

DERMATOSCOPIA

Dermatoscopia del lentigo maligno extrafacial

Dermoscopy of extrafacial lentigo maligna

Rosario Peralta¹, Emilia N. Cohen Sabban², Sonia Rodríguez Saá³, Gabriel Salerni⁴ y Horacio A. Cabo⁵

¹ Médica Dermatóloga. Ayudante de Primera, Servicio de Dermatología, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari (UBA), CABA, Argentina

² Docente Adscripta de Dermatología (UBA). Subjefa del Servicio de Dermatología, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari (UBA), CABA, Argentina

³ Médica de Planta e Instructora de Residentes. Servicio de Dermatología, Hospital Nuestra Señora del Carmen, Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), Godoy Cruz, Mendoza, Argentina

⁴ Departamento de Lesiones Pigmentadas y Departamento de Tumores, Servicio de Dermatología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina

⁵ Profesor Adjunto (UBA). Jefe del Servicio de Dermatología, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari (UBA) CABA, Argentina

Contacto del autor: Rosario Peralta

E-mail: rosarioperalta@yahoo.com

Fecha de trabajo recibido: 30/11/2016

Fecha de trabajo aceptado: 15/12/2016

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2016, 22 (4):220-223

El lentigo maligno extrafacial (LME) es poco frecuente, afecta lugares distantes del cuero cabelludo y el rostro, y predomina en el tronco en los hombres y en las extremidades en las mujeres. Asienta sobre piel fotodañada y corresponde a un melanoma *in situ*. En su evolución, puede tornarse invasor y progresar a lentigo maligno melanoma extrafacial (LMME)¹⁻³.

Presentamos los criterios dermatoscópicos del LME¹⁻⁴ (Fotos 1 a 4):

- Pigmentación asimétrica de las aperturas foliculares: invasión folicular por proliferación irregular de células malignas, observándose como un pigmento anular excéntrico de color marrón oscuro o negro en el *ostium* folicular.

- Líneas anguladas o polígonos: aumento de la proliferación de melanocitos atípicos que forman líneas de color gris-marrón, conectadas en un ángulo o que coalescen para formar estructuras poligonales completas o incompletas.

- Regresión: consiste en finos puntos de color gris pizarra correspondientes a macrófagos cargados de melanina en la dermis superior, con aspecto de granos de pimienta.

El LME presenta bordes no bien definidos. Se debe diferenciar del melanoma extensivo superficial *in situ*, ya que puede presentar criterios dermatoscópicos de ambas lesiones, como también del lentigo solar, la queratosis actínica pigmentada y la queratosis liquenoide.

La dermatoscopia es una herramienta de gran utilidad para su reconocimiento y el diagnóstico es más probable ante la presencia de pigmentación asimétrica de las aperturas foliculares, y de líneas anguladas o polígonos; estas últimas son dos estructuras introducidas recientemente para caracterizar las líneas pigmentadas que forman ángulos en melanomas finos en la piel extrafacial dañada por el sol^{3,4}.

