

Lesión pigmentada en región frontal

Pigmented lesion in frontal region

Paola Vázquez,¹ María del Valle González,² Emilia Cohen Sabban,³
Alba Lopes dos Reis⁴ y Graciela Fernández Blanco⁵

Caso clínico

Mujer de 68 años de edad que consultó por presentar una lesión pigmentada, asintomática, localizada en región frontal, de 6 años de evolución (foto 1). La paciente no presentaba antecedentes personales ni familiares de relevancia.

A la inspección se observó una lesión sobreelevada, pardo-negrucada de superficie irregular, que asentaba sobre una mácula marrón claro, con bordes irregulares de 1,5 cm por 0,8 cm de diámetro.

Dermatoscopicamente se observaron pseudoquistes de millium, una pseudorred de pigmento, pseudoaperturas foliculares y algunas pseudofisuras en forma discreta (foto 2).

Se realizó resección total de la lesión.

Histopatología: la epidermis mostró acantosis con hiperqueratosis y tapones corneosanexiales. En dermis superficial se observaron melanófagos (foto 3).

La acantosis mostró hiperplasia de queratinocitos basaloides y melanocitos dendríticos con pigmento (foto 4) (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(6): 483-486).

Fecha de recepción: 12/05/2012 | **Fecha de aprobación:** 13/06/2012

¹ Médica especialista en dermatología

² Médica dermatóloga de planta

³ Médica dermatóloga de planta

⁴ Médica dermatopatóloga

⁵ Jefa del Servicio de Dermatología

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Paola Vázquez, Av. Callao 1441 12° E, CABA. pbvazquez@yahoo.com.ar



Foto 1. Lesión pigmentada sobrelevada en región frontal



Foto 2. Dermatoscopia: Red de pigmento inconstante y vasodilatación.

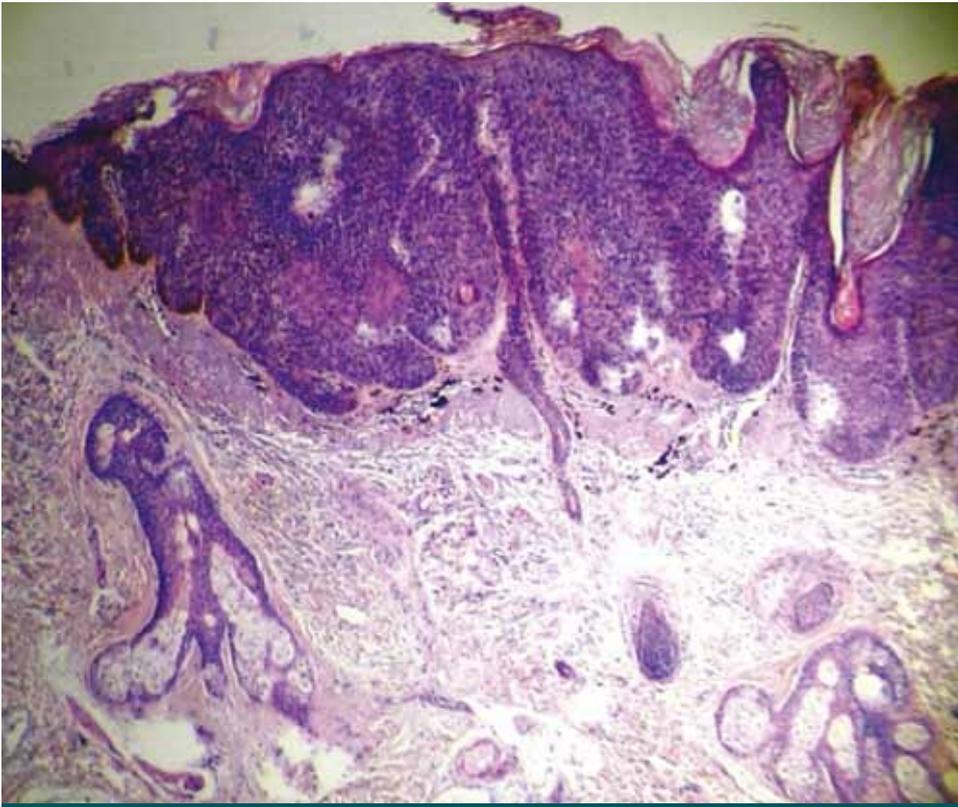


Foto 3. Epidermis con acantosis compuesta por queratinocitos basaloides sin pigmento melánico en su citoplasma. Tapones córneos.

