiones (grupo “No LM”).

Resultados

De 69 pacientes, se excluyeron 16 por no reunir los criterios de inclusión por lo que se obtuvo un total de 53 pacientes y 56 máculas pigmentadas.

De los 53 pacientes, 31 (58,49%) fueron mujeres y 22 (41,51%) hombres, con una edad promedio de 56 años (rango de 32-84 años). El fototipo más frecuente fue el tipo II (71,7%) y los tres grados de fotodaño (leve, moderado, severo) se presentaron con una frecuencia similar, de aproximadamente 30%. Los pacientes con fotodaño leve tenían entre 20 y 30 años, mínimas arrugas, leves cambios pigmentarios, sin queratosis; los pacientes con fotodaño moderado tenían entre 30-40 años, algunos lentigos, queratosis palpables pero no visibles y arrugas de expresión y los pacientes con fotodaño severo tenían más de 50 años, presentaban discromía evidente con telangiectasis, queratosis visibles y arrugas fijas.

Cerca del 60% de las lesiones (n:56) se localizaron en región malar y mejillas, seguido por nariz y frente con un porcentaje menor (12 y 5% respectivamente).

De las 56 máculas pigmentadas, 2 (3,6%) fueron LM y 54 (96,4%) se clasificaron como “No LM”. Dentro del grupo “No LM”, el 68% fueron queratosis actínicas pigmentadas, el 13% lentigos solares, el 4% queratosis seborreicas

y el 15% restante otras lesiones entre las que se destacan un nevo displásico, un nevo displásico de alto grado y eritema discrómico pertans. (Gráfico II)

Al analizar los criterios dermatoscópicos, se encontró que los más frecuentes (n:56) fueron los puntos/glóbulos grises (27/48,21%), los puntos/glóbulos oscuros (17/30, 35%), las áreas homogéneas claras (16/28,57%) y las aperturas foliculares asimétricas (14/25%). En los LM (n:2) fueron las aperturas foliculares asimétricas (Foto 1), las líneas oscuras (Foto 2) y las áreas homogéneas oscuras (Foto 3) que estuvieron presentes en el 100%. En el caso del grupo “No LM”, los criterios más frecuentes fueron los puntos/glóbulos gris pizarra (Foto 4) (26/46,43%), las áreas homogéneas marrón claro (16/28,6%), los puntos/glóbulos oscuros (16/28,6%) y las aperturas foliculares asimétricas (12/21,4%). (Gráfico III)

Los criterios más sensibles y específicos para el diagnóstico de LM fueron las áreas homogéneas oscuras (S:100%; E:94,44%), las líneas oscuras (S:100%; E:88,89%), las aperturas foliculares asimétricas (S:100%; E:77,78%) y las estructuras romboidales (foto 5) (S:50%; E:92,59%). (Tabla II) Se obtuvo una mayor sensibilidad y especificidad al combinar estos 4 criterios. (Tabla III)

