

Dermatoscopia de lesiones no melanocíticas

Dermatoscopy of non-melanocytic lesions

Emilia N. Cohen Sabban¹, Horacio A. Cabo²

Dermatol Argent 2010;16(2):143-145.

(Nota de los autores: El objetivo de esta sección es mostrar en forma progresiva, las características dermatoscópicas de lesiones melanocíticas y no melanocíticas, tanto en su forma clásica como en sus presentaciones infrecuentes.)

La pigmentación azul grisácea es uno de los tres criterios dermatoscópicos para establecer el diagnóstico del carcinoma basocelular (CBC). Según la disposición que adopte el pigmento en la lesión, se pueden observar 4 tipos de estructuras:

- estructuras en forma de hoja o digitiforme: se localizan generalmente en la periferia de la lesión (**Fotos 1 y 2**).
- estructuras o nidos ovoides: tienen límites netos y pigmentación homogénea (**Fotos 3, 4 y 5**).
- múltiples glóbulos azul-grisáceos: son más pequeños que los nidos ovoides, pueden estar agregados y constituyen la pigmentación inicial de un CBC (**Fotos 6 y 7**).
- áreas radiadas: proyecciones radiales bien circunscriptas de color marrón, azul o gris que se proyectan desde un núcleo central habitualmente más oscuro (**Fotos 8 y 9**).

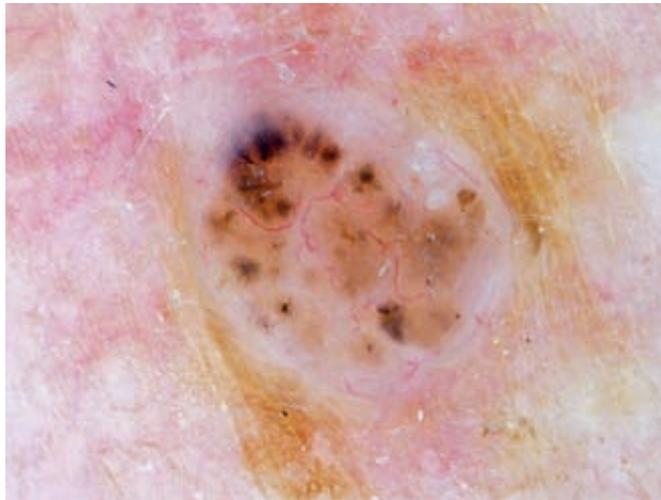


Foto 1.

Fecha de recepción: 15/10/2009 | Fecha de aprobación: 16/11/2009

1. Docente Adscripta de Dermatología, UBA.
2. Profesor Adjunto de Dermatología, UBA.

Correspondencia

Dra. Emilia Cohen Sabban: Arenales 1446 1° C, (1061) CABA, Rep. Argentina | emics@fibertel.com.ar

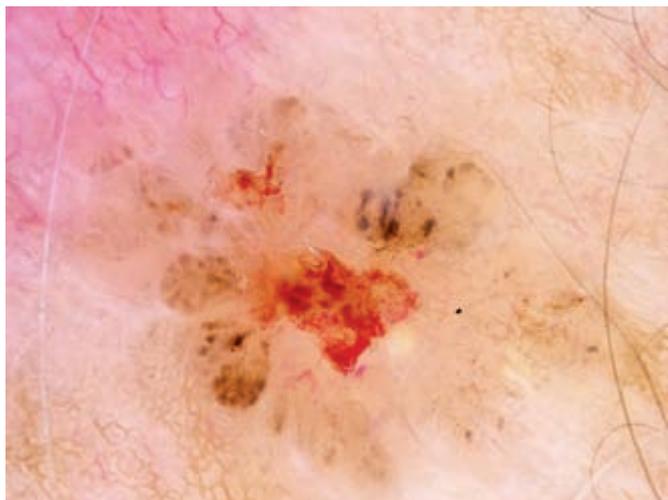


Foto 2.

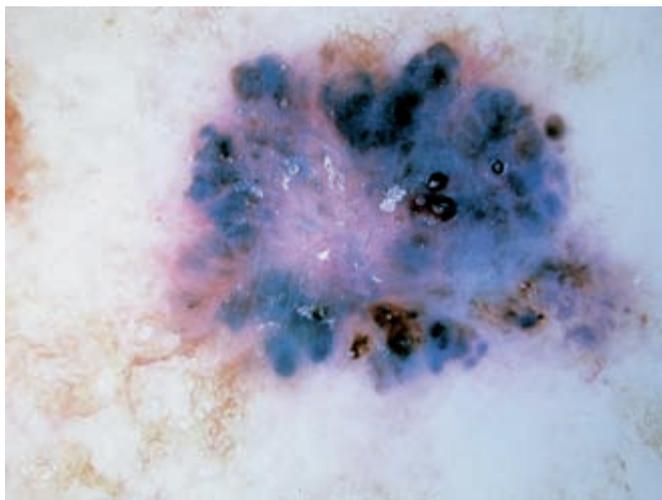


Foto 3.



