

Seguimiento de pacientes de riesgo para melanoma con dermatoscopia digital. ¿Por qué?, ¿a quiénes?, ¿cuándo?

Follow-up of patients at high risk of melanoma with digital dermatoscopy. Why?, to whom?, how?

Gabriel Salerni,¹⁻² Carlos Alonso,¹⁻² Ramón Fernández Bussy³ y Horacio Cabo⁴

RESUMEN

El seguimiento de lesiones melanocíticas con dermatoscopia digital ha sido propuesto como una estrategia para mejorar la capacidad diagnóstica del melanoma, dado que puede favorecer la detección de cambios microscópicos y permitir el reconocimiento de melanomas incipientes que podrían carecer de características dermatoscópicas distintivas. Esta técnica ha demostrado ser de gran ayuda en el seguimiento de pacientes con elevado número de lesiones melanocíticas clínicamente atípicas. El uso de la fotografía corporal total o mapas corporales facilita la detección de lesiones nuevas, así como cambios en lesiones preexistentes. La posibilidad de éxito en el seguimiento con dermatoscopia digital depende de la selección adecuada de los pacientes y de las lesiones a controlar. La experiencia en la interpretación de las imágenes por parte del médico y el cumplimiento por parte del paciente constituyen requisitos fundamentales (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(3): 198-204).

Palabras clave:

melanoma, diagnóstico precoz, dermatoscopia, seguimiento, nevus.

ABSTRACT

Monitoring melanocytic lesions with digital dermoscopy has been proposed as a strategy to improve the diagnostic ability of melanoma, favoring the detection of microscopic changes and allowing the recognition of incipient melanomas that may lack distinctive dermoscopic features. This technique has shown to be a great help in monitoring patients with high numbers of clinically atypical melanocytic lesions. The use of total body photography or body maps facilitates the detection of new lesions as well as visual changes in pre-existing lesions. Chances of success in the digital follow-up depend greatly on the proper selection of patients and lesions to follow-up. Physician's experience in the interpretation of the images and patient compliance are key requirements (*Dermatol. Argent.*, 2013, 19(3): 198-204).

Keywords:

melanoma, early diagnosis, dermoscopy, dermatoscopy, follow-up, nevus.

Fecha de recepción: 22/04/2013 | Fecha de aprobación: 29/05/2013

¹ Departamento de Lesiones Pigmentadas y Departamento de Tumores, Servicio de Dermatología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario.

² Departamento de Dermatoscopia Digital, Diagnóstico Médico Oroño, Rosario

³ Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario. Profesor titular de la Cátedra de Dermatología, Universidad Nacional de Rosario.

⁴ Jefe del Instituto de Investigaciones Medicas A. Lanari (UBA)

Correspondencia: Gabriel E. Salerni, Hospital Provincial del Centenario, Servicio de Dermatología, Urquiza 3101 (CP 2000), Rosario, Santa Fe. gabrielsalerni@gmail.com

Introducción

El melanoma es una neoplasia potencialmente letal, que tiene una alta posibilidad de curación si es detectada en etapas tempranas. Considerando la ausencia de terapia adecuada y eficaz para su tratamiento en estadios avanzados, la manera más efectiva para mejorar el pronóstico del melanoma es su reconocimiento precoz y extirpación quirúrgica.

La dermatoscopia (microscopia de superficie, microscopia de epiluminiscencia) es una técnica de examen clínico *in vivo* no invasiva, que utiliza un sistema de magnificación con luz incidente.¹ La utilización de aceite de inmersión en la interfase entre el dermatoscopio y la piel, o el empleo de luz polarizada en los equipos más modernos, elimina la dispersión normal de la luz sobre el estrato córneo; ello torna traslúcida la epidermis y permite un examen detallado de las estructuras pigmentadas de la epidermis, la unión dermoepidérmica y la dermis superficial. El resultado es la visualización de una variedad de características morfológicas, no visibles a simple vista, que facilitan el diagnóstico clínico de prácticamente todas las lesiones pigmentadas, que incluyen el melanoma.^{2,3} Existe amplia evidencia que sostiene que la dermatoscopia incrementa la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico clínico de melanoma y que el examen de todas las lesiones con esta técnica es superior al examen de lesiones preseleccionadas por examen clínico.⁴⁻⁶ Este incremento en la certeza diagnóstica se ve reflejado por un descenso en el ratio lesión benigna/melanoma entre las lesiones extirpadas, y por una menor tasa global de extirpaciones.⁷⁻⁹

