

Patrones dermatoscópicos en lesiones pigmentadas palmo-plantares en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Central Militar

Mayor M.C. Rocío Tovar-Franco,* Mayor M.C. Laura Juárez-Navarrete,** Dra. Blanca Carlos-Ortega***

Departamento de Dermatología del Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN

Objetivos. Analizar las características dermatoscópicas de las lesiones pigmentadas palmo-plantares en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Central Militar y compararlas con lo reportado en la literatura.

Material y métodos. Se revisaron a pacientes que acudieron al servicio con alguna lesión pigmentada en zonas acrales. Los pacientes fueron mayores de 18 años, militares, derechohabientes y civiles y que aceptaran participar en el estudio. No se incluyeron lesiones en uñas. Las lesiones fueron revisadas con dermatoscopio manual tipo Derm Lite.

Resultados. Los resultados se analizaron con el método de análisis estadístico χ^2 . El patrón más frecuentemente encontrado fue el paralelo de la cresta, seguido por el atípico y por el fibrilar, este último no asociándose a áreas de presión. Los diagnósticos principales fueron lentigo simple y nevos melanocíticos adquiridos.

Conclusión. En general, las características de los pacientes de nuestro estudio son similares a lo reportado en la literatura.

Palabras clave: Dermatoscopia, patrón dermatoscópico, epiluminiscencia, patrón paralelo de la cresta, dermatoscopio, área volar, área acral, dermatoglifos.

Introducción

Los melanocitos son células productoras melanina que ejercen efectos biológicos significativos que abarcan desde problemas estéticos hasta el cáncer de piel más agresivo, el melanoma. En la piel, los melanocitos se localizan en la capa basal de la epidermis y proyectan sus dendritas dentro de la epidermis, donde transfieren los melanosomas a los querati-

Dermatoscope patterns in palm-plantar pigmented lesions in patients of the Dermatology Service of the Hospital Central Militar

SUMMARY

Objectives. To analyze the dermatoscope characteristics of the palm-plantar pigmented lesions in patients of the Dermatology Service of the Hospital Central Militar and compare with those reported in the literature.

Material and methods. We reviewed patients who came in with a pigmented lesion in acral areas. The patients were older than 18 years, military, insured and civilians who agree to participate in the study. No injuries in nails were included. The lesions were reviewed with manual dermatoscopes Derm Lite type.

Results. The results were analyzed with the statistical analysis method χ^2 . The pattern most frequently found was the parallel of the crest, followed by the atypical and the fibrillar, this one not related to areas of pressure. The main diagnoses were simple lentigo and melanocytic nevus acquired.

Conclusion. In general, the characteristics of the patients in our study are similar to those reported in the literature.

Key words: Dermatoscopes, dermatoscope pattern, epiluminescence, the parallel crest pattern, dermatoscopes volar area, acral area, dermatoglyphs.

nocitos. En general, las hiperplasias melanocíticas son un incremento en los melanocitos normales en la capa basal de la epidermis, y las neoplasias melanocíticas describen la presencia de células melanocíticas en nidos epidérmicos o dérmicos.¹

Los nevos melanocíticos adquiridos (nevos de unión, compuesto e intradérmico) y el lentigo simple son las hiperplasias melanocíticas más frecuentes. En general, se ha ob-

* Graduada de especialidad y residencia en Dermatología. E.M.G.S. **Jefe del Curso y Especialidad en Dermatología, Hospital Central Militar y E.M.G.S. *** Médico Adscrito del Departamento de Dermatología del Centro Médico Nacional La Raza.

Correspondencia:

Dra. Rocío Tovar-Franco.

Escuela Militar de Graduados de Sanidad. Cda. de Palomas S/N, Col. Lomas de San Isidro, México, D.F. chio_tf@prodigy.net.mx

Recibido: Agosto 10, 2008.

