

Nevos melanocíticos palmoplantares: correlación dermatoscópica e histopatológica

Melanocytic nevi in palms and soles: dermatoscopy and histopathologic correlation

Mónica Andrea Barengo¹, María Paula Gutiérrez¹, Enrique Valente², Alejandro Ruiz Lascano³

Resumen

Introducción. El nevo se define como malformación circumscripita de los tegumentos, disembrioplásicos o hereditarios, transitorios o permanentes. Su importancia radica en su conocida relación casual con el melanoma. Un porcentaje de los melanomas proviene de nevos melanocíticos preexistentes. Por este motivo es importante distinguir aquellos que tienen alto riesgo de modificarse. La dermatoscopia es una técnica no invasiva, especialmente útil en la distinción de lesiones pigmentadas melanocíticas y no melanocíticas y, dentro de las primeras, entre nevos y melanoma. La piel volar presenta características especiales que producen imágenes dermatoscópicas peculiares.

Objetivos. Descripción de los patrones dermatoscópicos acrales y frecuencia de presentación, correlación dermatoscópica e histopatológica de los nevos palmoplantares. Evaluar la concordancia dermatoscópica entre el investigador y un observador independiente.

Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico de pacientes con diagnóstico clínico de nevos melanocíticos palmoplantares. Se realizó en el hospital Privado de Córdoba entre mayo 2006 y abril 2007. *Variables a estudiar:* edad, sexo, antecedentes personales, fototipo, localización, patrón dermatoscópico y patrón histológico. Todos los pacientes fueron observados por el investigador y un observador independiente. Se realizó dermatoscopia y cirugía de todos los nevos.

Resultados. En 74 pacientes, promedio de edad 32 años, con fototipo principal el II, se detectaron 83 nevos melanocíticos acrales. El patrón dermatoscópico más frecuente fue el paralelo del surco, y el patrón histológico fue el compuesto. La concordancia dermatoscópica fue excelente, calculada con el valor kappa.

Conclusión. Los patrones dermatoscópicos hallados en nuestro estudio coinciden con la literatura consultada (Dermatol Argent 2009;15(6):420-427).

Palabras clave: nevos palmoplantares, dermatoscopia, histopatología.

Abstract

Introduction. Nevus is defined as a circumscribed malformation, which can be dysembryoplastic or hereditary, temporary or permanent, of the teguments. Nevi are important given their well-known causal relationship with melanoma, a percentage of which results from preexisting melanocytic nevi. Therefore, it is important to distinguish nevi which run the risk of undergoing a change. Dermoscopy is a non-invasive technique particularly useful to distinguish pigmented melanocytic lesions, which can be nevi or melanomas, and pigmented non-melanocytic lesions. Volar skin exhibits special dermoscopic features which produce particular images.

Objectives. To describe the acral dermoscopic patterns, the frequency with which they occur and the dermoscopic and histopathologic correlation of nevi of the palms and soles, and to assess the dermoscopic agreement between the investigator and an independent observer.

Material and Methods. Observational, prospective, transverse and analytical study of patients with the clinical diagnosis of melanocytic nevi of the palms and soles. The study was conducted at Hospital Privado, in Córdoba, from May 2006 through April 2007. The variables to be studied were age, sex, personal history, phototype, location and dermoscopic and histologic patterns. All the patients were observed by the investigator as well as an independent observer, and dermoscopy and surgery were performed in all nevi.

Results. 83 acral melanocytic nevi were detected in 74 patients with a mean age of 32 and phototype II. The most frequent dermoscopic pattern was the parallel furrow pattern and the most frequent histologic pattern was the compound one. The dermoscopic agreement, calculated with Kappa values, was excellent.

Conclusion. The dermoscopic patterns found in our study is consisted with the literature reviewed (Dermatol Argent 2009;15(6):420-427).

Key words: nevi of the palms and soles, dermoscopy, histopathology.

Fecha de recepción: 28/5/09 | **Fecha de aprobación:** 30/7/09

1. Médicas dermatólogas. Servicio de Dermatología, Equipo B.
2. Médico dermatólogo. Servicio de Dermatología, Equipo B.
3. Jefe de Servicio. Servicio de Dermatología, Equipo B.

Hospital Privado de Córdoba. Córdoba, Rep. Argentina.

Correspondencia

Mónica Barengo: Poeta Lugones 24 11 F. Córdoba, Rep. Argentina.
monica_barengo@yahoo.com.ar

Introducción

El nevo (palabra latina que significa marca, signo o señal) se define como una malformación circumscripita de los tegumentos, disembrioplásicos o hereditarios, transitorios o permanentes. Los nevos melanocíticos están constituidos por células provenientes de la cresta neural y su importancia radica en su conocida relación causal con el melanoma.¹

Un porcentaje de melanomas proviene de nevos melanocíticos preexistentes. Por este motivo es importante distinguir aquellos nevos que tienen alto riesgo de modificarse, dato relevante en la prevención de melanoma.^{2,3}



Foto 1. Patrón paralelo del surco (dermatoscopia).



Foto 2. Patrón en celosía (dermatoscopia).