La dermatoscopia digital consiste en la observación no invasiva de lesiones pigmentadas mediante una cámara de fotografía o video de alta resolución adaptada para dermatoscopia y conectada a una computadora. Esta última, a través de un software sofisticado, almacena las imágenes obtenidas y permite la comparación y detección de cambios de las mismas a través del tiempo (foto 1).

Si se tiene en cuenta que las lesiones melanocíticas benignas suelen ser estables, y que el melanoma tiende a evolucionar y cambiar con el tiempo, el seguimiento digital de las lesiones pigmentadas atípicas, pero no sospechosas de melanoma, se ha propuesto como una estrategia para reconocer melanomas que puedan carecer de características dermatoscópicas distintivas.¹⁰

En el presente trabajo se revisan conceptos acerca de la justificación del uso de la dermatoscopia digital en pacientes de riesgo, en quiénes estaría indicada su utilización y de cómo debería realizarse la exploración.

¿Por qué?

El melanoma puede ser, tanto a la evaluación clínica como



Foto 1. Equipo de dermatoscopia digital de última generación. (c) FotoFinder Systems GmbH®.

dermatoscópica, indistinguible de nevos melanocíticos, especialmente en lesiones en estadios iniciales.¹¹ Varias estrategias se han sugerido para la detección del melanoma en pacientes de alto riesgo, como el autoexamen de la piel,^{12,13} la exploración cutánea,¹⁴ el uso de la fotografía corporal total¹⁵⁻¹⁸ y la dermatoscopia.¹⁹ A la fecha, tres metanálisis realizados a partir de estudios llevados a cabo tanto en ámbitos clínicos como experimentales han demostrado que el uso de la dermatoscopia mejora el diagnóstico para el melanoma.⁴⁻⁶ Pero aun en el examen dermatoscópico es posible encontrar superposición de características clínicas entre melanoma y nevus.

En los últimos años, múltiples estudios han demostrado las ventajas del seguimiento de pacientes de alto riesgo con dermatoscopia digital, principalmente para favorecer el diagnóstico precoz del melanoma con una baja tasa de biopsia. El uso de dermatoscopia digital ayuda a identificar modificaciones estructurales sutiles, lo que añade información útil para distinguir melanomas iniciales de lesiones melanocíticas benignas. Entre las publicaciones que comunican la experiencia de los principales grupos de trabajo en el seguimiento digital de pacientes de riesgo,²⁰⁻³¹ más de la mitad de los melanomas diagnosticados en seguimiento digital fue *in situ*, y entre los invasivos ninguno tenía un grosor mayor a 1 mm, lo que confirma que el seguimiento digital constituye una estrategia eficaz para el diagnóstico precoz. Si bien la tasa de biopsias es bastante variable en cada estudio, y depende del riesgo de la población incluida, del grado de atipia de las lesiones registradas y del



Foto 2. Melanoma extensivo superficial, Breslow 0,35 mm, diagnosticado por cambios en seguimiento digital, localizado en la espalda en un varón de 54 años con antecedente de melanoma y síndrome del nevo con atipia (FotoFinder Dermoscope).

tiempo de seguimiento, ésta fue relativamente baja en la mayoría de ellos. Esto sugeriría que el seguimiento digital también constituye una estrategia eficiente.