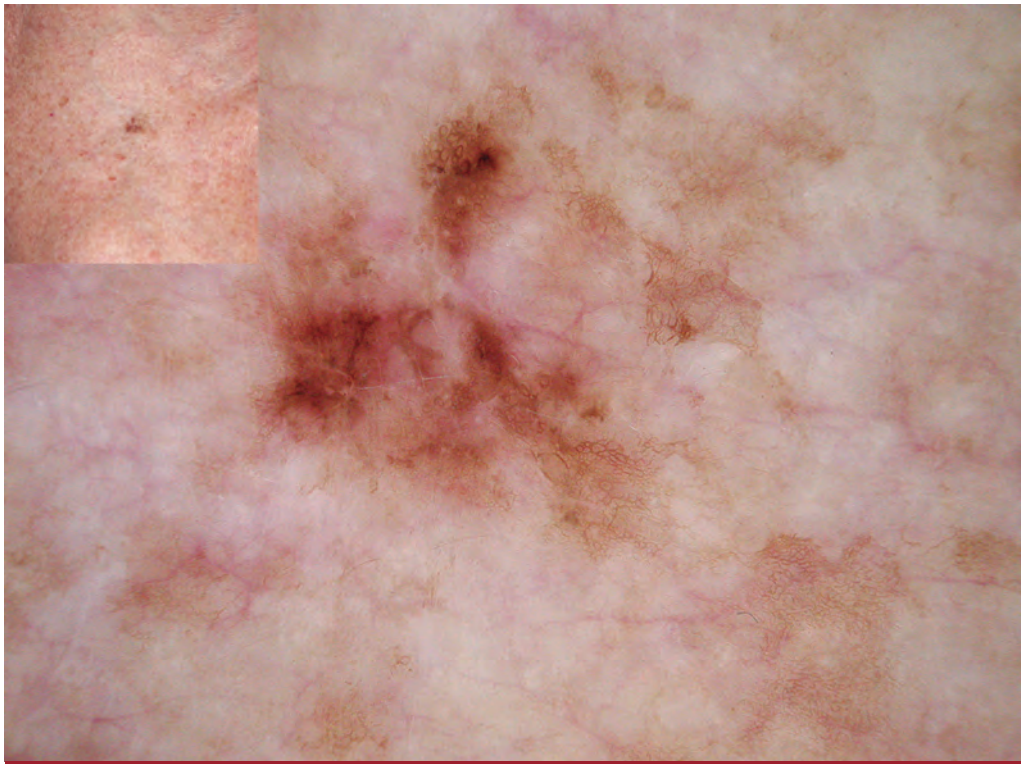


FOTO 1: Lentigo maligno extrafacial. En la fotografía se observa la pigmentación asimétrica de las aperturas foliculares y líneas anguladas.



FOTO 2: Lentigo maligno extrafacial. Pigmentación asimétrica de las aperturas foliculares. Regresión en el centro de la lesión como múltiples puntos azul-grises.

