

# Dermatoscopia del melanoma acral

## Dermoscopy of acral melanoma

Rosario Peralta<sup>1</sup>, Sonia Rodríguez Saá<sup>2</sup>, Gabriel Salerni<sup>3</sup>, Emilia N. Cohen Sabban<sup>4</sup> y Horacio A. Cabo<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Médica Dermatóloga. Ayudante de Primera del Servicio de Dermatología

<sup>2</sup> Médica Dermatóloga. Servicio de Dermatología, Hospital Nuestra Señora del Carmen, Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), Godoy Cruz, Provincia de Mendoza, Argentina

<sup>3</sup> Médico Dermatólogo. Servicio de Dermatología, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina

<sup>4</sup> Docente Adscripta de Dermatología. Jefa del Servicio de Dermatología

<sup>5</sup> Profesor Titular Universidad de Buenos Aires. Médico Consultor del Servicio de Dermatología

Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Rosario Peralta

E-mail: rosarioperalta@yahoo.com

Fecha de trabajo recibido: 22/12/2017

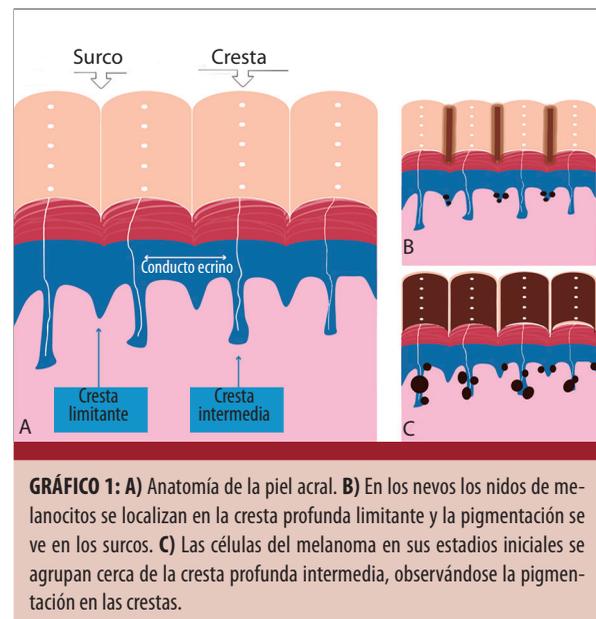
Fecha de trabajo aceptado: 19/4/2018

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

Dermatol. Argent. 2018, 24 (2): 111-113

El melanoma acral (MA) representa el 10% de los melanomas. Para comprender sus hallazgos dermatoscópicos es necesario interpretar la estructura anatómica de la piel palmoplantar que se caracteriza por la presencia, en su superficie, de los dermatoglifos, formados por surcos y crestas de distribución paralela, glándulas ecrinas y ausencia de folículos pilosos<sup>1</sup>.

Las crestas se corresponden con la cresta intermedia donde se localizan las glándulas ecrinas, cuyos conductos desembocan en la superficie (acrosiringios). Los surcos que dividen las crestas se corresponden con la cresta limitante, que separa los procesos interpapilares<sup>1,2</sup>. En el caso de las lesiones melanocíticas benignas, los nidos de células névicas se hallan en la cresta profunda limitante y otorgan así pigmentación a los surcos, a diferencia del melanoma, en el que la proliferación de los melanocitos atípicos ocupa la cresta intermedia profunda y determina no solo la pigmentación de la cresta, sino también la obliteración de los conductos de las glándulas ecrinas; por lo tanto, la obliteración del acrosiringio es el signo que puede sugerir malignidad<sup>2-4</sup> (Gráfico 1 A, B y C).



**GRÁFICO 1:** A) Anatomía de la piel acral. B) En los nevos los nidos de melanocitos se localizan en la cresta profunda limitante y la pigmentación se ve en los surcos. C) Las células del melanoma en sus estadios iniciales se agrupan cerca de la cresta profunda intermedia, observándose la pigmentación en las crestas.

Presentamos los criterios dermatoscópicos del melanoma acral<sup>1-5</sup> (Fotos 1 a 4):



**FOTO 1:** Melanoma acral. Patrón paralelo de la cresta (flecha), pigmentación difusa irregular (asterisco).



**FOTO 2:** Melanoma acral. Patrón paralelo de la cresta (cuadrado) y patrón multicomponente con colores múltiples, áreas sin estructura (asteriscos) y velo azul blanquecino (círculo).