GRÁFICO II: Tipos de máculas pigmentadas en rostro

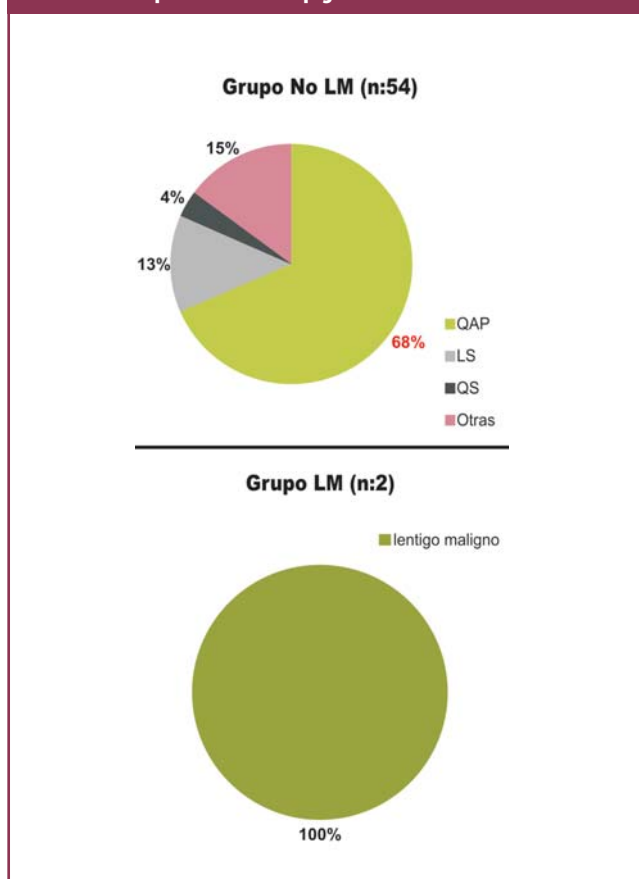


GRÁFICO III: Criterios dermatoscópicos observados con mayor frecuencia

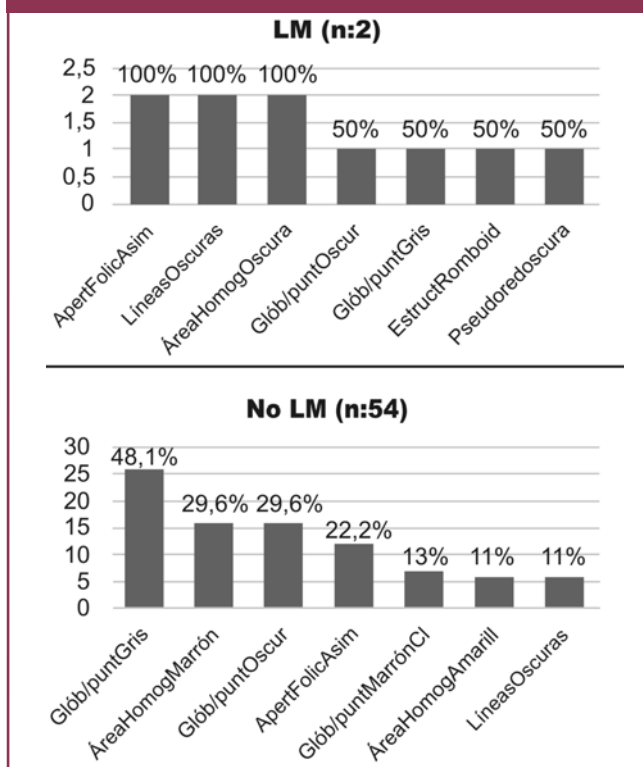


TABLA II: sensibilidad y especificidad de los principales criterios dermatoscópicos para el diagnóstico de LM.

CRITERIO (n° / %)	S % (IC 95%)	E % (IC 95%)	VPP % (IC 95%)	VPN % (IC 95%)
Área homogénea oscura (5 / 8,93%)	100 (34,24-100)	94,44 (84,89-98,09)	40 (11,76-76,93)	100 (93-100)
Líneas oscuras (8 / 14,29%)	100 (34,24-100)	88,89 (77,81-94,81)	25 (7,15-59,07)	100 (92,59-100)
Apert folic asimétricas (14 / 25%)	100 (34,24-100)	77,78 (65,05-86,8)	14,29 (4-39,94)	97,67 (87,94-99,59)
Estructuras romboidales (5 / 8,93%)	50 (9,45-90,55)	92,59 (82,45-97,08)	20 (3,62-62,45)	98,04 (89,7-99,65)
Glób/puntos oscuros (17 / 30,36%)	50 (9,45-90,55)	70,37 (57,17-80,86)	5,88 (1,04-26,98)	97,44 (86,82-99,55)
Glób/puntos grises (27 / 48,21%)	50 (9,45-90,55)	51,85 (38,85-64,61)	3,7 (0,65-18,28)	96,55 (82,82-99,39)
Estructura tipo huella digital (3 / 5,36%)	0 (0-56,15)	94,44 (84,89-98,09)	0 (0-56,15)	94,44 (78,88-95,09)
Área homogénea amarilla (6 / 10,71%)	0 (0,56,15)	88,89 (77,81-94,81)	0 (0-39,03)	94,12 (84,08-97,98)
Glób/Puntos claros (7 / 12,5%)	0 (0,56,15)	87,04 (75,58-93,58)	0 (0-35,43)	94 (83,78-97,94)
Área homogénea clara (16/28,57%)	0 (0,56,15)	70,37 (57,17-80,86)	0 (0-19,36)	95 (80,57-97,48)

S: sensibilidad E: especificidad VPP: valor predictivo positivo VPN: valor predictivo negativo IC: intervalo de confianza n°: número de lesiones que tuvieron dicho criterio

TABLA III: sensibilidad y especificidad al combinar criterios dermatoscópicos

N° DE CRITERIOS	S %	E %	VPP %	VPN%
1	100	81,48	16,67	100
2	100	90,74	28,57	100
3	100	94,44	40	100
4	50	98,15	50	98,15

S: sensibilidad E: especificidad VPP: valor predictivo positivo VPN: valor predictivo negativo