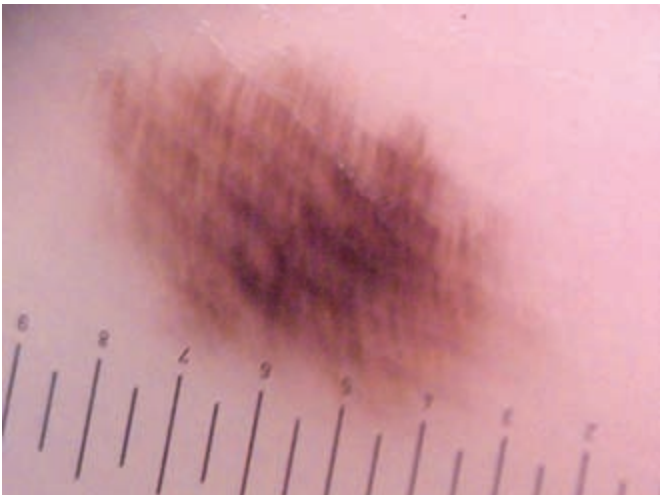


Foto 3. Patrón fibrilar (dermatoscopia).

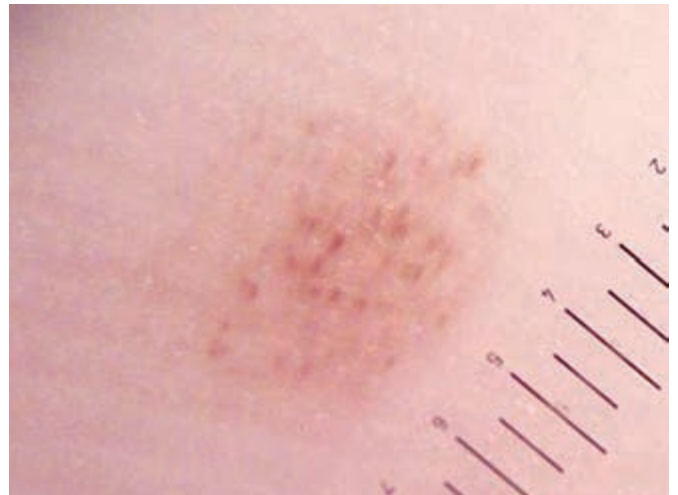


Foto 4. Patrón globular (dermatoscopia).

La dermatoscopia (llamada también dermoscopia, microscopía de epiluminiscencia, microscopía de luz incidente y microscopía de superficie cutánea) es una técnica de diagnóstico no invasiva que permite la visualización *in vivo* de estructuras anatómicas pigmentadas en la epidermis, unión dermoepidérmica y dermis papilar superficial, que son invisibles a ojo desnudo.⁴ Ella es especialmente útil en la distinción de lesiones pigmentadas de naturaleza melanocítica y no melanocítica; y dentro de las lesiones melanocíticas, entre nevus y melanoma.⁵

Las técnicas dermatoscópicas se dividen en dos clases: *técnica directa*, cuando el instrumento de diagnóstico está en contacto con la piel; y *técnica indirecta*, cuando el instrumento de diagnóstico no está en contacto con la piel.

La técnica directa usa microscopio *in vivo* en contacto con un fluido que puede ser aceite, agua o alcohol, que es aplicado sobre la piel del paciente; el líquido disminuye la reflexión, la refracción y la difracción de la luz. De esta forma, el estrato córneo se torna más translúcido y permite una me-

jor visualización de la piel.⁶ La técnica indirecta usa microscopio *in vivo* que no está en contacto con la piel del paciente, es decir no es necesario utilizar fluido de inmersión. Este procedimiento se logra a través de un dermatoscopio de luz polarizada que posee lentes polarizados cruzados que permiten a la vez observar todas las ondas de luz dispersas en la piel y transmitir un haz de luz en un solo plano.

La piel volar presenta características anatómicas especiales que producen imágenes dermatoscópicas peculiares. La superficie cutánea presenta una distribución paralela, formando dermatoglifos, donde podemos diferenciar los surcos de los dermatoglifos (sulcus superficialis) de las crestas de los dermatoglifos (cresta superficialis). Esta distribución especial es debida a la peculiaridad de los procesos interpapilares de la región volar, formados por la cresta profunda limitante (por debajo del surco de los dermatoglifos) y la cresta profunda intermedia (por debajo de las crestas de los dermatoglifos) que se encuentra atravesada por los acrosiringios.⁷

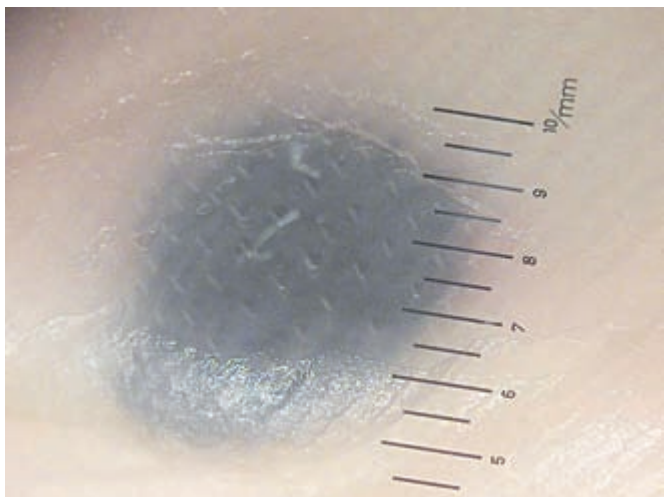


Foto 5. Patrón homogéneo (dermatoscopia).

