

# Dermatoscopia de lesiones melanocíticas: Nevos Azules

---

## Dermoscopy of melanocytic lesions: blue nevi

---

Virginia Mariana González,<sup>1</sup> Emilia N. Cohen Sabban<sup>2</sup> y Horacio A. Cabo<sup>3</sup>

Los nevos azules son nevos melanocíticos que clínicamente se presentan como lesiones azul-grisáceas bien definidas. Histológicamente se caracterizan por una proliferación dérmica de melanocitos dendríticos intensamente pigmentados (nevo azul común), que en ocasiones se extienden hasta la hipodermis (nevo azul celular).

A la dermatoscopia son lesiones con pigmentación azul homogénea, que varía del azul-grisáceo, marrón-azulado al negro-azulado. Tiene límites netos y ausencia de red pigmentaria u otras estructuras. La pigmentación se observa en forma más homogénea con el dermatoscopio de luz no polarizada (fotos 1, 2 y 3). Pueden presentar proyecciones azul-grisáceas desenfocadas en la periferia, debidas a cordones profundos de melanocitos o melanófagos (foto 4). En forma excepcional pueden tener puntos y glóbulos y cuando asientan en la cara, hipo o hiperpigmentación perifolicular. Son frecuentes las áreas hipopigmentadas blanco-grisáceas por la presencia de fibrosis (nevo azul esclerótico) (foto 5).

El nevo combinado es la conjunción, en la misma lesión, de un nevo azul con un nevo de células névicas. Se caracteriza dermatoscópicamente por presentar áreas azules y áreas marrones, que pueden ser homogéneas o con patrón reticular y/o globular (foto 6 y 7). Más raramente puede ser targetoide (patrón azul central) o con proyecciones (foto 8).

El patrón azul homogéneo puede observarse también en las metástasis intradérmicas pigmentadas del melanoma (foto 9), en algunos carcinomas basocelulares pigmentados, en lesiones vasculares, en dermatofibromas hemosideróticos y en tatuajes médicos o accidentales (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(2): 71-73).

Fecha de recepción: 22/12/2011 | Fecha de aprobación: 28/12/2011

---

<sup>1</sup> Médica de planta del Servicio de Dermatología del Hospital Alemán

<sup>2</sup> Subjefa del Servicio de Dermatología del Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, UBA

<sup>3</sup> Jefe del Servicio de Dermatología del Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, UBA