Cuando se analizó la sensibilidad y especificidad de estos 4 criterios para el diagnóstico de LM en comparación sólo con las QAP del grupo “No LM”, la sensibilidad de dichos criterios se mantuvo pero la especificidad aumentó, la cual llegó a ser del 100% para las estructuras romboidales y las áreas homogéneas oscuras, ya que estos dos criterios no se observaron en ninguna QAP. (Tabla IV)

Los criterios que se encontraron específicos para lesiones “No LM” fueron las estructuras tipo huella digital, las áreas homogéneas amarillas opacas, los puntos/glóbulos marrón claro y las áreas homogéneas marrón claro. (Tabla II)

Discusión

Sólo hay publicados tres estudios comparativos sobre criterios dermatoscópicos de LM/LMM. El resto de la bibliografía encontrada expone la frecuencia de determinadas características dermatoscópicas en diferentes tipos de lesiones en rostro sin ser comparativos.

TABLA IV: sensibilidad y especificidad de criterios para el diagnóstico de LM al comparar sólo con QAP.

CRITERIO	S %	E %	VPP %	VPN %
Área homogénea oscura	100	100	100	100
Líneas oscuras	100	94,59	50	100
Apert folic asimétricas	100	86,49	28,57	100
Estructuras romboidales	50	100	100	97,37

S: sensibilidad E: especificidad VPP: valor predictivo positivo VPN: valor predictivo negativo

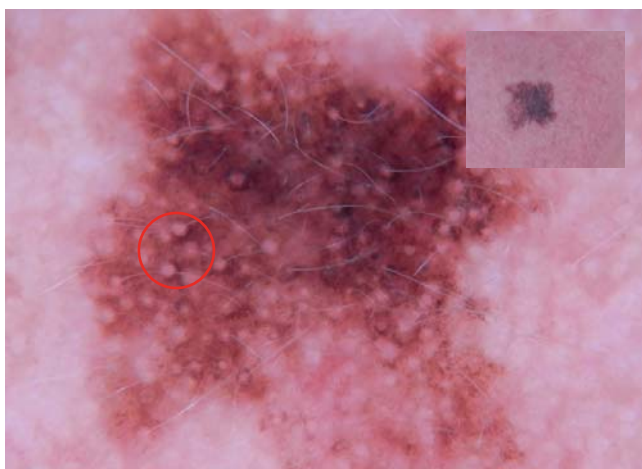


FOTO 1: Aperturas foliculares asimétricas.

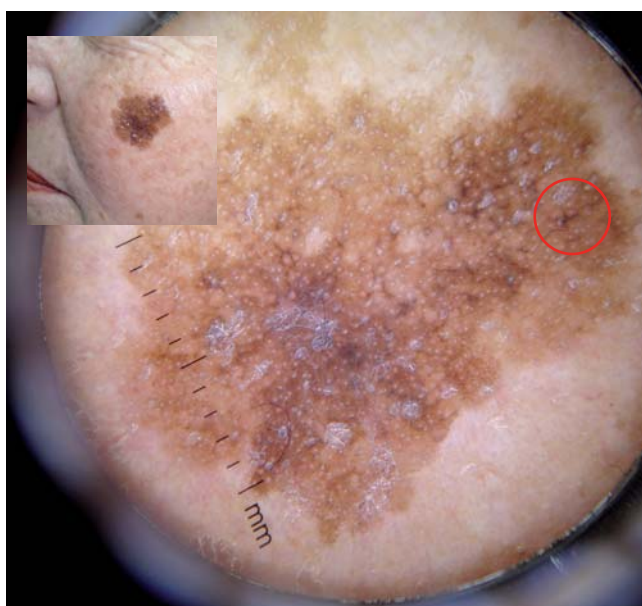


FOTO 2: Líneas cortas oscuras.



FOTO 3: Áreas homogéneas oscuras.