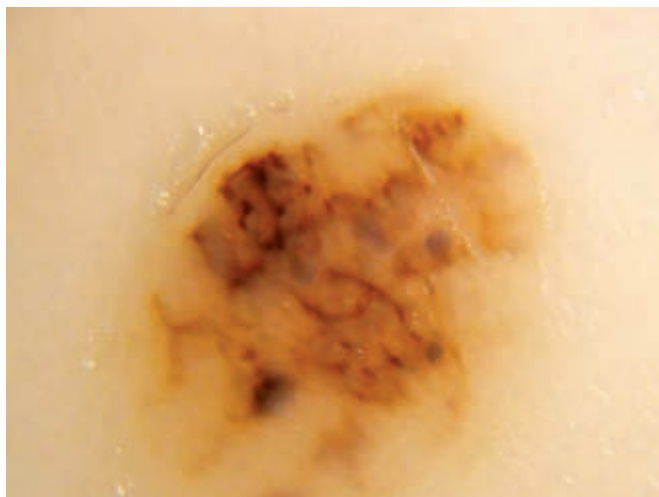


Foto 6. Patrón no típico (dermatoscopia).



Foto 7. Patrón mixto (dermatoscopia).

Saida y cols.^{5,8} describieron características dermatoscópicas específicas de los nevos melanocíticos acrales y los clasificaron como: *patrón paralelo del surco*, *en celosía*, *fibrilar* y *no típico*.

Además establecieron cuatro patrones dermatoscópicos asociados a melanoma: *patrón paralelo de la cresta*, *pigmentación difusa con distintos tonos*, *puntos/glóbulos periféricos*, *terminación abrupta del borde*.⁹ Dichos patrones fueron reproducibles en la raza blanca, en un estudio realizado por Malveyh y Puig,¹⁰ quienes adicionaron tres patrones: *globular*, *homogéneo* y *reticular*.

Estudios previos han comunicado características clínicas de lesiones melanocíticas acrales en la población blanca. Aunque la evaluación dermatoscópica de estas lesiones ha sido descrita, no existe, en la bibliografía consultada, informes de grandes series de pacientes en nuestra población.

Esto motivó el estudio, en nuestro centro (Hospital Privado), de los patrones dermatoscópicos acrales, su frecuencia de presentación, la correlación dermatoscópica e histopatológica de los nevos palmoplantares, en relación con la determinación de los patrones benignos *vs.* malignos en las lesiones obser-

vadas; y también nos pareció importante determinar el grado de concordancia dermatoscópica entre el alumno investigador y el observador independiente entrenado en dermatoscopia, para determinar el entrenamiento del investigador. Lo que nos permite inferir que este método accesible a los dermatólogos entrenados puede ser de gran utilidad en el diagnóstico diferencial de las lesiones benignas *vs.* malignas.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico de pacientes con diagnóstico clínico de nevos melanocíticos palmoplantares en los consultorios del Servicio de Dermatología del Hospital Privado de Córdoba, desde mayo de 2006 hasta abril de 2007 inclusive.

Se incluyeron todos los pacientes de ambos sexos que concurren a la consulta espontáneamente o derivados con diagnóstico clínico de nevos palmoplantares. Se excluyeron los niños menores de 10 años.

Las variables a estudiar fueron: edad, sexo, antecedentes personales relacionados, fototipo, localización, patrón dermatoscópico, patrón histológico.

Todos los pacientes con nevos melanocíticos palmoplantares fueron observados por el médico investigador y un observador independiente entrenado en dermatoscopia durante todo el período de estudio.

A cada uno de los nevos se los observó con un dermatoscopio (marca Heine Delta 10 que magnifica 10 veces más la imagen) y se completó una doble ficha de protocolo, sobre la base de las variables mencionadas anteriormente. Fueron consideradas lesiones del área de dedos, palmas y plantas; fueron excluidas lesiones de áreas dorsales y subungueales.

Antes de realizar el procedimiento quirúrgico se tomaron imágenes digitales (cámara *HP Photosmart R 7075.1 MP*) las cuales fueron posteriormente digitalizadas para observar nuevamente las características tanto clínicas como dermatoscópicas de cada nevo.

El patrón dermatoscópico de los nevos palmares y plantares fue categorizado como patrón paralelo del surco, en celosía, fibrilar o filamentososo, globular, homogéneo, no típico, reticular y paralelo de la cresta de acuerdo con los criterios establecidos por Saida y cols.^{8,9} y Malvey y Puig.¹⁰ En la práctica clínica encontramos la presencia de más de un patrón dermatoscópico en una misma lesión, lo que imposibilitó su clasificación de acuerdo con los criterios anteriormente mencionados; ello se definió como patrón mixto o combinado y se lo adicionó a la clasificación anterior.

A todos los nevos se les realizó estudio histopatológico, por médica dermatopatóloga (única observadora) del Servicio de Anatomía Patológica del mismo Hospital donde se llevó a cabo el estudio.

Conforme a su histología fueron clasificados como: nevo de unión, compuesto, dérmico, displásico, azul, congénito y combinado.

Se discriminó la localización de los nevos palmoplantares en: palma, dedos (manos y pies), interdigitales (pie), cara lateral interna de pie, cara lateral externa de pie, talón y planta.

Todas las lesiones digitalizadas fueron analizadas independientemente por el alumno investigador y el observador independiente y categorizadas de acuerdo con el patrón predominante.

