

DERMATOSCOPIA

Dermatoscopia del melanoma amelanótico/hipomelanótico

Dermoscopy of amelanotic/hypomelanotic melanoma

Gabriel Salerni¹, Rosario Peralta², Sonia Rodríguez Saá³, Emilia N. Cohen Sabban⁴ y Horacio A. Cabo⁵

¹ Médico Dermatólogo, Servicio de Dermatología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina

² Médica Dermatóloga, Ayudante de Primera, Servicio de Dermatología, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari (UBA), CABA, Argentina

³ Médica Dermatóloga, Servicio de Dermatología, Hospital Del Carmen, Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), Godoy Cruz, Provincia de Mendoza, Argentina

⁴ Docente Adscripta de Dermatología (UBA). Subjefa del Servicio de Dermatología, Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari (UBA), CABA, Argentina

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

Contacto del autor: Gabriel Salerni

E-mail: gabriel.salerni@e-derma.com.ar

Fecha de trabajo recibido: 15/8/2017

Fecha de trabajo aceptado: 22/11/2017

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

Dermatol. Argent. 2017, 23 (4): 208-210

Melanoma amelanótico es un término clínico y descriptivo utilizado con frecuencia para definir a los melanomas que carecen de pigmentación melánica^{1,2}.

Se deben distinguir dos orígenes por los que un melanoma puede contener poca melanina. Por un lado, algunos tumores producen poco o nada de melanina y, por otro, hay melanomas que han perdido parte o la totalidad de su contenido de melanina, principalmente debido a la regresión. Ambos fenómenos pueden ocurrir, incluso, dentro de la misma lesión.

El melanoma completamente amelanótico es muy raro y lo que casi siempre se observa son los melanomas hipomelanóticos. Sobre esta base, se los divide en³:

1. Melanoma amelanótico: carece de estructuras marrones oscuras, grises, azules o negras que sugieran la presencia de melanina.

2. Melanoma levemente pigmentado: se observan estructuras pigmentadas hasta en un 25% del área total de la lesión.

3. Melanoma parcialmente pigmentado: carece de pigmentación oscura (marrón oscuro, azul y negro) y tiene colores claros (celeste, gris, marrón claro); ocupa más del 25% de la superficie de la lesión y puede cubrirla en su totalidad.

Desde el punto de vista dermatoscópico, el melanoma amelanótico carece de la mayoría de los criterios que reflejan la pigmentación. Los algoritmos diagnósticos dermatoscópicos utilizados en las lesiones pigmentadas no son útiles para el diagnóstico del melanoma amelanótico, ya que se basan en parámetros específicos que no suelen observarse en las lesiones verdaderamente amelanóticas^{4,5}.

Hay tres características dermatoscópicas esenciales para examinar:

1. Vasos:

a) Vasos puntiformes: son el mejor indicador del origen melanocítico del tumor. Se observan en los melanomas finos (aunque también pueden verse en las lesiones benignas) y se localizan uniformemente en toda el área tumoral^{3,4,6}. (Foto 1)

b) Vasos lineales irregulares: se encuentran en los melanomas gruesos⁶. La combinación de vasos puntiformes y vasos lineales irregulares representa el patrón vascular más frecuente⁷ (Foto 2).

c) Glóbulos y áreas rojas lechosas: se encuentran en mayor medida en los melanomas gruesos^{6,7}(Foto 3).

2. Pigmentación: en los melanomas hipomelanóticos la dermatoscopia puede evidenciar la presencia de pigmento remanente. El factor predictivo de melanoma más importante es la despigmentación irregular (Foto 4)^{4,6}.

3. Áreas extensas de regresión: pueden observarse áreas extensas blancas, con vasos o sin ellos; puntos de color azul grisáceo, y un velo azul blanquecino^{4,7} (Foto 5).

Una proporción significativa de melanomas amelanóticos e hipomelanóticos corresponden a melanomas nodulares, manifestándose a menudo como un tumor rosado, firme, de crecimiento rápido, que debe diferenciarse del carcinoma basocelular nodular, del dermatofibroma y de otras lesiones tumorales benignas e inflamatorias⁸.

En ocasiones, los melanomas amelanóticos e hipomelanóticos se presentan como lesiones vasculares similares a granulomas piogénicos exofíticos con tendencia al sangrado. En estos casos, el desafío consiste, a menudo, en considerar inicialmente el melanoma en el diagnóstico diferencial.