Se ha comunicado que los melanomas incipientes a menudo son indistinguibles de las demás lesiones melanocíticas benignas, de forma que más del 50% de los melanomas diagnosticados por cambios en pacientes de riesgo incluidos en programas de seguimiento no cumple criterios clínicos ni dermatoscópicos específicos de malignidad^{11,20} (foto 2). En un estudio reciente³² se compararon las características clínicas, dermatoscópicas e histológicas de 215 melanomas vistos de forma consecutiva en una unidad especializada en melanoma a lo largo de un período de 2 años, 52 diagnosticados en pacientes en seguimiento con dermatoscopia digital en dicha unidad y 163 derivados para valoración con sospecha clínica de melanoma. En este estudio se comprobó que los melanomas diagnosticados con la utilización de dermatoscopia digital tenían un bajo índice de sospecha en la evaluación clínica y dermatoscópica (con casi el 40% de éstos clasificados como lesiones benignas de acuerdo con algoritmos diagnósticos dermatoscópicos).

¿A quiénes?

Las posibilidades de éxito en el seguimiento con dermatoscopia digital dependen básicamente de la selección adecuada de los pacientes.²⁸ Si bien cualquier individuo puede beneficiarse con esta modalidad, el hecho de que sea una

exploración costosa en cuanto a tiempo, formación y equipamiento, hace que su utilización sólo esté justificada en individuos de alto riesgo para desarrollar un melanoma.

Las personas de piel clara, que se broncean con dificultad, rubios o pelirrojos, o de ojos azules tienen un mayor riesgo de sufrir melanoma que la población general.³³ La presencia de muchas lesiones pigmentadas, incluyendo pecas y nevos clínicamente típicos o atípicos, también se asocia a un incremento del riesgo de melanoma.^{34,35} Aunque algunos nevos son precursores de melanoma, más frecuentemente son marcadores de un riesgo incrementado.³⁴ La exposición solar intermitente y las quemaduras solares severas, especialmente durante la niñez, y la exposición a rayos UVA artificial han sido asociadas a un mayor riesgo de melanoma.³⁶ El antecedente de un melanoma previo se asocia a un riesgo elevado de padecer un segundo melanoma primario.^{33,34} Los pacientes con historia familiar de melanoma y múltiples nevos clínicamente atípicos constituyen la población de mayor riesgo de padecer melanoma.^{33,34} Mutaciones hereditarias en los genes CDKN2A y CDK4 confieren del 60 al 90% de riesgo de melanoma a lo largo de la vida.³⁵

El síndrome del nevo atípico, síndrome del nevo con atipia clínica, constituye un marcador de riesgo independiente, que aumenta entre 7 y 15 veces el riesgo de padecer un melanoma. El nevo clínicamente atípico (preferimos esta denominación a la de nevo displásico, ya que este último implica un diagnóstico histológico) suele definirse como una lesión macular de 5 mm o más de diámetro, con bordes irregulares y mal definidos, y tonos variables de color marrón, que pueden presentar un tono rojizo, que se blanquea a la vitropresión.³⁷ A menudo presenta una pápula central, rodeada por un anillo macular pigmentado. Por lo tanto, existe una considerable superposición con la regla ABCD utilizada para el diagnóstico clínico de melanoma, es decir, A: asimetría, B: bordes irregulares, C: variedad de colores y D: diámetro mayor a 6 mm.³⁸ Existen diferentes definiciones para el síndrome del nevo atípico, pero generalmente se corresponde con aquellas personas que tienen más de 50 a 100 nevos o que presentan nevos con atipia clínica, dermatoscópica o histológica.³⁹ Se estima que estos pacientes tienen el 6% de riesgo de desarrollar un melanoma, pero que llega al 15% en presencia de antecedentes familiares de melanoma.³⁵ El seguimiento digital con dermatoscopia ha demostrado ser de gran ayuda en pacientes con múltiples lesiones melanocíticas clínicamente atípicas, en quienes, por otra parte, la extirpación indiscriminada de lesiones no está justificada en términos de eficacia, morbilidad y costo.

¿Cómo?