**FOTO 3:** Melanoma acral. Patrón paralelo de la cresta (flechas), pigmentación difusa irregular (asteriscos), colores múltiples, glóbulos y puntos irregulares (círculo).



**FOTO 4:** Melanoma acral con compromiso ungueal. Patrón paralelo de la cresta (flechas negras), pigmentación difusa irregular (asteriscos negros), patrón multicomponente con áreas de regresión (flechas blancas), áreas sin estructura con líneas de color blanco brillante (asteriscos blancos), vasos atípicos y ulceración. Nótese la presencia de fibras textiles adheridas a la lesión como signo indirecto de ulceración (punta de flecha negra).

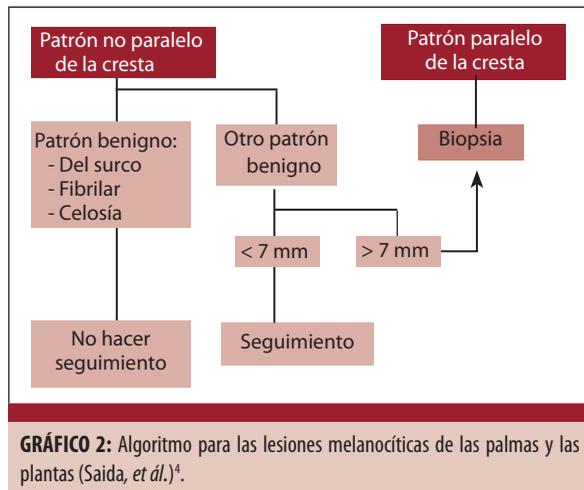
- **Patrón paralelo de la cresta:** pigmentación de color marrón claro, marrón oscuro o negro, localizada principalmente en las crestas. Tiene una especificidad del 99% y una sensibilidad del 86,4% para el MA. La intensidad del color está determinada por la cantidad de gránulos de melanina en la epidermis. Se correlaciona con el componente *in situ* del MA; por lo tanto, puede observarse en las lesiones tempranas o en las áreas periféricas de los melanomas invasores.
- **Pigmentación difusa irregular:** pigmentación sin estructura con variación de colores del marrón claro al negro que no siguen la distribución de las crestas ni de los surcos, observándose como manchas irregulares difusas. Corresponde a la proliferación difusa de los melanocitos dentro de la epidermis y, en ocasiones, en la dermis superior. Presente en zonas de melanoma más avanzado en comparación con el patrón paralelo de la cresta.

- **Patrón fibrilar irregular:** patrón fibrilar de líneas gruesas que cruzan los surcos y las crestas en forma oblicua.
- **Patrón multicomponente:** dado por la combinación de tres o más patrones. El MA, al evolucionar y tornarse invasor puede, además, presentar criterios dermatoscópicos de melanoma de otras áreas, como colores múltiples, asimetría en las estructuras, manchas, velo azul blanquecino, puntos y glóbulos irregulares (principalmente en la periferia), proyecciones, regresión, áreas sin estructura y vasos atípicos.
- **Pigmentación con terminación abrupta en la periferia de la lesión**

En los MA es posible hallar características dermatoscópicas presentes en los nevos acrales, como patrón paralelo del surco, patrón fibrilar y patrón en celosía.

No se observan en forma aislada, sino asociadas con criterios de MA<sup>3</sup>.

Ante una lesión melanocítica palmoplantar se recomienda seguir el algoritmo adaptado de Saida *et al.*<sup>4</sup> (Gráfico 2).



**GRÁFICO 2:** Algoritmo para las lesiones melanocíticas de las palmas y las plantas (Saida, *et al.*)<sup>4</sup>.

Recientemente, se diseñó un nuevo algoritmo, llamado BRAAFF *checklist*, que mejora de manera significativa la precisión diagnóstica dermatoscópica para el

MA; incluye seis variables: cuatro positivas y dos negativas. Es necesario un puntaje  $\geq 1$  para el diagnóstico de melanoma<sup>5</sup> (Tabla 1).

Criterio	Puntaje
Manchas irregulares	+ 1
Patrón paralelo de la cresta	+ 3
Asimetría en la estructura	+ 1
Asimetría en los colores	+ 1
Patrón paralelo del surco	- 1
Patrón fibrilar	- 1

**TABLA 1:** BRAAFF *checklist*. Se necesita un puntaje  $\geq 1$  para el diagnóstico de melanoma (Lallas *et al.*)<sup>5</sup>.