En nuestro trabajo las áreas homogéneas oscuras, las líneas oscuras y las aperturas foliculares asimétricas fueron los criterios más sensibles para el diagnóstico de LM ya que se observaron en el 100% de estas lesiones. La especificidad fue del 94, 89 y 78% respectivamente, debido a que estuvieron presentes en máculas clasificadas dentro del grupo “No LM”. Las áreas homogéneas oscuras se observaron en el nevo displásico, en el nevo displásico de alto grado y en una queratosis seborreica; las líneas oscuras se vieron en el nevo displásico, el nevo displásico de alto grado, en el eritema discrómico pertans y en 3 queratosis actínicas pigmentadas mientras que las aperturas foliculares asimétricas se vieron en esas mismas lesiones y en un lentigo solar. Las estructuras romboidales fueron menos sensibles ya que solo estuvieron presentes en el 50% de los LM, pero tuvieron una alta especificidad (92,59%). Este criterio se observó en el nevo displásico, el nevo displásico de alto grado y el eritema discrómico pertans del grupo “No LM”.

No hubo criterios específicos de malignidad, todos estuvieron en lesiones del grupo “No LM”. Cuando comparamos LM con QAP las estructuras romboidales y las áreas homogéneas oscuras fueron específicas para el diagnóstico de LM.

Al combinar estos 4 criterios la sensibilidad y especificidad aumentaron, se alcanzó una especificidad cercana al 100% cuando se encontraron presentes los 4 criterios. (Tabla III)

A diferencia de los criterios de LM, las áreas homogéneas amarillas, las estructuras tipo huella digital, los puntos/glóbulos marrón claro y las áreas homogéneas marrón claro fueron específicos del grupo “No LM” ya que no se observaron en LM.

Los tres artículos comparativos publicados difieren con el nuestro y entre sí en los criterios de inclusión.

En 2000, Schiffner *et al.*³ compararon las características dermatoscópicas de LM, LMM, LS y QSI en rostro y describieron criterios específicos para el diagnóstico de LMM.

De 87 lesiones analizadas, los parámetros más indicativos de LM fueron las aperturas foliculares asimétricas, las estructuras romboidales y los puntos y glóbulos gris con un 89% de sensibilidad y 96% de especificidad.

Las estructuras romboidales fueron específicas para LM/LMM, no se observaron en lesiones benignas.

Las áreas amarillas opacas y las estructuras en huella digital fueron específicas de benignidad. (QSI/LS).

En 2004, Sahin *et al.*² compararon los criterios dermatoscópicos de Schiffner en 66 lesiones de rostro. Encontraron que las aperturas foliculares asimétricas, las líneas oscuras, las estructuras romboidales, y los puntos y glóbulos oscuros fueron diagnósticos de lesiones malignas; las estructu-

TABLA V: Comparación de artículos

	Serra et al. (2013)	Schiffner et al. (2000)	Sahin et al. (2004)	Akay et al. (2010)
N	56 máculas	87 lesiones	66 lesiones	89 lesiones
Inclusión	Máculas pigmentadas	LM/LMM-QSI-LS	LM/LMM-QS-QSI-LS	LM/LMM VS QAP
Criterios más sensibles y específicos para LM	Apert folic asimétricas Líneas oscuras Estructuras romboidales Áreas homog oscuras	Apert folic asimétricas Estructuras romboidales Puntos/glób grises	Apert folic asimétricas Estructuras romboidales Líneas oscuras Puntos/glób oscuros	Cualquier criterio de malignidad puede observarse en las QAP excepto las áreas homogéneas oscuras
Criterios específicos de LM	LM vs todas las lesiones "no LM": no hubo criterio específico. LM vs QAP: áreas homogéneas oscuras y estructuras romboidales fueron específicas de LM	Estructuras romboidales	Estructuras romboidales	Áreas homogéneas negras
Criterios específicos de grupo "No LM"	Áreas amarillas Estructuras tipo huella digital Puntos/glób marrón claro Áreas marrón claro	Áreas amarillas Estructuras tipo huella digital.	Áreas amarillas Estructuras tipo huella digital.	-

ras romboidales fueron específicas de LM. Las áreas homogéneas amarillas y las estructuras tipo huella digital fueron específicas de benignidad.

En 2010, Akay *et al.*¹³ discutieron la especificidad de dichos criterios en un estudio prospectivo de 1 año de evolución. Solo incluyeron lesiones con criterios sugestivos de LM. Investigaron los criterios dermatoscópicos que distinguen las QAP del LM en 89 lesiones y concluyeron que todas las características dermatoscópicas del LM también se encuentran en las QAP, con excepción de zonas homogéneas negras; las más frecuentes son puntos gris pizarra. (Tabla V).

Conclusión

Las características (criterios) observadas con más frecuencia fueron: los puntos/glóbulos grises, los puntos/glóbulos oscuros, las áreas homogéneas marrón claro y las aperturas foliculares asimétricas.