La técnica del seguimiento digital con dermatoscopia puede

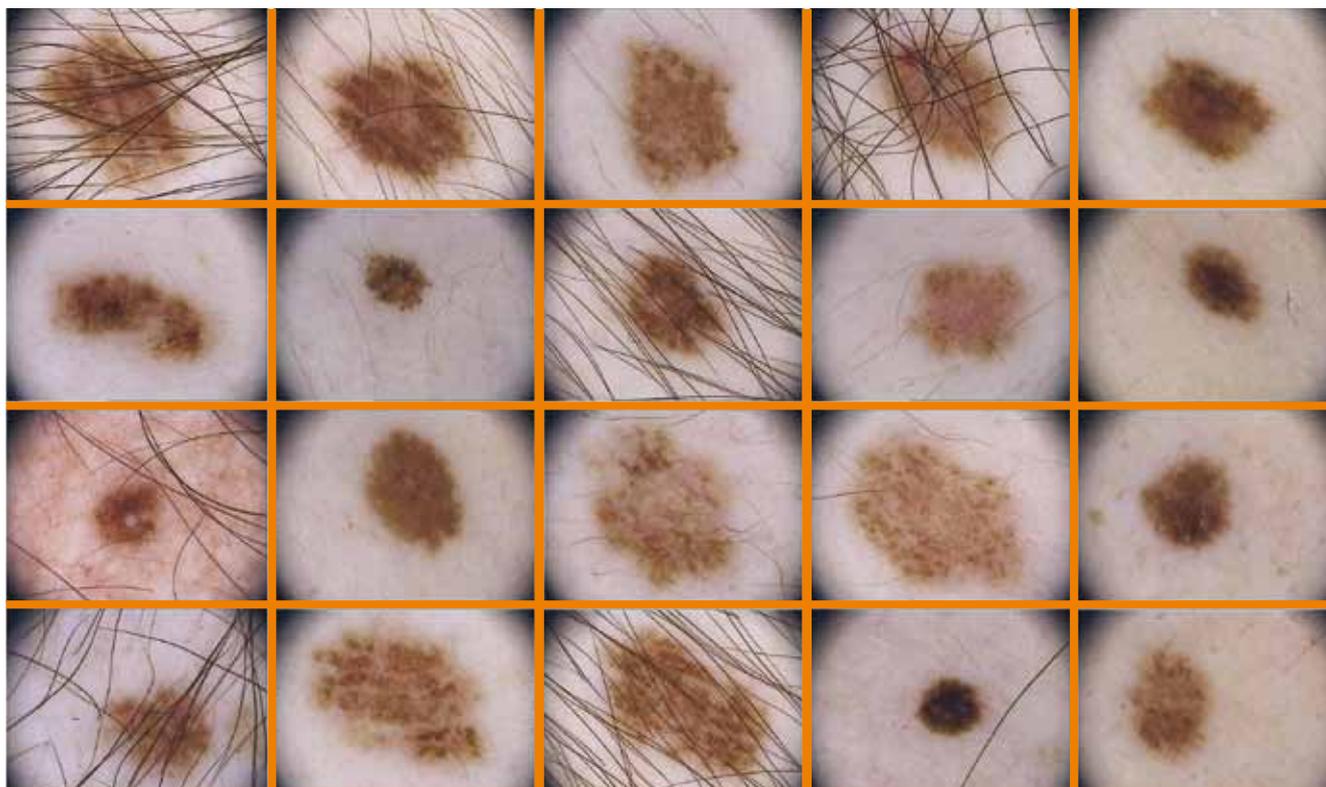


Foto 3. Lesiones melanocíticas atípicas registradas durante el seguimiento digital de un paciente de 34 años de edad con síndrome del nevus con atipia y antecedentes familiares de melanoma (FotoFinder Dermoscope).

ser dividida en dos formas: el monitoreo a corto plazo y el monitoreo a largo plazo.

El primero permite la comparación de nevos atípicos durante períodos estándar de vigilancia (generalmente de 6 a 12 meses). Estos nevos, que son monitorizados, aunque sean atípicos, no deben ser considerados sospechosos de melanoma al momento del estudio (foto 3). Esta técnica es generalmente restringida a pacientes que tienen gran número de lesiones melanocíticas típicas o atípicas, con o sin antecedente de melanoma. La estabilidad de los nevos, tanto típicos como atípicos, depende en gran medida de la edad de los pacientes sometidos a monitoreo. La población joven presenta mayor incidencia de cambios.