Foto 4.

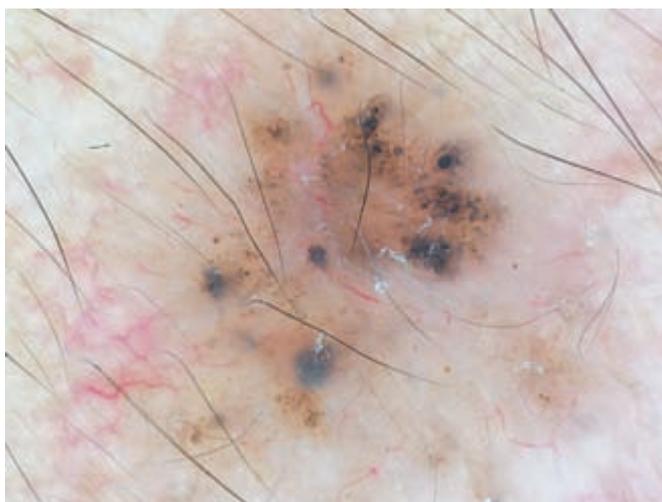


Foto 5.



Foto 6.

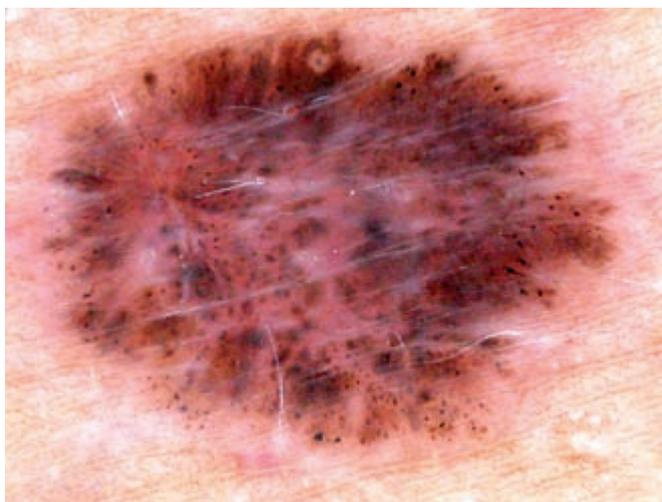


Foto 7.



Foto 8.



Foto 9.



Seguimiento a largo plazo de la onicomicosis de las uñas de los pies causada por dermatofitos después de un tratamiento exitoso con agentes antifúngicos sistémicos.

Las recurrencias varían entre 10 y 53%. Se realizó un estudio prospectivo de 7 años, que incluyó a 73 pacientes que recibieron terbinafina 250 mg diarios (59 pacientes) o 400 mg diarios de itraconazol por una semana por mes (14 pacientes).

Los pacientes fueron evaluados cada seis meses con métodos clínicos y micológicos.

En conclusión, el suministro de terbinafina sistémica para tratar el primer episodio de onicomicosis puede proporcionar mayor éxito a largo plazo que el itraconazol. Otros factores, entre ellos la presencia de factores predisponentes, el uso del esmalte de uñas como tratamiento profiláctico y la cepa del dermatofito aislada, no mostraron influencia significativa en relación con la recaída.

Piraccina BM, et al.
J Am Acad Dermatol 2010; 62: 411-414

LJ



La asociación entre carcinomas basales, espino-celulares, nevos displásicos y distrofia muscular miotónica indica un rol importante de las proteínas que se unen al ARN en el desarrollo del cáncer de la piel humana.

La distrofia muscular miotónica (DMN) es causada por una función anormal de las proteínas que se unen al ARN.

El autor propone un mecanismo genético de cómo la función anormal de las proteínas unidas al ARN pueden provocar o contribuir al desarrollo de cáncer de la piel y ensaya una explicación para esta asociación entre DMM y carcinogénesis cutánea.

Zemtsov A.
Arch Dermatol Res 2010;302:169-170.

LJ



El receptor del ácido nicotínico presenta un potencial terapéutico en el cáncer de piel no-melanoma.

Los receptores del ácido nicotínico pueden ser otro "blanco" terapéutico en el cáncer de la piel no-melanoma. En estudios preclínicos, el ácido nicotínico ha inhibido la fotocarcinogénesis y la fotoinmunosupresión inducidas por UV a través de un mecanismo desconocido, posiblemente de supresión tumoral.

El ácido nicotínico podría estar disponible en una loción tópica de uso profiláctico.

Gagnon L.
Dermatol Times, Dic 1 2009.

LJ