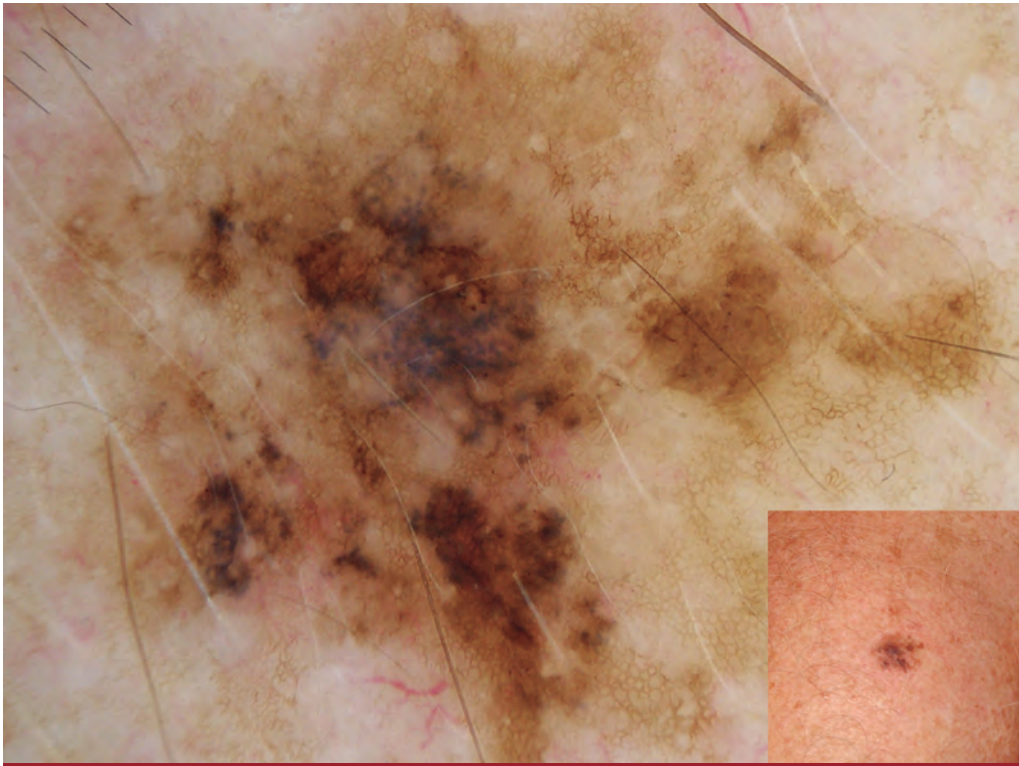


FOTO 3: Lentigo maligno extrafacial. Pigmentación asimétrica de las aperturas foliculares. Líneas anguladas que forman estructuras poligonales incompletas. Regresión.

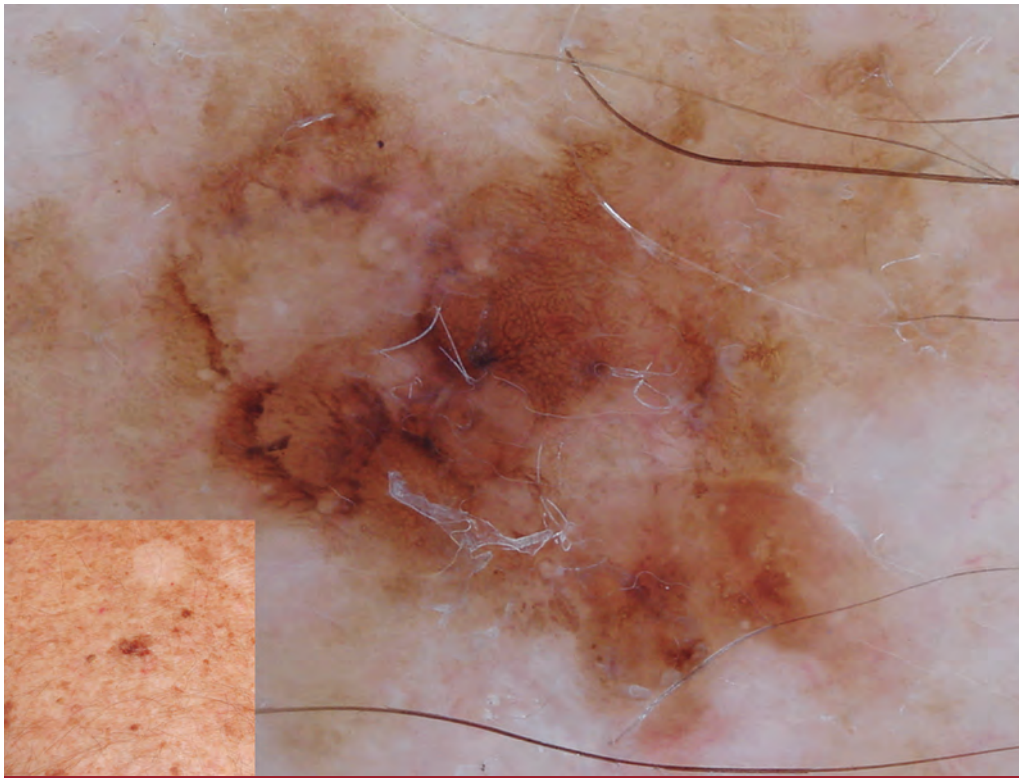


FOTO 4: Lentigo maligno extrafacial. Pigmentación asimétrica de las aperturas foliculares. Líneas anguladas que forman estructuras poligonales incompletas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Keir J. Dermatoscopic features of cutaneous non-facial and non-acral lentiginous growth pattern melanomas. *Dermatol Pract Concept* 2014;4:13.
2. Jaimes N, Marghoob AA, Rabinovitz H, et al. Clinical and dermoscopic characteristics of melanomas on nonfacial chronically sun-damaged skin. *J Am Acad Dermatol* 2015;72:1027-1035.
3. Lau YN, Affleck AG, Fleming CJ. Dermatoscopic features of extrafacial lentigo maligna. *Clin Exp Dermatol* 2013;38:612-616.
4. Kittler H, Marghoob AA, Argenziano G, et al. Standardization of terminology in dermoscopy/dermatoscopy: Results of the third consensus conference of the International Society of Dermoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2016;74:1093-1096.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Piense en... INFILTRACIÓN LINFOCÍTICA DE JESSNER / Respuestas

» 1

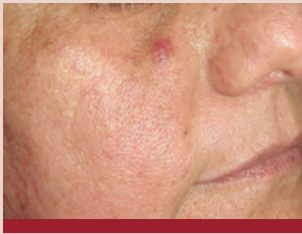


Foto 1: Placa redondeada rojo violácea en región malar derecha.