Y el segundo comprende un período de 3 meses y es usado para realizar un juicio clínico sobre lesiones melanocíticas sospechosas, que no tienen criterios dermatoscópicos de melanoma. Cualquier cambio morfológico que se produjera en estas lesiones durante dicho período, constituye una indicación formal de extirpación de las mismas. Se ha comunicado que la especificidad de la técnica para melanoma es del 83%.²⁹

Los cambios significativos en lesiones melanocíticas durante el seguimiento digital fueron definidos por Kittler y *et ál.*²⁷ y adoptados por diferentes grupos de trabajo en sucesivos estudios. Estos cambios son: crecimiento asimétrico,

cambio de forma, regresión, cambio de color (aparición de nuevos colores) y cambios de las estructuras dermatoscópicas (aparición de estructuras dermatoscópicas asociadas con melanoma, como puntos y glóbulos de distribución irregular en la periferia de la lesión, proyecciones y seudópodos en periferia, velo azul-blancuécino, área gris-azul, y aparición de red de pigmento prominente e irregular). La detección de lesiones nuevas o cambiantes en pacientes de alto riesgo es, cuanto menos, dificultosa, y casi imposible en los pacientes con gran número de nevos, a menos que se disponga de fotografías corporales totales para comparación.

La fotografía corporal total (FCT) consiste en el registro estandarizado de mapas corporales con la finalidad de cubrir toda la superficie corporal. Es utilizada en pacientes que tienen un alto riesgo de desarrollar melanoma primario, usualmente en el contexto de gran número de nevos, síndrome del nevus displásico con atipia, melanoma previo, melanoma familiar o historia de múltiples melanomas primarios²⁴ (foto 4).

Se ha sugerido que una estrategia de seguimiento que se centre únicamente en los nevos atípicos probablemente pase por alto melanomas que se presenten como lesiones nuevas o que correspondan a lesiones que no hayan sido consideradas para su seguimiento.²¹ El uso combinado de



Foto 4. Registro de mapas corporales en un paciente de 32 años con síndrome del nevus con atipia y antecedentes familiares de melanoma.

la fotografía de cuerpo entero y dermatoscopia digital, llamado “Método de dos pasos del seguimiento digital”,²² ha sido propuesto como estrategia para la evaluación de los individuos de alto riesgo, que sería potencialmente más precisa que las dos estrategias por separado. En una serie de estudios recientes^{30,31} se comunicó el análisis del seguimiento de 618 pacientes con alto riesgo para melanoma incluidos en el programa de seguimiento en una unidad de melanoma desde 1999 a 2008 con el uso de FCT y dermatoscopia digital. En estos estudios se demostró que casi el 40% de los melanomas diagnosticados en pacientes en seguimiento correspondía a lesiones nuevas, sobre la base del estudio comparativo de mapas corporales o de lesiones que al estar presentes con anterioridad no habían sido tributarias de monitorización con dermatoscopia.

El “Método de dos pasos del seguimiento digital” consta de dos partes: primero, el mapeo corporal total o registro de mapas corporales para el examen clínico de los pacientes, y el mapeo corporal con imágenes digitales; y en segundo lugar, la dermatoscopia digital para el examen clínico y dermatoscópico en tiempo real de todas las lesiones. Se realiza el registro digitalizado de aquellas lesiones que presenten rasgos atípicos, y en los sucesivos controles se comparan las imágenes de cuerpo entero con los registros anteriores para detectar cualquier cambio macroscópico en la forma, color o superficie en las lesiones pigmentadas de

la piel, y para identificar nuevas lesiones. Luego se efectúa la comparación dermatoscópica y el registro de las lesiones cutáneas pigmentadas con características atípicas.²²

