

**DERMATÓLOGOS JÓVENES**

★ **Elección múltiple: LESIONES HIPERPIGMENTADAS EN PIEL**

Mariam Yisell Bazan, María de la Paz Gonella del Carril

Residencia de Dermatología, Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán



Niña de 9 años procedente de Las Talitas, Tucumán, con antecedentes personales de hipoacusia bilateral y obesidad, consultó por presentar una dermatosis localizada en el rostro y la región inguinal de 3 meses de evolución, sin síntomas acompañantes. Al examen físico se observaban máculas amarro-

nadas, localizadas en la región palpebral bilateral, peribucal e inguinal (Foto 1). Se solicitaron estudios complementarios incluyendo laboratorio que no evidenció datos significativos. En la dermatoscopia de las lesiones cutáneas se observaron glóbulos finos de color amarronados de disposición lineal (Foto 2)

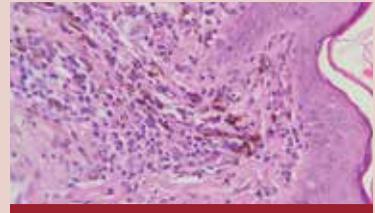
y biopsia de piel de región inguinal en cuyo estudio histopatológico con tinción HyE informó un infiltrado inflamatorio en banda, que borró la unión dermoepidérmica, la degeneración vacuolar de los queratinocitos basales, cuerpos de *civatte* y los abundantes melanófagos cargados de pigmento (Foto 3).



**FOTO 1:** Máculas amarronadas en la región palpebral bilateral y peribucal.



**FOTO 2:** Dermatoscopia de la lesión peribucal. Se observan glóbulos amarronados lineales.



**FOTO 3:** Histopatología: microfotografía (HyE 40x) presencia de infiltrado inflamatorio en banda dermoepidérmico y abundantes melanófagos.

**1) ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

- A. Dermatitis cenicienta o eritema discrómico persistente.
- B. Liquen plano pigmentoso.
- C. Melanosis de Riehl.
- D. Amiloidosis cutánea primaria.
- E. Eritema fijo medicamentoso.

**2) ¿Qué estudios solicitaría para confirmar el diagnóstico?**

- A. Dermatoscopia.
- B. Laboratorio con proteinograma electroforético.

- C. Biopsia de la lesión.
- D. Las opciones A y B son correctas.
- E. Ninguna es correcta.

**3) ¿Qué esperaría encontrar en el estudio histopatológico según su diagnóstico de sospecha?**

- A. Melanófagos dérmicos. Durante las fases iniciales eritematosas se observan vasodilatación y congestión vascular.
- B. Degeneración vacuolar del estrato basal e infiltrado liquenoide en las lesiones precoces.

- C. Epidermis atrófica, degeneración vacuolar de la capa de células basales con infiltrado liquenoide linfohistiocítico disperso e incontinencia pigmentaria.
- D. Ninguna es correcta
- E. Todas son correctas

**4) ¿Qué tratamiento considera de elección?**

- A. Fotoprotección.
- B. Corticoides tópicos.
- C. Tacrolimus 0,01% ungüento.
- D. Conducta expectante.
- E. Todas las opciones son correctas.

Las respuestas en la pág. 44

**DERMATÓLOGOS JÓVENES**

★ **Piense en... MELANOMA NODULAR AMELANÓTICO**

María Julia Boulet<sup>1</sup>, Ileana Rosalía Camardella<sup>2</sup>, Gianina Anabella Coletto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Jefa de Residentes. <sup>2</sup> Médicas Residentes. Servicio de Dermatología, Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina



Varón de 40 años, sin antecedentes, con lesión en tronco de 1 mes de evolución.



Varón de 65 años, sin antecedentes, con lesión en tronco de 4 meses de evolución.



Varón de 73 años, sin antecedentes, con lesión en cuero cabelludo de 2 meses de evolución.

Las respuestas en la pág. 48

## DERMATÓLOGOS JÓVENES

### ★ Piense en... MELANOMA NODULAR AMELANÓTICO / Respuestas

María Julia Boulet<sup>1</sup>, Ileana Rosalía Camardella<sup>2</sup>, Gianina Anabella Coletto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Jefa de Residentes. <sup>2</sup> Médicas Residentes. Servicio de Dermatología, Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina



#### 1 GRANULOMA PIÓGENO

Proliferación vascular capilar benigna, asociada a irritantes locales, trauma, infección, malformaciones vasculares preexistentes o medicación.

- Edad más frecuente: infancia y adultos jóvenes.

- Clínica: pápula o pólipo de color marrón-rojizo a púrpura que prolifera rápidamente. Friable y puede ulcerarse. Localización más frecuente: extremidades.

- Histología: proliferación bien delimitada, exofítica de capilares pequeños. La epidermis puede estar adelgazada o atrófica con progresión a ulceración. Collarete epidérmico.

#### 2 MELANOMA NODULAR AMELANÓTICO

El melanoma nodular representa el 15-30% del total de los melanomas. La variante amelanótica se observa en el 2 al 8% de todos los melanomas, más frecuentemente en melanoma nodular.

- Edad y factores de riesgo:

. >50 años.

. Fototipo I, raza blanca, ausencia de nevos en el dorso.

- Clínica: tumor rosado, firme, de crecimiento rápido, con localización principal en el tronco, cabeza y cuello.

- Histología: melanocitos atípicos sin melanina que se extienden en forma vertical en dermis con escasa afectación epidérmica

- Inmunohistoquímica: positiva para S 100 y HMB 45

#### 3 CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL

Neoplasia neuroendocrina rara y agresiva.

- Edad y factores de riesgo:

. 65 a 85 años.

. > sexo masculino.

. RUV, inmunosupresión y poliomavirus.

- Clínica: nódulo eritematovioláceo de rápida evolución. Mayor frecuencia en áreas fotoexpuestas (cara y cuero cabelludo).

- Histología: masa dérmica poco definida. Frecuente infiltración de grasa subcutánea. Respeto epidermis y anexos. Células redondeadas, pequeñas y uniformes de manera compacta, con escaso citoplasma. Figuras mitóticas abundantes. Zonas extensas de necrosis.

- Inmunohistoquímica: positiva para CK20, CK5/6 y CK7, cromogranina y sinaptofisina.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Komakech D, Ssenkumba B. Pyogenic granuloma. *N Engl J Med*. 2022;38:1979.

- Walsh NM, Cerroni L. Merkel cell carcinoma: A review. *J Cutan Pathol*. 2021; 48:411-421.

- Benedito S, Mosquera T, Marini M, Saponaro A, et al. Melanoma amelanótico/hipomelanótico. *Dermatol Argent*. 2020; 26:110-113.

- Strazzulla LC, Li X, Zhu K, Okhovat JP, et al. Clinicopathologic, misdiagnosis, and survival differences between clinically amelanotic melanomas and pigmented melanomas. *J Am Acad Dermatol*. 2019; 80:1292-1298.