Para su análisis, los datos se expresaron como promedios, con sus respectivos desvíos estándar para variables continuas, y como porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%) para variables nominales. La concordancia de diagnóstico dermatoscópico fue calculada con el valor kappa. Un valor kappa de 1,0 indica un acuerdo perfecto, valores mayores de 0,75 son considerados excelentes, valores de 0,4 y 0,75 son valorados de regulares a buenos, y valores menores de 0,4, pobres. Se estableció el nivel de significación estadística con una $p < 0,05$.

Resultados

Setenta y cuatro pacientes fueron examinados, 54 (73%) mujeres y 20 (27%) hombres, el promedio de edad fue de 32,5 años (25-42,25). Presentaron antecedente de cáncer de piel no melanoma 2 (2,7%) pacientes, antecedente de melanoma 1 (1,4%) y no se constataron antecedentes patológicos en 71 (95,9%).

El principal fototipo hallado fue el II (**Gráfico 1**). Del total de pacientes, 61 (82,4%) tenían conocimiento de la lesión en esa localización y 13 (17,6%) la desconocían.

Se detectaron 83 nevos melanocíticos acrales en 74 pacientes incluidos en el estudio, de los cuales se extirparon 79 lesiones. Del total de la muestra, 73 (88%) nevos se localizaron en pie y 10 (12%) en manos (**Gráfico 2**).

Del total de pacientes, 6 (75,9%) tenían 1 solo nevo, 16 (19,3%) tenían 2 nevos y 4 (4,8%) pacientes tenían 3 nevos.

Ninguna de las lesiones demostró signos clínicos por el ABCD de malignidad.

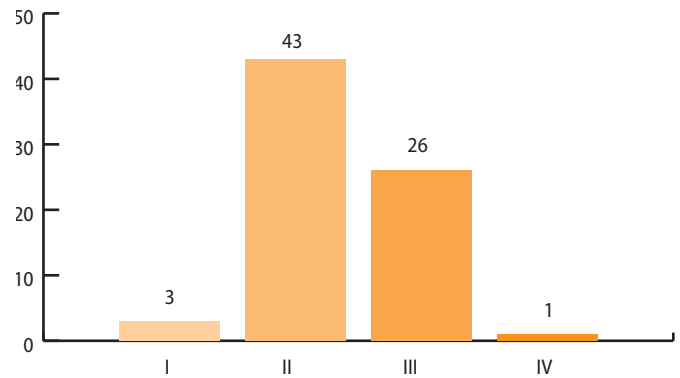


Gráfico 1. Distribución según fototipos.

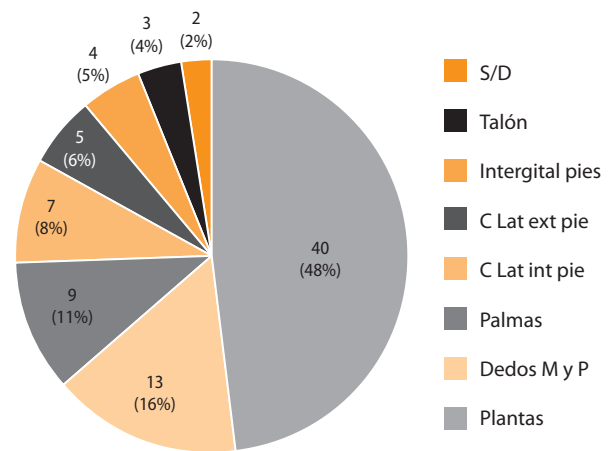


Gráfico 2. Distribución según localización.

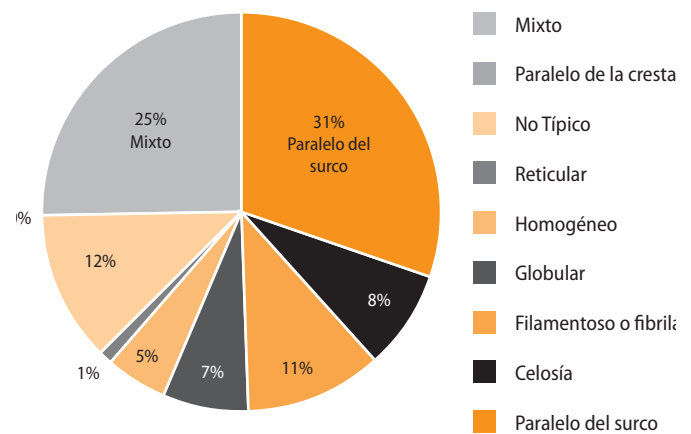


Gráfico 3. Distribución de los patrones dermatoscópicos.

Por dermatoscopia, observamos los siguientes patrones; el alumno investigador observó patrón paralelo (**Foto 1**) en 25 (30,1%) lesiones, patrón en celosía (**Foto 2**) en 7 (8,4%), patrón fibrilar (**Foto 3**) en 9 (10,8%), patrón globular (**Foto 4**) en 6 (7,2%), patrón homogéneo (**Foto 5**) en 4 (4,8%), patrón reticular en 1 (1,2%), patrón no típico (**Foto 6**) en 10 (12,0%) y mixto (**Foto 7**) en 21 (25,3%).

CUADRO 1A. PATRÓN DERMATOSCÓPICO SEGÚN EL INVESTIGADOR.