Comentarios

El seguimiento con dermatoscopia digital representa una estrategia confiable para la atención de pacientes de alto riesgo para melanoma y su uso es recomendado en las principales guías clínicas para el reconocimiento de melanomas sin hallazgos dermatoscópicos característicos.⁴⁰ Sin embargo, esta técnica no está exenta de riesgos, y algunos puntos son dignos de consideración. La posibilidad de monitorización podría llevar al médico a optar por controlar una lesión sospechosa que debería extirpar. Frente a la posibilidad de seguimiento, el paciente podría no acudir al próximo control, con el consiguiente riesgo de que una lesión que podría ser un melanoma no sea extirpada oportunamente. El uso indiscriminado del registro de imágenes no es recomendable, ya que la utilidad de esta técnica depende de la experiencia en la interpretación de las imágenes del seguimiento y el cumplimiento por parte del paciente.

La inclusión de pacientes de riesgo para melanoma en programas específicos de control con dermatoscopia digital ha demostrado ser una estrategia útil en la detección precoz

del melanoma, ya que permite el diagnóstico en lesiones con índices de sospecha bajos tanto clínicamente como con dermatoscopia. Las posibilidades de éxito dependen fundamentalmente de la correcta selección de los individuos y de las lesiones. La experiencia en la interpretación de las imágenes del seguimiento por parte del médico y el cumplimiento por parte del paciente, son requisitos fundamentales. Creemos que la dermatoscopia digital debería incluirse dentro de los programas de atención de los pacientes de alto riesgo para melanoma.