Aceptado: Enero 26, 2009.

servado que su frecuencia y distribución pueden estar asociadas a influencias raciales. Coleman y cols. reportaron una incidencia aumentada de nevos por cada persona con piel blanca; sin embargo, se ha observado que la incidencia es mayor en topografía acral en pacientes de raza negra, japonesa o americana.²

En general, las lesiones maculares en palmas y plantas pueden ser lentigos, nevos melanocíticos adquiridos, hiperpigmentaciones postinflamatorias o melanomas.³ Lewis, en 1976, hipotetizó que los nevos melanocíticos de palmas y plantas fueran lesiones premalignas. Reportó que los nevos melanocíticos se presentaban cerca de la unión del dorso con las superficies palmar y plantar, un sitio común de melanoma en negros. Finalmente, sugirió que todas las lesiones melanocíticas palmares y plantares deberían ser reseadas para erradicar el melanoma en pacientes blancos de Uganda.² Sin embargo, Van Scott y cols.,⁴ en 1957, realizaron un estudio en 735 pacientes encontrando una incidencia de 6.3% de lesiones melanocíticas. Resecaron 45 lesiones y todas fueron benignas, por lo que no recomendaron la resección de estas lesiones en forma rutinaria.

Se ha considerado que la fuerza mecánica o irritación de un melanocito preexistente representa un factor de riesgo para el desarrollo de melanoma.^{4,5} Existen diferencias importantes en la incidencia de melanomas en sitios acrales en diferentes razas; en pacientes caucásicos es de 7%, en japoneses 28.9%, en afroamericanos 38.9 y en mexicanos 41.9%.⁷⁻⁹

Saida y cols. evaluaron 144 pacientes con lesiones pigmentadas y encontraron que las lesiones melanocíticas benignas no excedieron de 9 mm de diámetro. En contraste, los melanomas plantares, incluido el melanoma maligno *in situ*, presentaron 9 mm de diámetro o más. Además observaron que pacientes de menos de 50 años fueron los que en su mayoría presentaron las lesiones benignas; por lo tanto, proponen estos criterios como guía para la detección de melanoma plantar maligno, agregándose al ya propuesto por la Sociedad Americana de Cáncer (ABCD).¹⁰

El melanoma es la neoplasia melanocítica con más alto grado de malignidad de todo el organismo. Se origina de los melanocitos, presentando una alta tendencia a producir metástasis tempranamente.⁹ En las últimas décadas su incidencia ha aumentado en todo el mundo siendo su diagnóstico y tratamiento temprano esenciales para el buen pronóstico.¹¹

En México constituye 2% de todas las neoplasias malignas ocupando el tercer lugar de todos los cánceres de la piel. Se presenta casi de igual manera en hombres y en mujeres, y es más frecuente en adultos entre 20 y 60 años.⁹ En poblaciones con fototipo cutáneo Fitzpatrick III-VI, como la mexicana, la piel acral es el sitio más prevalente del melanoma maligno cutáneo.¹²

El melanoma en su etapa inicial, en los sitios acrales a menudo se diagnostica como nevos melanocíticos, los cuales no son infrecuentes como ya se mencionó anteriormente. En ocasiones, las características clínicas y/o histopatológicas de los nevos melanocíticos, sobre todo aquellos muy pequeños, causan confusión con melanoma *in situ*,¹³ por lo

anterior, se han creado técnicas para mejorar el diagnóstico temprano.

La dermatoscopia es un método no agresivo que permite observar *in vivo* una gran diversidad de lesiones en la superficie de la piel, es una herramienta diagnóstica a través de la cual se identifican estructuras que no son visibles con el ojo humano desnudo y un lazo de unión entre la observación clínica y el estudio histopatológico de una lesión.^{14,15} El aumento de melanoma en las últimas décadas, así como de la mortalidad asociada, ha favorecido el desarrollo de esta técnica.¹⁶

En 1663, Johan Cristophorus Kolhaus describió los capilares sanguíneos ungueales con la ayuda del microscopio, siendo la primera vez que se usó la microscopia en la valoración clínica de un paciente vivo. Posteriormente, Mackie, en 1971, utiliza este método para la valoración de lesiones pigmentadas y después Fritsch y Pechlaner, en 1981, utilizaron el estereomicroscopio oftalmológico para evaluar tumores pigmentados antes de su escisión. El primer dermatoscopio manual fue desarrollado por Braun-Falco y cols. en 1989, con el cual se estudiaron diferentes lesiones pigmentadas y consiguieron resultados similares a los obtenidos con el estereomicroscopio. Finalmente, Pehamberger detalló los diversos patrones por microscopia de epiluminiscencia (MEPL) de las lesiones cutáneas pigmentadas.¹⁶⁻¹⁸