Correspondencia: emicohensabban@gmail.com



Foto 1

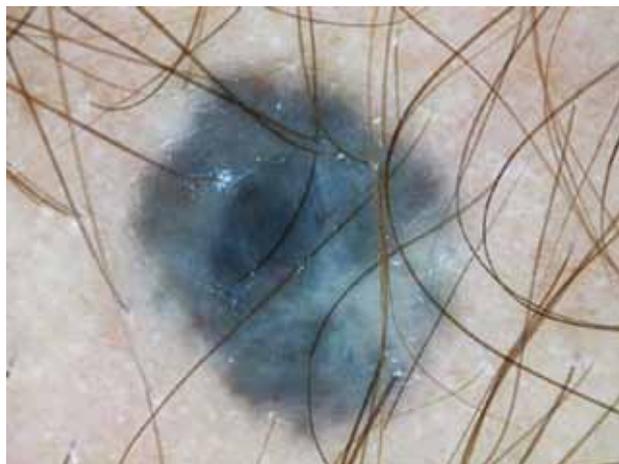


Foto 2



Foto 3



Foto 4

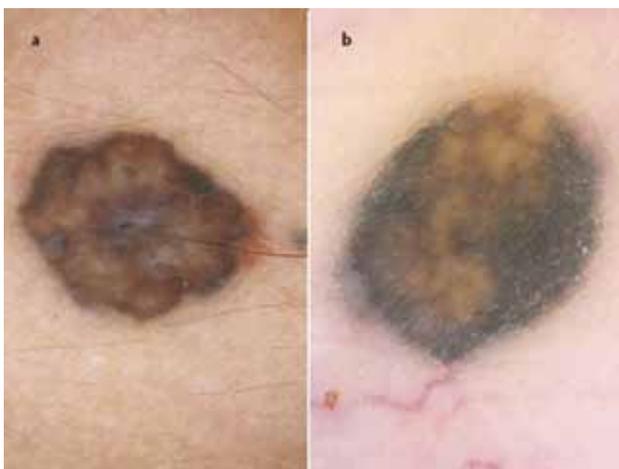


Foto 5

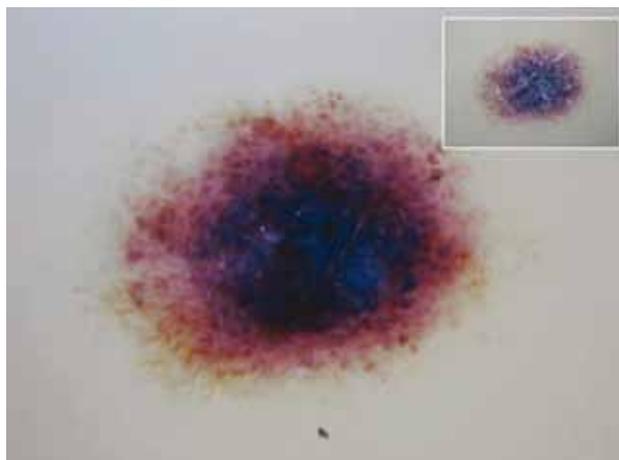


Foto 6

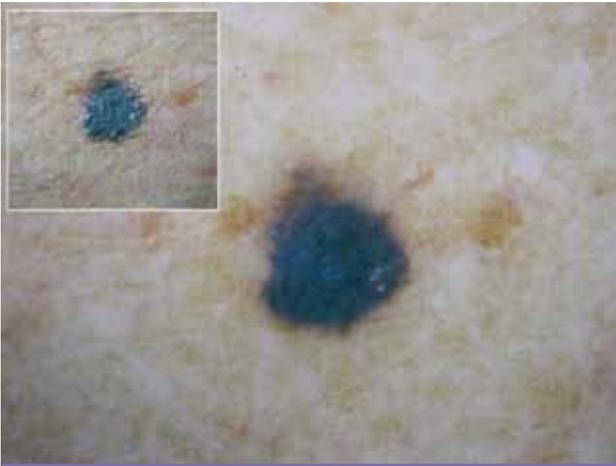


Foto 7

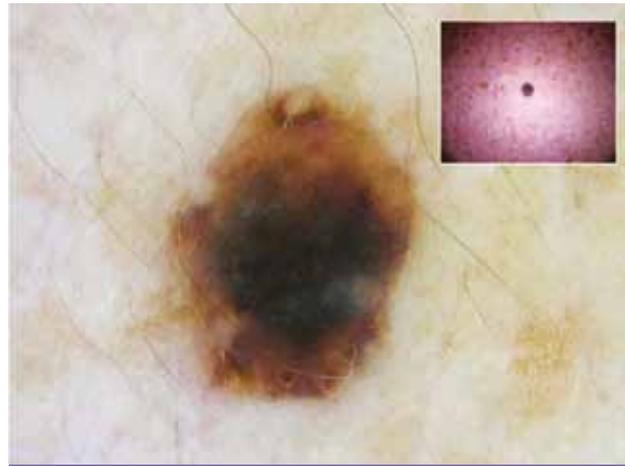


Foto 8

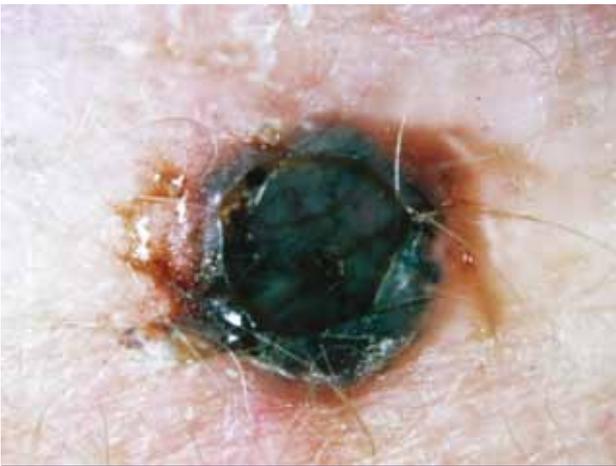


Foto 9

## \* PERLAS DERMATOLÓGICAS

### Pelo y uñas en psoriasis.

Shin M.K., Kim K.S., Ahn J.J., Kim N., *et ál.* Investigation of the hair of patients with scalp psoriasis using atomic force microscopy, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2012, 37: 156.

La psoriasis afecta la queratina blanda de la piel y también la queratina dura de pelos y uñas. Mediante microscopia de fuerza atómica (AFM) se investigaron pelos del cuero cabelludo en pacientes con psoriasis de esa zona. El número de hoyuelos (pit), el grosor y la rugosidad fueron semejantes a los observados en las uñas, lo que confirmó la naturaleza generalizada de la dermatosis.

### Metotrexato en lesiones cutáneas de dermatomiositis.

Hornung T., Ko A., Tüting T., Bieber T., *et ál.* Efficacy of low-dose methotrexate in the treatment of dermatomyositis skin lesions, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2012, 37: 139.

En 11 pacientes con lesiones cutáneas de dermatomiositis se empleó metotrexato. Las lesiones cutáneas involucionaron en 2-3 meses. El infiltrado linfocitario fue acentuado en las lesiones y disminuyeron con el tratamiento. La inhibición de la migración de linfocitos en la piel podría ser un importante mecanismo de acción del metotrexato en el tratamiento de la dermatomiositis.

### Márgenes quirúrgicos de melanoma in situ.

Kunishige J.H., Brodland D.G., Zitelli J.A., *et ál.* Surgical margins for melanoma in situ. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2012, 66: 438.

Estudio de 1.072 pacientes con 1.120 melanomas in situ, extirpados con el método micrográfico de Mohs. El mínimo margen quirúrgico fue de 6 mm y se calculó el margen total agregando 3 mm en cada etapa adicional. El 86% fue correctamente tratado con un margen de 6 mm. El 98,9% fue extirpado con el margen de 9 mm. La superioridad de 9 mm fue significativa con P menor a 001. La conclusión es que el margen de 5 mm con frecuencia recomendado, es insuficiente. El estándar debe incluir 9 mm donde aparece piel normal.

Alberto Woscoff