Bibliografía

1. Stolz W., Bilek P., Landthaler M., Merkle T. *et ál.* Skin surface microscopy, *Lancet*, 1989, 2: 864-865.
2. Soyer H.P., Argenziano G., Chimenti S., Ruocco V. Dermoscopy of pigmented skin lesions, *Eur. J. Dermatol.*, 2001, 11: 270-276.
3. Argenziano G., Soyer H.P. Dermoscopy of pigmented skin lesions: a valuable tool for early diagnosis of melanoma, *Lancet Oncol.*, 2001, 2: 443-449.
4. Bafounta M.L., Beauchet A., Aegerter P., Saiag P. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests, *Arch. Dermatol.*, 2001, 137, 343-1350.
5. Kittler H., Pehamberger H., Wolff K., Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy, *Lancet Oncol*, 2002, 3: 159-165.
6. Vestergaard M.E., Macaskill P., Holt P.E., Menzies S.W. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting, *Br. J. Dermatol.*, 2008, 159: 669-676.
7. Carli P., De Giorgi V., Crocetti E., Mannone F. *et ál.* Improvement of malignant/benign ratio in excised melanocytic lesions in the 'dermoscopy era': a retrospective study 1997-2001, *Br. J. Dermatol.*, 2004, 150: 687-692.
8. Carli P., De Giorgi V., Chiarugi A., Nardini P. *et ál.* Addition of dermoscopy to conventional naked-eye examination in melanoma screening: a randomized study, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2004, 50: 683-689.
9. Kittler H., Binder M. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital dermoscopy: risks and benefits, *Arch. Dermatol.*, 2002, 138: 1379.
10. Stolz W., Schiffner R., Pillet L., Vogt T. *et ál.* Improvement of monitoring of melanocytic skin lesions with the use of a computerized acquisition and surveillance unit with a skin surface microscopic television camera, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1996, 35: 202-207.
11. Puig S., Argenziano G., Zalaudek I., Ferrara G. *et ál.* Melanomas that failed dermoscopic detection: a combined clinicodermoscopic approach for not missing melanoma, *Dermatol. Surg.*, 2007, 33: 1262-1273.
12. Berwick M., Begg C.B., Fine J.A., Roush G.C. *et ál.* Screening for cutaneous melanoma by skin self-examination, *J. Natl. Cancer Inst.*, 1996, 88: 17-23.
13. Oliveria S.A., Christos P.J., Halpern A.C., Fine J.A. *et ál.* Evaluation of factors associated with skin self-examination, *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.*, 1999, 8: 971-978.
14. Rigel D.S., Friedman R.J., Kopf A.W., Weltman R. *et ál.* Importance of complete cutaneous examination for the detection of malignant melanoma, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1986, 14: 857-860.
15. Halpern A.C. Total body skin imaging as an aid to melanoma detection, *Semin. Cutan. Med. Surg.*, 2003, 22: 2-8.
16. Banky J.P., Kelly J.W., English D.R., Yeatman J.M. *et ál.* Incidence of new and changed nevi and melanomas detected using baseline images and dermoscopy in patients at high risk for melanoma, *Arch. Dermatol.*, 2005, 141: 998-1006.
17. Wang S.Q., Kopf A.W., Koenig K., Polsky D. *et ál.* Detection of melanomas in patients followed up with total cutaneous examinations, total cutaneous photography, and dermoscopy, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2004, 50: 15-20.
18. Lucas C.R., Sanders L.L., Murray J.C., Myers S.A. *et ál.* Early melanoma detection: non-uniform dermoscopic features and growth, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2003, 48: 663-671.
19. Rhodes A. Cutaneous melanoma and intervention strategies to reduce tumor-related mortality: what we know, what we don't know, and what we think we know that isn't so, *Dermatol. Ther.*, 2006, 19: 50-69.
20. Kittler H., Guitera P., Riedl E., Avramidis M. *et ál.* Identification of clinically featureless incipient melanoma using sequential dermoscopy imaging, *Arch. Dermatol.*, 2006, 142: 1113-1119.
21. Fuller S.R., Bowen G.M., Tanner B., Florell S. *et ál.* Digital dermoscopic monitoring of atypical nevi in patients at risk for melanoma, *Dermatol. Surg.*, 2007, 33: 1198-1206.
22. Malvey J., Puig S. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital total-body photography and digital dermoscopy: a two-step method, *Clin. Dermatol.*, 2002, 20: 297-304.
23. Schiffner R., Schiffner-Rohe J., Landthaler M., Stolz W. Long-term dermoscopic follow-up of melanocytic naevi: clinical outcome and patient compliance, *Br. J. Dermatol.*, 2003, 149: 79-86.
24. Haenssle H.A., Krueger U., Vente C., Thoms K.M. *et ál.* Results from an observational trial: digital epiluminescence microscopy follow-up of atypical nevi increases the sensitivity and the chance of success of conventional dermoscopy in detecting melanoma, *J. Invest. Dermatol.*, 2006, 126: 980-985.
25. Bauer J., Blum A., Strohacker U., Garbe C. Surveillance of patients at high risk for cutaneous malignant melanoma using digital dermoscopy, *Br. J. Dermatol.*, 2005, 152: 87-92.
26. Robinson J.K., Nickoloff B.J. Digital epiluminescence microscopy monitoring of high-risk patients, *Arch. Dermatol.*, 2004, 140: 49-56.
27. Kittler H., Pehamberger H., Wolff K., Binder M. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital epiluminescence microscopy: patterns of modifications observed in early melanoma, atypical nevi, and common nevi, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2000, 43: 467-476.
28. Haenssle H.A., Korpas B., Hansen-Hagge C., Buhl T. *et ál.* Selection of patients for long-term surveillance with digital dermoscopy by assessment of melanoma risk factors, *Arch. Dermatol.*, 2010, 146: 257-264.
29. Menzies S.W., Gutenev A., Avramidis M., Batrac A. *et ál.* Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions, *Arch. Dermatol.*, 2001, 137: 1583.
30. Salerni G., Carrera C., Lovatto L., Puig-Butille J.A. *et ál.* Benefits of total body photography and digital dermatoscopy ("two-step method of digital follow-up") in the early diagnosis of melanoma in patients at high risk for melanoma, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2012, 67, 7-27.