Patrón dermatoscópico	Frecuencia	%	% acumulado
Paralelo del surco	25	30,1	30,1
En celosía	7	8,4	38,6
Filamentosoo fibrilar	9	10,8	49,4
Globular	6	7,2	56,6
Homogéneo	4	4,8	61,4
Reticular	1	1,2	62,7
No típico	10	12,0	74,7
Mixto	21	25,3	100,0
Totales	83	100,0	

CUADRO 1B. PATRÓN DERMATOSCÓPICO SEGÚN EL OBSERVADOR.

Patrón dermatoscópico	Frecuencia	%	% acumulado
Paralelo del surco	26	31,3	31,3
En celosía	7	8,4	39,8
Filamentosoo fibrilar	9	10,8	50,6
Globular	8	9,6	60,2
Homogéneo	4	4,8	65,1
Reticular	1	1,2	66,3
No típico	10	12,0	78,3
Mixto	18	21,7	100,0
Totales	83	100,0	

CUADRO 2. PATRONES DERMATOSCÓPICOS SEGÚN LOCALIZACIÓN.

Patrón	Manos					Pie										Total	% Total
	Palma	Dedos	Sub total mano	Part. en mano	% mano	Dedos	Inter-digital	Cara lat. interna	Cara lat. externa	Talón	Planta	S/D	Sub total pie	Part. en pie	% pie		
Paralelo del surco	4	0	4	40%	16%	7	0	1	1	0	11	1	21	29%	84	25	30%
En celosía	1	0	1	10%	14%	0	0	0	0	0	6	0	6	8%	86	7	8%
Filamentoso o fibrilar	0	0	0	0%	0%	1	0	0	0	3	5	0	9	12%	100	9	11%
Globular	0	0	0	0%	0%	0	0	0	1	0	4	1	6	8%	100	6	7%
Homogéneo	0	0	0	0%	0%	2	1	1	0	0	0	0	4	5%	100	4	5%
Reticular	0	1	1	10%	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	1	1%
No típico	3	0	3	30%	30%	0	0	2	2	0	3	0	7	10%	70	10	12%
Paralelo de la cresta	0	0	0	0%	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0	0%
Mixto	1	0	1	10%	5%	2	3	3	1	0	11	0	20	27%	95	21	25%
Total	9	1	10	100%	12%	12	4	7	5	3	40	2	73	100%	88	83	100%

CUADRO 3. CORRELACIÓN DE LOS PATRONES DERMATOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS.

Patrón	Lesiones		Extirpados		De unión	Compuesto	Dérmico	Congénito	Displásico	Azul	Mixto	No nevo
	n = 83	%	n = 79	%								
Paralelo del surco	25	30%	24	30%	6	11	1	0	1	0	1	4
En celosía	7	8%	6	8%	3	2	0	0	1	0	0	0
Filamentoso o fibrilar	9	11%	9	11%	3	2	1	0	3	0	0	0
Globular	6	7%	5	6%	0	1	2	0	0	0	1	1
Homogéneo	4	5%	4	5%	0	1	1	0	0	1	1	0
Reticular	1	1%	0	0%	0	0	0	0	0	0	0	0
No típico	10	12%	10	13%	2	5	0	0	0	0	3	0
Paralelo de la cresta	0	0%	0	0%	0	0	0	0	0	0	0	0
Mixto	21	25%	21	27%	5	9	3	0	1	0	1	2
					19	31	8	0	6	1	7	7

El observador independiente halló los siguientes patrones: patrón paralelo en 26 (31,35) lesiones, patrón en celosía en 7 (8,4%), patrón fibrilar en 9 (10,8%), patrón globular en 8 (9,6%), patrón homogéneo en 4 (4,8%), patrón reticular en 1 (1,2%), patrón no típico en 10 (12,0%) y mixto en 18 (21,7%) (Cuadro 1 y Gráfico 3).

Se encontró como patrón predominante en las diferentes localizaciones al patrón paralelo del surco, lo cual se obser-

va en el Cuadro 2 y el Gráfico 4. Setenta y nueve lesiones fueron extirpadas para estudio histopatológico. Todas las lesiones fueron benignas.

El patrón histológico más frecuente fue el compuesto, que representa el 39% de la muestra (Gráfico 5).

La frecuencia de distribución de los patrones dermatoscópicos y los resultados histopatológicos se muestran en Cuadro 3.

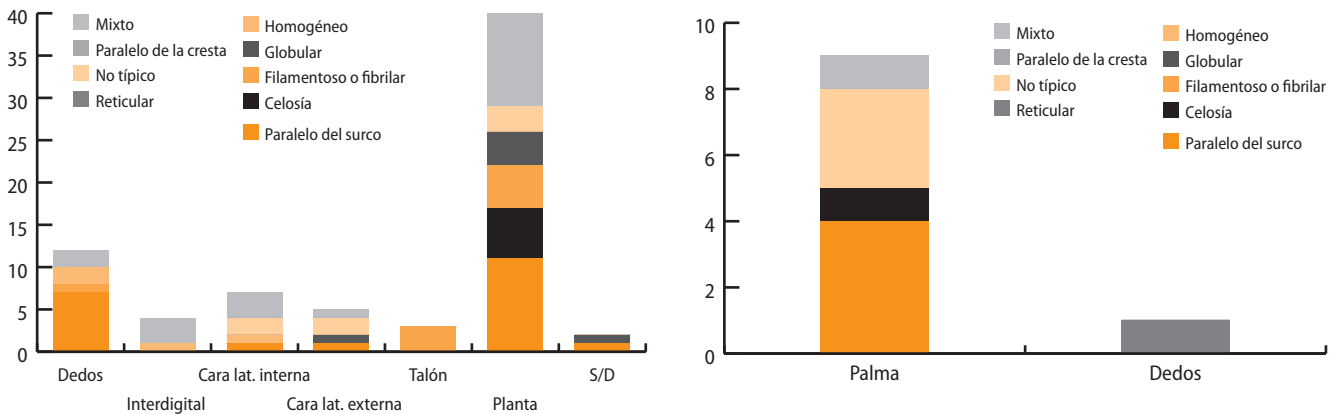


Gráfico 4. Distribución de los patrones dermatoscópicos según localización. **Izquierda:** distribución de patrones en el pie. **Derecha:** distribución de patrones en la mano.