Si bien los melanomas amelanóticos e hipomelanóticos siguen siendo un reto en la práctica clínica, la dermatoscopia puede mostrar estructuras vasculares características claves para su diagnóstico.

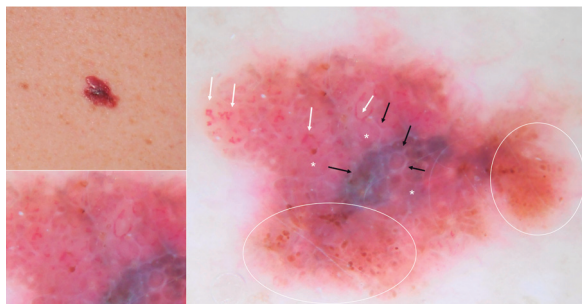


FOTO 2: Melanoma Breslow 1,3 mm. Lesión policroma, con presencia de glóbulos marrones distribuidos de manera irregular (círculos), áreas rojas lechosas (asteriscos), líneas blanquecinas (flechas negras) y vasos lineales irregulares y tortuosos (flechas blancas). En el centro de la lesión se observa un área desestructurada de color azul.

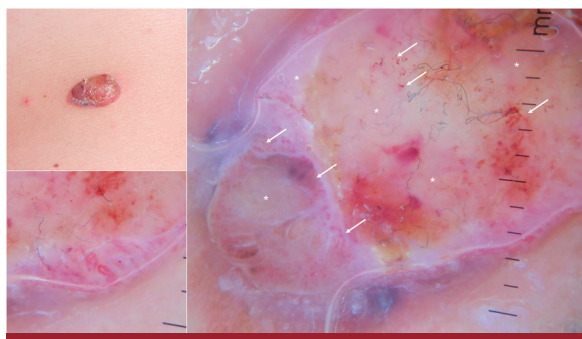


FOTO 3: Melanoma Breslow 3,4 mm. Lesión nodular, con presencia de vasos lineales irregulares y tortuosos (flechas), áreas rojas lechosas sin estructuras (asteriscos) y áreas excéntricas de pigmentación azul. Nótese la presencia de fibras textiles adheridas en la superficie de la lesión, que representan un signo indirecto de ulceración.



FOTO 1: Melanoma Breslow 1,2 mm. Lesión acrómica, con presencia de un patrón vascular monomorfo constituido por vasos puntiformes, con líneas blancas y estructuras de color blanco brillante. Se observa también un área desestructurada excéntrica (círculo).

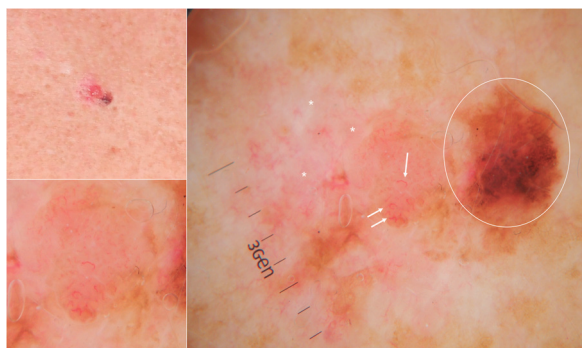


FOTO 4: Melanoma Breslow 0,6 mm. Lesión asimétrica, con presencia de pigmentación focal excéntrica de color marrón oscuro (círculo), áreas rojas lechosas (asteriscos) y vasos lineales irregulares (flechas blancas).