Por último, cabe destacar que otras lesiones acrales benignas pueden pigmentar las crestas y deben diferenciarse del MA, como nevo melanocítico congénito, nevo azul y nevo compuesto acral, pigmentación étnica, máculas pigmentadas asociadas a los síndromes de Laugier-Hunziker o de Peutz-Jeghers, hemorragias subcórneas, hiperpigmentación inducida por antineoplásicos y verrugas pigmentadas<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cabo H. Melanoma. En: Cabo H, ed. *Color Atlas of Dermoscopy*. Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi, 2017:184-188.
- Malvey J. Melanoma acral. En: Cabo H, ed. *Dermatoscopia*. 2ª ed. Ediciones Journal, Buenos Aires, 2012:237-247.
- Phan A, Dalle S, Touzet S, Ronger-Savlé S, *et al.* Dermoscopic features of acral lentiginous melanoma in a large series of 110 cases in a white population. *Br J Dermatol* 2010;162:765-771.
- Saida T, Koga H, Uhara H. Key points in dermoscopic differentiation between early acral melanoma and acral nevus. *J Dermatol* 2011;38:25-34.
- Lallas A, Kyrgidis A, Koga H, Moscarella E, *et al.* The BRAAFF checklist: a new dermoscopic algorithm for diagnosing acral melanoma. *Br J Dermatol* 2015;173:1041-1049.
- Phan A, Dalle S, Marcilly MC, Bergues JP, *et al.* Benign dermoscopic parallel ridge pattern variants. *Arch Dermatol* 2011;147:634-634.

## ★ PERLAS

Alberto Woscoff

Profesor Consulto Titular de Dermatología (Universidad de Buenos Aires). Maestro de la Dermatología Argentina.

### PIEL SENSIBLE

Es una reacción sensorial desencadenada por contactantes o factores ambientales, casi siempre sin una manifestación clínica visible. En 1987, Maibach la describió como "síndrome de intolerancia a los cosméticos". Con posterioridad se agregaron otros factores: frío, calor, sol, polución, humedad, etc., y se amplió el término a "síndrome de piel sensible". Se presenta en dos formas: objetiva, favorecida por una dermatosis que altera la barrera cutánea, dermatitis atópica y acné; o subjetiva, que cursa con sensaciones de prurito, ardor, calor y calambre, con engrosamiento y sequedad cutánea. Los síntomas pueden aparecer minutos a horas después de un estímulo ambiental o cosmético. La presencia de síntomas subjetivos y la naturaleza transitoria sugieren el diagnóstico. El tratamiento se basa en corticosteroides tópicos de baja a mediana

potencia durante un par de días, pimecrolímús, tacrolímús, hidratación, fotoprotectores y prohibición de usar todo tipo de cosméticos.

Duarte IAG, Silveira JEPS, Hafner MFS, Toyota R, *et al.* Pele sensível. Revisão de um conceito em ascensão. *An Bras Dermatol* 2017;92:522.

### DERMATITIS PUSTULOSA EROSIVA DE LA PIERNA

Es una entidad inflamatoria idiopática poco conocida que se localiza simétricamente en la cara anterior del tercio medio de las piernas. Se presenta como pústulas no foliculares de tamaño y número variables, que rápidamente se erosionan y dan lugar a costras, de curso crónico. Puede asociarse a insuficiencia venosa crónica o atrofia cutánea. La fisiopatología se desconoce. Se la ha considerado una dermatosis neutrofílica o una deficiencia de cinc. Por su localización, suele asociarse con microtraumas repetidos, que serían el

factor desencadenante. Los corticosteroides tópicos curan las lesiones en alrededor de 2 meses.

Nicol P, Perceau G, Barbe C, Bernard P. Erosive pustular dermatosis of the leg. A prospective, multicentre, observational study of 36 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2017;144:582.

### ALOPECIA AREATA Y CALCIPOTRIOL

En la alopecia *areata* existe una deficiencia en los folículos pilosos de la expresión de la vitamina D y del receptor 1,25-dihidroxivitamina D. Por ello, en 22 pacientes se aplicó una loción de calcipotriol 0,005 (50 µg/ml) en propilenglicol, dos veces diarias durante 3 meses. Hubo rebrote en 13 pacientes (59,1%).

Narang T, Daroach M, Kumaran MS. Efficacy and safety of topical calcipotriol in management of alopecia areata. A pilot study. *Dermatol Ther* 2017;30(3).