El dermatoscopio es un aparato sencillo, de fácil manejo y precio asequible, con óptica monocular de 10 aumentos, actualmente incluyen un sistema de luz emitida, lo que aumenta aún más la iluminación y calidad de la imagen.¹⁹

Cada estructura observada mediante dermatoscopia se puede correlacionar con su significado dermatopatológico, de manera que, al examinar una misma lesión mediante la exploración clínica, la dermatoscópica y estudio dermatopatológico, se obtienen diferentes visiones de la misma (en plano horizontal las dos primeras, y vertical la histología), que se complementan entre ellas. El procedimiento de diagnóstico dermatoscópico se lleva a cabo en pasos a través del “método de dos etapas”, siendo la primera la que va a diferenciar entre una lesión melanocítica de otra no melanocítica, y la segunda, para diferenciar el melanoma de las lesiones melanocíticas benignas (*Figura 1*).^{15, 20}

La terminología y definición de las estructuras dermatoscópicas forman el “abecedario” básico que se debe reconocer en cualquier lesión. Finalmente, mediante los patrones y diferentes algoritmos diagnósticos descritos por el Grupo del Consenso en Dermatoscopia, se podrá llegar a un diagnóstico.¹⁵

Se han descrito varios métodos de análisis dermatoscópico: Análisis de patrones, Método de Menzies, Regla del ABCD, Regla de los siete puntos de Angenziano, etc. El análisis de patrones es el que utilizamos en este trabajo, ya que ha reportado superioridad en precisión diagnóstica para el melanoma.^{10, 21, 22} Con respecto a las lesiones melanocíticas, permite el reconocimiento y la valoración de una serie de patrones que nos ayudan a diferenciar una lesión benigna de una maligna. Este patrón consiste en estudiar las lesiones

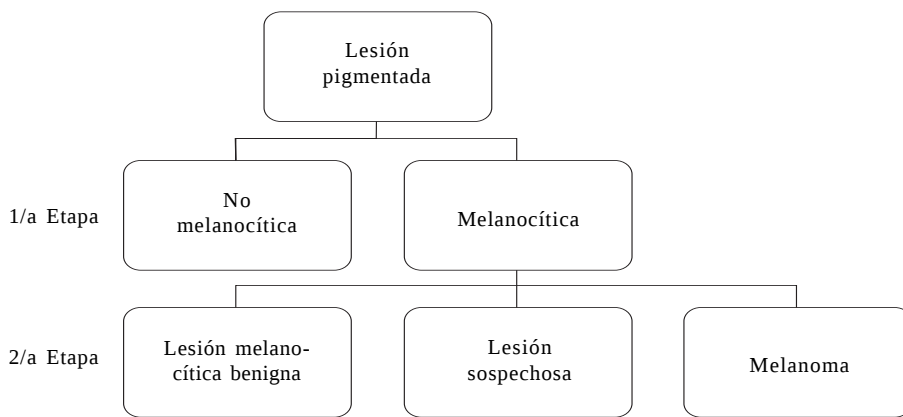


Figura 1. Método de dos etapas.

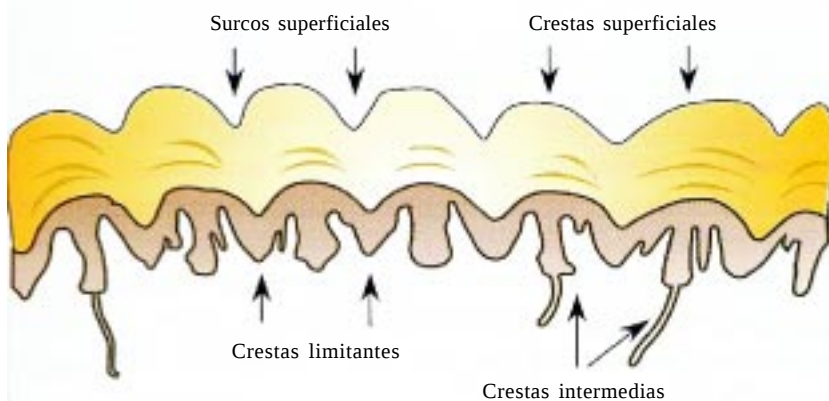


Figura 2. Estructura anatómica de las zonas acrales de la piel.

a través de patrones globales y locales. Los patrones globales son: reticular, globular, empedrado, homogéneo, en estrella paralelo y multicomponente. La lesión melanocítica se encasilla en el que presente el parámetro dermatoscópico determinante.²⁰ Y los patrones locales son: a) red de pigmento; b) ramificaciones; c) puntos y glóbulos; d) velo azul-blanco; e) hipopigmentación; e) estructuras de regresión y f) estructuras vasculares.