Los criterios más sensibles y específicos para el diagnóstico de LM fueron las aperturas foliculares asimétricas, las líneas oscuras, las áreas homogéneas oscuras y las estructuras romboidales.

No se encontró un único criterio dermatoscópico que sea específico de LM/LMM al comparar con todas las lesio-



FOTO 4: Puntos/glóbulos gris pizarra.



FOTO 5: Estructuras romboidales.

nes del grupo “No LM” pero al comparar sólo con las QAP, las áreas homogéneas oscuras y las estructuras romboidales fueron específicas de LM.

Se alcanzó una máxima sensibilidad y especificidad al combinar 3 ó 4 criterios de los siguientes: áreas homogéneas oscuras, líneas oscuras, aperturas foliculares asimétricas y estructuras romboidales.

Todos los criterios dermatoscópicos sugestivos de LM se observaron en la lesiones del grupo “No LM” con una frecuencia variable: las aperturas foliculares asimétricas en 12 (21,4%) lesiones, las líneas oscuras en 6 (10,7%), las estructuras romboidales en 4 (7,1%) y las áreas homogéneas oscuras en 3 (5,3%).

Por lo tanto, la dermatoscopia es una herramienta no invasiva, útil para el diagnóstico más preciso prequirúrgico de máculas pigmentadas en rostro, que requiere el uso de criterios específicos.

Permite la detección de LM/LMM en una fase temprana, previo a la presencia de cambios clínicos pero no reemplaza al estudio histopatológico ya que otras lesiones distintas de LM pueden presentar criterios dermatoscópicos sugestivos de malignidad.

Bibliografía

1. Peralta R., Cohen Sabban E., Puig S., Malvey J. et al. Lentigo maligno/lentigo maligno melanoma. Dermatoscopia y microscopia de reflectancia confocal como herramientas diagnósticas. *Dermatol Argent* 2012;18:357-365.
2. Sahin M. T., Oztürkcan S., Ermertcan A. T., Güneş A. T. A comparison of dermoscopic features among lentigo senilis/initial seborrheic keratosis, seborrheic keratosis, lentigo maligna and lentigo maligna melanoma on the face. *J Dermatol* 2004; 31:884-889.
3. Schiffner R., Schiffner-Rohe J., Vogt T., Landthaler M. et al. Improvement of early recognition of lentigo maligna using dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:25-32.
4. Weigert U., Stolz W., Cabo H. Melanoma lentigo maligno, en *Dermatoscopia*, Horacio Cabo, Ediciones Journal, 2º Ed., Buenos Aires, 2012:227-236.
5. Stoltz W., Schiffner R., Burgdorf W. Dermatoscopy for facial pigmented skin lesions. *Clin Dermatol* 2002; 20: 276-278.
6. Pralong P., Bathelier E., Dalle S., Poulalhon N. Dermoscopy of lentigo maligna melanoma: report of 125 cases. *Br J Dermatol* 2012; 167: 280-287.
7. Cognetta A., Stolz W., Katz B., Tullos J. et al. Dermatoscopy of lentigo maligna. *Dermatologic Clinics* 2001;19: 307-318.
8. Malvey J., Puig S., Argenziano G., Marghoob A. A., et al. Dermoscopy report: Proposal for standardization Results of a consensus meeting of the International Dermoscopy Society. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 84-95.
9. Stante M., Giorgi V., Stanganelli I., Alfaioli B. et al. Dermoscopy for early detection of facial lentigo maligna. *Br J Dermatol* 2005; 152:361-364.
10. Tanaka M., Sawada M., Kobayashi K.. Key points in dermoscopic differentiation between lentigo maligna and solar lentigo, *J Dermatol* 2011; 38:53-58.
11. Pock L., Drlik L., Hercogova J. Dermatoscopy of pigmented actinic keratosis – a striking similarity to lentigo maligna. *Int J Dermatol* 2007; 46:414-416.
12. Schiffner R., Perusquia A. M., Stolz W. One-year follow-up of a lentigo maligna: first dermoscopic signs of growth. *Br J Dermatol* 2004; 151:1087-1089.
13. Akay BN, Kocyigit P, Heper AO, Erdem C. Dermatoscopy of flat pigmented facial lesions: diagnostic challenge between pigmented actinic keratosis and lentigo maligna. *Br J Dermatol* 2010; 163:1212-17.



PIENSE EN... Hiperplasia linfoide cutánea y elija una opción

María Victoria Rodríguez Estoup y Eliana Kos



» 1



» 2



» 3



La solución en la pág. 59