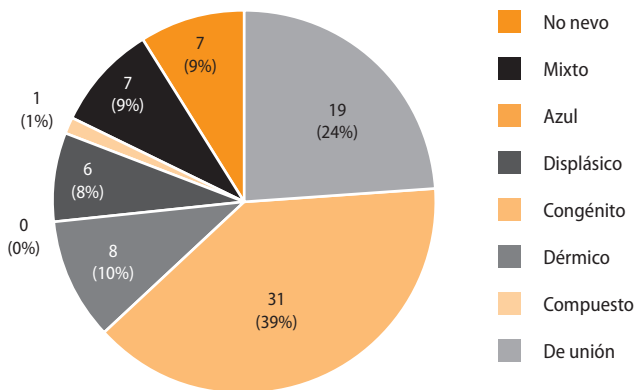


Gráfico 5. Distribución de los patrones histológicos.

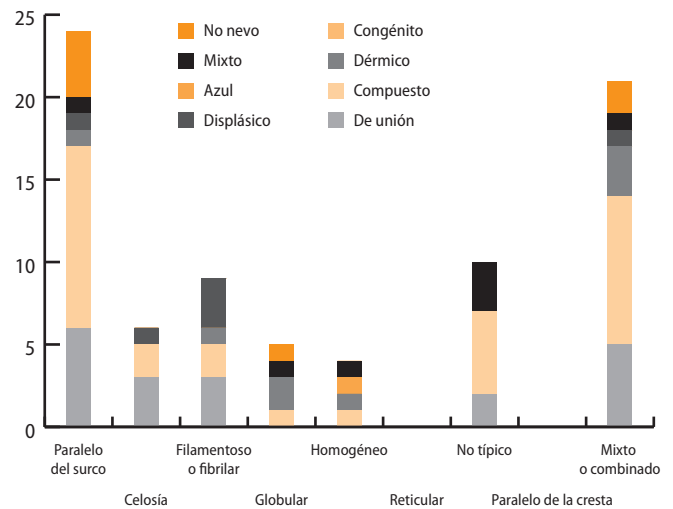


Gráfico 6. Correlación de los patrones dermatoscópicos e histológicos.

La correlación dermatoscópica e histológica se observa en el Cuadro 4 y el Gráfico 6.

La concordancia dermatoscópica entre el investigador y el observador independiente fue excelente; el cálculo del coeficiente kappa arrojó como resultado **0,836**, valor estadísticamente significativo con $p < 0,05$. Ninguna de las lesiones mostró patrón paralelo de la cresta, característico de malignidad, ni otras características previamente asociadas con melanoma acral (Gráfico 7).

Discusión

En la población blanca, el melanoma acral representa del 4,5% al 7% de los melanomas, y el pronóstico es peor para los pacientes blancos con melanoma acral comparado con los pacientes japoneses; ello se podría atribuir a la demora diagnóstica. Estas lesiones pueden ser difíciles de diagnosticar por medio del examen visual aun por expertos dermatólogos. Por lo tanto, un mejor método para caracterizar las lesiones melanocíticas acrales es de gran interés y utilidad. La dermatoscopia ha demostrado mejorar significati-

CUADRO 4. PATRÓN DERMATOSCÓPICO INVESTIGADOR – PATRÓN DERMATOSCÓPICO OBSERVADOR. TABLA DE CONTINGENCIA.

	Patrón dermatoscópico s/observador								Total	
	1	2	3	4	5	6	7	9		
Patrón dermatoscópico s/investigador	1	24	1	0	0	0	0	0	0	25
	2	1	5	0	0	0	0	0	1	7
	3	0	0	8	0	0	0	0	1	9
	4	0	0	0	6	0	0	0	0	6
	5	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	6	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	7	0	0	0	0	0	0	9	1	10
	9	1	1	1	2	0	0	1	15	21
	Total	26	7	9	8	4	1	10	18	83

vamente la precisión en el diagnóstico de lesiones melanocíticas y melanoma maligno. Las lesiones melanocíticas benignas con localización acral, que son comunes en la población, pueden ser difíciles de diferenciar clínicamente del melanoma acral temprano. Por esta razón