31. Salerni G, Carrera C, Lovatto L, Martí-Labordá R.M. et al. Characterization of 1152 lesions excised over 10 years using total-body photography and digital dermatoscopy in the surveillance of patients at high risk for melanoma, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2012, 67: 836-845.
32. Salerni G, Lovatto L, Carrera C, Puig S. et al. Melanomas Detected in a Follow-up Program Compared With Melanomas Referred to a Melanoma Unit, *Arch. Dermatol.*, 2011, 147: 549-555.
33. Bataille V., De Vries E. Melanoma - Part 1: epidemiology, risk factors, and prevention, *B.M.J.*, 2008, 337: 2249.
34. Gandini S., Sera F., Cattaruzza M.S., Pasquini P. et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors, *Eur. J. Cancer*, 2005, 41: 2040-2059.
35. Cho E., Rosner B.A., Feskanich D., Colditz G.A. Risk Factors and Individual Probabilities of Melanoma for Whites, *J. Clin. Oncol.*, 2005, 23: 2669-2675.
36. Gandini S., Sera F., Cattaruzza M.S., Pasquini P. et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure, *Eur. J. Cancer*, 2005, 41: 45-60.
37. Naeyaert J.M., Brochez L. Dysplastic Nevi, *N. Engl. J. Med.*, 2003, 349: 2233-2240.
38. Slade J., Marghoob A.A., Salopek T.G., Rigel D.S. et al. Atypical mole syndrome: risk factor for cutaneous malignant melanoma and implications for management, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1995, 32: 479-494.
39. Tsao H., Atkins M.B., Sober A. Management of cutaneous melanoma, *N. Engl. J. Med.*, 2004, 351: 998-1012.
40. Australian cancer network melanoma guidelines working party. Clinical practice for the management of melanoma in Australia and New Zealand cancer council Australia and Australian cancer network. Sydney and New Zealand Guidelines Group. Wellington (2008). Consulta en www.nhmrc.gov.au, junio de 2011

DERMATÓLOGOS JÓVENES

* CASO CLÍNICO Elección múltiple: lesiones anulares en pliegues

Leila Saúl¹ y Ana María Pisauri²

Antecedentes

Paciente de sexo femenino de 45 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia.

Enfermedad actual

Dermatosis en región axilar e inguinal bilateral de 6 meses de evolución. Prurito leve ocasional.

Examen físico

Presenta placas eritemato-parduzcas, de bordes eritematosos, sobreelevados, ligeramente queratósicos y de centro parduzco, de aproximadamente 1 cm de diámetro, localizadas en región axilar e inguinal bilateral (foto 1).

Estudios complementarios

Laboratorio: s/p.

Serologías para HIV, HBV, HCV: no reactivas.

Biopsia por punch de lesión de piel (foto 2).

1. ¿Cuál es su diagnóstico más probable en este caso?

- a. Poroqueratosis
- b. Granuloma anular
- c. Liquefación plana anular
- d. Lúes secundaria
- e. Dermatoficia

2. ¿Qué estudio solicitaría para realizar el diagnóstico de esta patología?

- a. Laboratorio con hemograma, hepatograma, glucemia y función renal
- b. Biopsia cutánea por punch
- c. Inmunofluorescencia directa
- d. Examen micológico directo y cultivo
- e. VDRL cuantitativa

3. ¿Cuál es la localización más característica de las lesiones en esta entidad?

- a. Palmas y plantas
- b. Áreas fotoexpuestas
- c. Mucosa oral
- d. Áreas intertriginosas
- e. Genitales

4. ¿Qué tratamiento/s considera de elección?

- a. Corticoides tópicos de mediana/alta potencia
- b. Antihistamínicos
- c. Tretinoína al 0,025% gel
- d. Penicilina G benzatínica 2.400.000 UI (3 dosis)
- e. Nitrato de miconazol tópico



Foto 1.

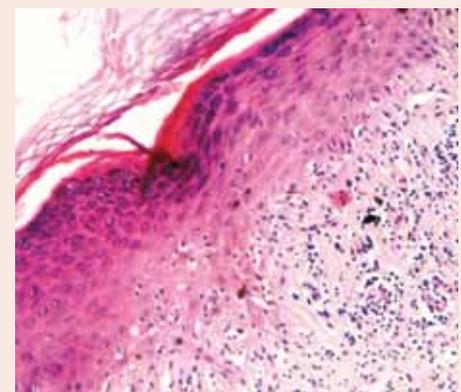


Foto 2.

La solución, en la pág. 214