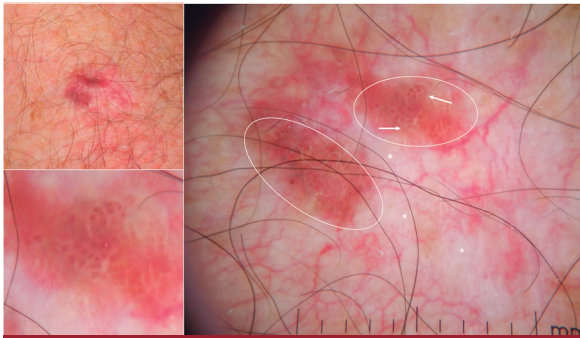


FOTO 5: Melanoma Breslow 0,7 mm. Lesión asimétrica, con presencia focal de pigmento (círculos), despigmentación reticular (flechas) y regresión blanca extensa (asteriscos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bono A, Maurichi A, Moglia D, Camerini T, et al. Clinical and dermoscopic diagnosis of early amelanotic melanoma. *Melanoma Res* 2001;11:491-494.
2. De Giorgi V, Sestini S, Massi D, Maio V, et al. Dermoscopy for "true" amelanotic melanoma: A clinical dermoscopic-pathologic case study. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:341-344.
3. Moloney F, Menzies SW. Key points in the dermoscopic diagnosis of hypomelanotic melanoma and nodular melanoma. *J Dermatol* 2011;38:10-15.
4. Menzies SW, Kreusch J, Byth K, Pizzichetta MA, et al. Dermoscopic evaluation of amelanotic and hypomelanotic melanoma. *Arch Dermatol* 2008;144:1120-1127.
5. Pedrini MF, Cabo H, Cohen Sabban E, Casas G, et al. Características clínicas y dermatoscópicas del melanoma hipomelanótico. *Dermatol Argent* 2011;17:451-456.
6. Zalaudek I, Kreusch JA, Giacomel J, Ferrara G, et al. How to diagnose non pigmented skin tumors: A review of vascular structures seen with dermoscopy. Part I. Melanocytic skin tumors. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:361-374.
7. Pizzichetta MA, Talamini R, Stanganelli I, Puddu P, et al. Amelanotic/hypomelanotic melanoma: clinical and dermoscopic features. *Br J Dermatol* 2004;150:1117-1124.
8. Marcucci C, Friedman P, Cesaroni E, Cohen Sabban E, et al. Dermatoscopia del melanoma hipomelanótico y amelanótico: claves para el diagnóstico. *Arch Argent Dermatol* 2014;64:98-100.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Piense en... DERMATOSIS PUSTULOSA SUBCÓRNEA / Respuestas

» 1



PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA

- Presentación grave y poco frecuente precedida por otras formas de psoriasis. Algunos autores señalan como desencadenantes las infecciones, el tratamiento tópico irritante y la suspensión de los esteroides orales.
- Compromete el estado general.
- **Clinica:** pústulas estériles de 2-3 mm, no foliculares, que en sectores pueden aglutinarse formando lagos. Asientan sobre piel eritematosa, se diseminan por el tronco y las extremidades, y comprometen los lechos ungueales, las palmas y las plantas.
- Curso agudo y progresivo.
- Tratamiento: retinoides, metotrexato, ciclosporina, terapia biológica (infliximab).

» 2



PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA

- Enfermedad infrecuente que suele desencadenarse por la ingesta de fármacos (betalactámicos y macrólidos principalmente) y por infecciones.
- No compromete en gran medida el estado general.
- **Clinica:** pústulas pequeñas, estériles, no foliculares, que asientan sobre placas eritematodermatosas que se inician en las zonas flexoras. Pueden asociarse a petequias, despegamientos ampollares, vesículas y lesiones en blanco de tiro.
- Curso agudo y autolimitado.
- Tratamiento: antihistamínicos. Suspensión del fármaco involucrado, si lo hay.

» 3



DERMATOSIS PUSTULOSA SUBCÓRNEA

- Enfermedad que suele afectar a mujeres de 40 años. Se la conoce también como enfermedad de Sneddon-Wilkinson. Algunos autores la incluyen como una variedad de pénfigo por IgA y se asocia a otras patologías, como enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades mieloproliferativas y diabetes, entre otras.
- No suele comprometer el estado general.
- **Clinica:** pústulas aisladas que pueden confluir y asientan sobre placas eritematosas de bordes circinados en la zona distal de las extremidades, la región lumbosacra y los grandes pliegues.
- Curso crónico y recurrente.
- Tratamiento: dapsona, esteroides tópicos u orales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick T, Eisen A, Wolff K, Freedberg I, Austen K. *Dermatología en Medicina General*. 8.ª ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2014: 197-231.
2. Tosi V, Buján M, Merediz J, Cervini A, et al. Pustulosis subcórnea de Sneddon-Wilkinson. *Dermatol Argent* 2009;59:159-163.
3. Esquius M, Ribera M, Bielsa I, Ferrándiz C. Pustulosis aguda generalizada. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:25-29.