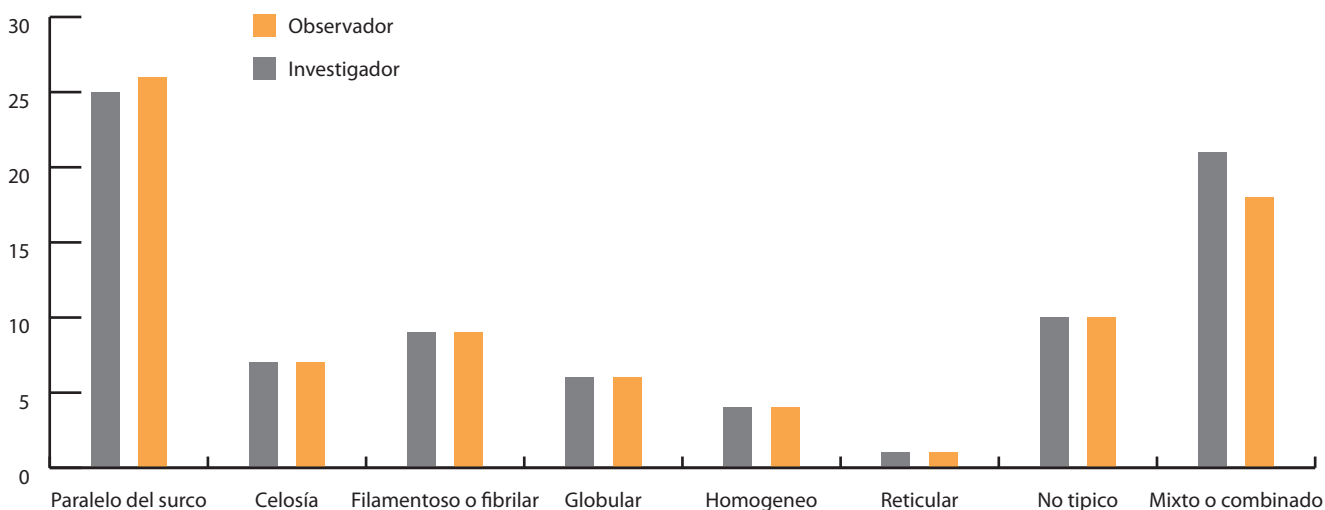


Gráfico 7. Concordancia dermatoscópica entre el alumno investigador y el observador entrenado.

Saida y cols.¹¹ recomendaron la extirpación de cualquier lesión melanocítica adquirida de más de 7 mm de diámetro en la piel sin pelo, y describieron además cuatro patrones dermatoscópicos para nevos melanocíticos acrales:

- *patrón paralelo del surco*, en el cual la pigmentación se observa siguiendo los surcos de los dermatoglifos de forma predominante;
- en *celosía*, pigmentación que sigue el surco y bandas lineales de pigmento que cruzan desde un surco al siguiente en forma transversal;
- *fibrilar*, constituido por numerosas líneas muy finas o filamentosas que atraviesan de forma oblicua o perpendicular a los dermatoglifos (crestas y surcos);
- *no típico*, integrado por las lesiones que no pueden asignarse a los grupos anteriores.

Posteriormente se describieron tres patrones adicionales:^{10,12}

- *patrón globular*, que se define como glóbulos marrones agrupados independientes de los dermatoglifos (sin presencia de patrón paralelo);
- *patrón homogéneo*, pigmentación marrón clara que se difunde homogéneamente sobre la superficie cutánea;
- *reticulado acral*, que consiste en un retículo pigmentado marrón claro u oscuro bien definido, distinto del patrón en celosía porque las líneas que presenta y su distribución es independiente de los dermatoglifos.¹²

La identificación más específica de los patrones dermatoscópicos benignos debería evitar cirugías innecesarias en palmas y plantas;^{13,14} ello nos llevó a la realización de este trabajo, tanto para conocer la idoneidad del método así como la correlación dermatoscópica e histológica, y la concordancia dermatoscópica entre el observador en entrenamiento y el experto.

A este respecto nos fue de gran utilidad para demostrar que el método, sumado a la disponibilidad de un aparato de costo accesible, puede disminuir la morbilidad de los pacientes con nevos acrales; y que el entrenamiento en el método es relativamente sencillo cuando es enseñado por alguien experto.

Los aspectos dermatoscópicos de las lesiones localizadas en piel sin pelo difieren de las originadas en piel con pelo, debido a las diferentes estructuras de la epidermis en estos dos sitios anatómicos.

La clasificación dermatoscópica de las lesiones melanocíticas benignas acrales propuesta por Saida y cols.⁸ ha sido ampliamente reconocida como simple y altamente reproducible en la práctica clínica.

El principal propósito de nuestro estudio fue investigar las características dermatoscópicas de 83 nevos melanocíticos acrales en la población blanca, su correlación con la histología y el grado de concordancia entre los observadores.

Encontramos que el patrón paralelo del surco fue el más común de los patrones dermatoscópicos (31%), que otros autores han hallado en las siguientes proporciones: 44%,⁸ 42%,⁵ 42,1%¹² y 52,9%;¹⁰ le siguieron los patrones mixto o combinado (25%), no típico (12%), fibrilar (11%), en celosía (8%), globular (7%), homogéneo (5%) y reticular (1%), los cuales coinciden con la población italiana, con la excepción de una mayor frecuencia de presentación del patrón en celosía en estos últimos. Comparando con otros informes (población japonesa), encontramos menos frecuencia de todos los patrones; ello podría ser atribuido a la presencia en nuestro estudio de un alto porcentaje de patrón mixto o combinado, el cual no fue reportado en otros estudios. En ninguna de las 83 lesiones se encontró patrón paralelo de la cresta característico de malignidad. Un hallazgo a destacar es la presencia del patrón fibrilar en áreas de presión como son la planta y el talón, situación comunicada por Altamira y cols.¹² En nuestra serie, el patrón fibrilar fue más frecuente en las plantas que en las palmas, lo que coincide con la literatura consultada.¹⁰

Con respecto al tipo histopatológico, encontramos la siguiente distribución: en primer lugar los nevos compuestos (39%), seguido por los nevos de unión (24%), los nevos dérmicos (10%), combinados (9%), los no nevos (9%) y los displásicos (8%). El patrón histológico más frecuente fue el compuesto; este patrón representa el 39% de la muestra, lo que se observa también en otros estudios realizados en la población blanca.^{10,12} Es de destacar la presencia del patrón fibrilar en relación con el nevo displásico (3 de 6).