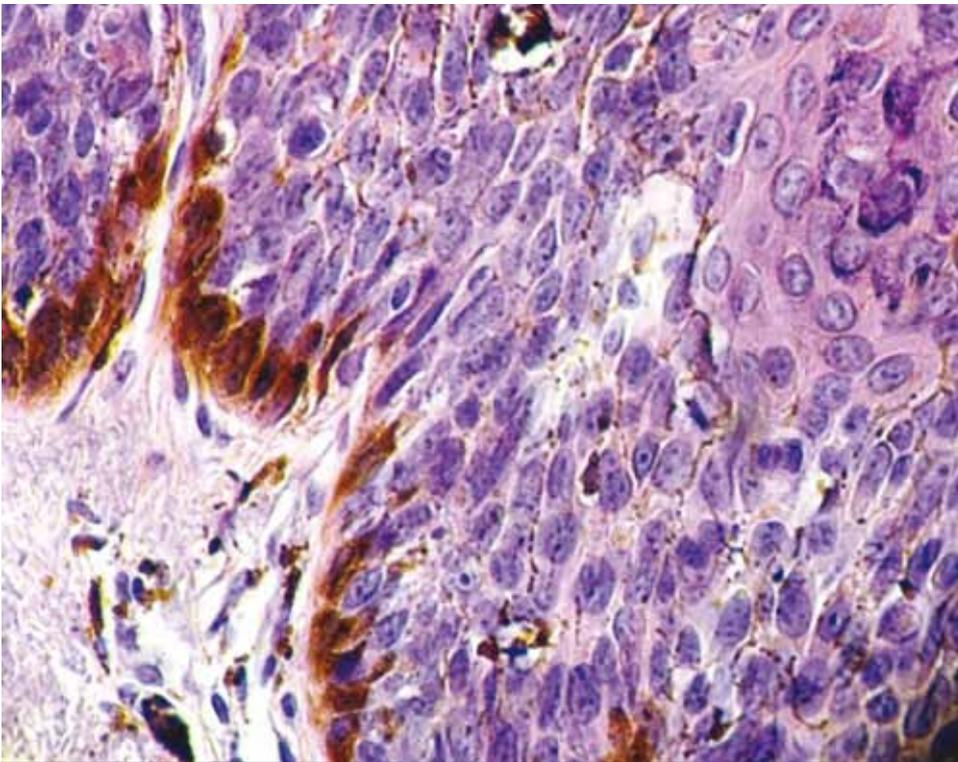


Foto 4. Abundantes melanocitos dendríticos.

Diagnóstico

Melanoacantoma.

Comentarios

El melanoacantoma descrito por Mishima y Pinkus en 1960 es una variedad histológica poco frecuente de queratosis seborreica pigmentada, caracterizada como una lesión única de color pardo oscuro y de superficie irregular.¹⁻²

Histológicamente presenta una epidermis hiperplásica, con papilomatosis sin evidencia de invasión de la dermis, en la cual se ven células escamosas, basófilas parecidas a las células basales epidérmicas y melanocitos.

Bruno Bloch lo describió en 1927 como melanoepitelioma no nevoide benigno con células basales espinosas y melanocitos dendríticos.³

Según Abulafia y Grinspan, se observa una hiperplasia de melanocitos dendríticos hipertróficos y de queratinocitos (células basales y espinosas) con tendencia a la diferenciación córnea. Por ello la consideran como una variedad de queratosis seborreica donde los melanocitos se destacan por su número y tamaño. La proliferación epitelial no es sólo basal sino que también abarca el estrato espinoso.

En contraste con la queratosis seborreica, no hay inclusiones quísticas de material córneo, las células espinosas muestran una tendencia a la queratinización focal y se

observan numerosos melanocitos. Éstos contienen gran cantidad de melanina, mientras que las células basales y escamosas están libres de ella.⁴

En la queratosis seborreica, en cambio, se ven pocos melanocitos y la melanina está localizada en el interior de las células basales.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con el resto de las variedades clínico-histológicas de las queratosis seborreicas, epitelioma basocelular pigmentado y melanoma.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica total con estudio histológico.⁵

El interés de esta presentación es mostrar una variedad infrecuente de queratosis seborreica y diferenciarla de otras lesiones pigmentadas de localización facial desde el punto de vista clínico, dermatoscópico e histopatológico.

Bibliografía

1. Ho Vincent C.Y. Tumores epiteliales benignos en Fitzpatrick T.B., Freedber I.M., Eissen A.Z. et ál. *Dermatología en Medicina General*, Ed. Panamericana, Buenos Aires, 2001: 917-919.
2. Mishima Y., Pinkus H. Benign mixed tumor of melanocytes and malpighian cell. Melanoacanthoma: its relationship to Bloch's benign non-nevoid melanoepithelioma, *Arch. Dermatol.*, 1960, 81: 539-550.
3. Mazini M.A. *Tumores y paraneoplasias cutáneas en dermatología clínica*, Ed. López Libreros Editores, Buenos Aires, 1977, 1419.
4. Elder D., Elenitsas R., Jaworsky C., Johnson B., en Lever W., *Histopatología de la piel*, Ed. Intermedica, Buenos Aires, 1997: 689, 693, 731.
5. Kihiezak G., Santiago A., Centurion M. Gigant cutaneous melanoacanthoma, *Int. J. Dermatology*, 2004, 43: 936-937.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

* PIENSE EN... poroma ecrico y elija una opción		RESPUESTAS
» 1	» 2	» 3
		
<p>Melanoma amelanotico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variante inusual de melanoma. • Clínicamente: nódulo ulcerado que carece de pigmento. • Diagnóstico: clínico e histopatológico. • Mal pronóstico. 	<p>Poroma ecrico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia aneural benigna de las glándulas sudoríparas ecricinas. • Adultez, de patogenia incierta. • Localización más común: palmas y plantas. • Neoformación eritematosa, de superficie brillante, sangrante. • Diagnóstico: histopatológico. • Tratamiento: quirúrgico. 	<p>Granuloma piogeno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proliferación vascular. • Causa: traumática generalmente. • Nódulo eritematoso, exofítico, de superficie lisa, que se rodea de un collarite epidérmico. • Localización: dedos de manos y mucosas. • Diagnóstico: clínico principalmente.