» 2



Foto 2: Placa eritematoedematosa en mejilla derecha.

» 3



Foto 3: Papulas y placas eritematosas en mejilla derecha.

SEUDOLINFOMA

- Reacción linfoproliferativa hiperplásica benigna.
- Más frecuente en las mujeres.
- Respuesta inmunitaria exagerada a fármacos, picaduras, herpes zóster, tatuajes o idiopática.
- EF: nódulo o placa solitaria eritematoviolácea, de consistencia blanda.
- Generalmente en el rostro.
- HP: infiltrado nodular de linfocitos maduros con tendencia a la formación de folículos linfoides en la dermis superficial y media. Zona interfolicular formada por una mezcla de linfocitos, plasmocitos, histiocitos y eosinófilos. Disposición en "V" del infiltrado linfoide y presencia de zona Grenz entre el infiltrado linfoide y la epidermis y anexos cutáneos permite diferenciarlo de proliferaciones linfoides neoplásicas.
- IHQ: proliferación de linfocitos B y T con predominio B.
- Tratamiento: eliminar la causa. GC sistémicos o intralesionales, criocirugía, antibióticos, PUVA terapia, radioterapia, inmunosupresores.

LUPUS TÚMIDO (LET)

- Variante del lupus eritematoso cutáneo crónico. Subtipo más fotosensible.
- Más frecuente en mujeres de 20 a 40 años.
- EF: placas eritematoedematosas únicas o múltiples, redondeadas, de superficie lisa y brillante sin atrofia ni hiperqueratosis folicular.
- Áreas fotoexpuestas.
- HP: infiltrado linfocitario perivascular superficial y profundo. Depósito dérmico de mucina. Respeto de epidermis e interfase, sin engrosamiento de MB. IFD negativa.
- Tratamiento: FPS, GC tópicos, hidroclicloroquina.
- Descartar LECSA, LES. ANA son negativos o títulos bajos.

INFILTRACIÓN LINFOCÍTICA DE JESSNER

- Trastorno infiltrativo de células T benigno, crónico y con tendencia a la recurrencia.
- Igual prevalencia en ambos sexos. Mediana edad.
- EF: pápulas o placas, únicas o múltiples, asintomáticas en general.
- En cara, cuello, escote, miembros superiores, dorso superior.
- HP: infiltrado linfocitario perivascular superficial y profundo de linfocitos policlonales y maduros. Epidermis sin alteraciones.
- Tratamiento: GC tópicos, intralesionales o sistémicos, antipalúdicos, talidomida, tetraciclina, crioterapia, MTX.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dragonetti E, Cianchini G, Mastrangelo L, Mellone P, et al. Cutaneous pseudolymphoma: a case report. *In Vivo* 2004;18:549-551.
2. Gilliam AC, Wood GS. Cutaneous lymphoid hyperplasias. *Semin Cutan Med Surg* 2000;19:133-141.
3. Laurinaviciene R, Clemmensen O, Bygum A. Successful treatment of Jessner's lymphocytic infiltration of the skin with methotrexate. *Acta Derm Venereol* 2009;89:542-543.
4. Stitt R, Fernelius C, Roberts J, Denunzio T, Arora NS. Lupus erythematosus tumidus: a unique disease entity. *Hawaii J Med Public Health* 2014;73:18-21.
5. Viglioglia P. Lupus eritematoso túmido (una forma algo olvidada del LE crónico). *Acta Terap Dermatol* 2005;28:250.