Más estudios serían necesarios para aclarar el manejo de las lesiones con dicho patrón.

El acuerdo dermatoscópico entre el investigador y el observador independiente (**Cuadro 4**) se verificó en el patrón paralelo en 24 de 26 lesiones, en el patrón en celosía en 5 de 7 lesiones, patrón fibrilar en 8 de 9 lesiones, patrón globular en 6 de 6 lesiones, patrón homogéneo en 5 de 5 lesiones, patrón reticular en 1 de 1 lesión, patrón no típico en 9 de 10 lesiones y patrón mixto en 15 de 21 lesiones. El resultado de la concordancia fue excelente ($\kappa = 0,836$) y estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Conclusión

Los patrones dermatoscópicos hallados en nuestro estudio coinciden con la literatura, con la salvedad del concepto del patrón mixto o combinado (definido como el hallazgo de más de un patrón dermatoscópico en la misma lesión), el cual no fue descrito en informes previos.

El patrón dermatoscópico más frecuente en nuestra serie fue el paralelo del surco, y el tipo histológico encontrado en mayor porcentaje fue el nevo compuesto, en coincidencia con la bibliografía consultada.

La concordancia dermatoscópica entre el alumno investigador y el observador independiente entrenado en dermatoscopia fue excelente.

Destacamos la importancia del conocimiento por parte del dermatólogo de la técnica de dermatoscopia, la cual ayudaría a mejorar la relación costo-beneficio de las extirpaciones quirúrgicas de los nevos melanocíticos palmoplantares que dermatoscópicamente no son sugestivos de malignidad. Se la puede considerar un paso intermedio entre la dermatología clínica y la dermatopatología; su utilización puede aumentar la sensibilidad y especificidad diagnóstica de las lesiones cutáneas.

Debemos entender la dermatoscopia como una nueva dimensión morfológica en la exploración de las lesiones cutáneas, que permite ajustar los diagnósticos *in vivo*, pero que esta precisión diagnóstica depende considerablemente de la experiencia y entrenamiento del observador.

Referencias

1. Cabrera H, García S. Generalidades. Parte I, Nevos. Editorial Actualizaciones Médicas 1998:3-4.
2. Grichnik JM, Rhodes AR, Sober AJ. Hiperplasias y neoplasias de los melanocitos. En: Freeberg I, Eisen A, Wolf K y cols. Fitzpatrick: Dermatología en Medicina General. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2005 tomo II: 989-1016.
3. Kowalczyk AM, Galimberti RL, Vasconcelos M, Cabarcas F y cols. Dermatoscopia de lesiones pigmentadas palmoplantares. *Dermatol Argent* 2005;11:169-175.
4. Braun RP, Rabinovitz HS, Oliviero M, Kopf AW, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:109-121.
5. Saida T, Oguchi S, Miyazaki A. Dermoscopy for acral pigmented lesions. *Clin Dermatol* 2002;20:279-285.
6. Marghoob A, Swindle LD, Moricz CZ, Sánchez Negron FA, et al. Instruments and new technologies for the in vivo diagnosis of melanoma *J Am Acad Dermatol* 2003;49:777-797.
7. Miyazaki A, Saida T, Koga H, Oguchi S, et al. Anatomical and dermoscopic patterns seen in melanocytic nevi on the soles: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:230-236.
8. Saida T, Oguchi S, Ishihara Y. In vivo observation of magnified features of pigmented lesions on volar skin using video microscope. Usefulness of epiluminescence techniques in clinical diagnosis. *Arch Dermatol* 1995;131:298-304.
9. Saida T, Miyazaki A, Oguchi S, Ishihara Y, et al. Significance of dermoscopic patterns in detecting malignant melanoma on acral volar skin. *Arch Dermatol* 2004;140:1233-1238.
10. Malvey J, Puig S. Dermatoscopic patterns of benign volar melanocytic lesions in patients with atypical mole syndrome. *Arch Dermatol* 2004;140:538-544.
11. Saida T, Yoshida N, Ikegawa S, Ishihara K, et al. Clinical guidelines for the early detection of plantar malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:37-40.
12. Altamura D, Altobelli E, Micantonio T, Piccolo D, et al. Dermoscopic patterns of acral melanocytic nevi and melanomas in a white population in Central Italy. *Arch Dermatol* 2006;142:1123-1128.
13. Kuchelmeister C, Schaumburg Lever G, Garbe C. Acral cutaneous melanoma in Caucasians: clinical features, histopathology and prognosis en 112 patients. *Br J Dermatol* 2000;143:275-280.
14. Kukita A, Ishihara K. Clinical features and distribution of malignant melanoma and pigmented nevi on the soles of the feet in Japan. *J Invest Dermatol* 1989;92:2105-2135.