La anatomía de las palmas y las plantas difiere estructuralmente de la del resto del cuerpo, por lo tanto, la evaluación dermatoscópica de las lesiones melanocíticas en esas zonas también es diferente. En estas zonas, la piel es más gruesa con pliegues y surcos que forman los dermatoglifos, con una gran cantidad de glándulas ecrinas con sus respectivos conductos.

Los dermatoglifos presentan crestas y surcos. Desde el punto de vista anatómico las crestas (*Crista superficialis*) corresponden a hacia la profundidad con las crestas intermedias (*crista intermedia*); mismas que en su espesor contienen a los conductos intraepidérmicos de las glándulas ecrinas que son los acrosiringios. A su vez, los surcos (*surcus superficialis*), corresponden con las crestas limitantes (*crista limitans*)²³ (Figura 2).

Habitualmente, en los nevos melanocíticos benignos adquiridos, los orificios de los acrosiringios se observan con claridad en las crestas de los dermatoglifos. Por el contrario,

en el melanoma estos orificios quedan obliterados debido a la proliferación de las células malignas y al mayor depósito de pigmento melánico en esas zonas (Figura 3).

Debido a esta distribución paralela de los surcos en la superficie cutánea en palmas y plantas, las lesiones melanocíticas en estas zonas muestran patrones característicos como se mencionó anteriormente.

La clasificación de los patrones de lesiones melanocíticas benignas en estos sitios fue propuesta por Saida y cols.²¹ Malvey y Puig evaluaron dermatoscópicamente 210 nevos melanocíticos acrales en pacientes con síndrome de nevos atípicos y definieron tres patrones de lesiones benignas adicionales: el homogéneo, globular y reticular.²⁴ Altamura y cols. describieron un patrón más: el patrón de transición.²¹

Se ha observado que en sitios acrales, el patrón paralelo del surco es el más frecuente, y generalmente se encuentra en lesiones benignas; sin embargo, el patrón paralelo de la cresta, el cual se debe a la presencia del pigmento en las crestas, es frecuentemente encontrado en los melanomas acrales. La sensibilidad y especificidad de este último patrón es de 86 y 99%, respectivamente.¹³

Los patrones específicos para las lesiones en palmas y plantas¹⁷ se muestran en las figuras 4 y 5.

En países como Japón, entre otros, donde es frecuente el melanoma maligno acral, se han llevado a cabo numerosos

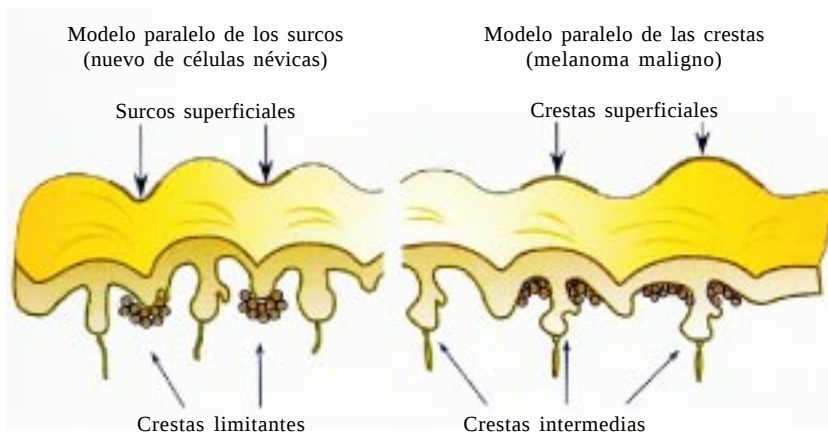


Figura 3. Depósito de pigmento y nidos de melanocitos en las crestas limitantes en los nevos melanocíticos y en las crestas intermedias en el melanoma.

estudios para describir y comparar los distintos patrones dermatoscópicos en esta topografía.

En nuestra población con fototipo cutáneo y con características genéticas diferentes donde también es frecuente el melanoma acral, consideramos importante reportar los hallazgos dermatoscópicos en nuestra raza. Éste es el motivo del presente trabajo.

Métodos

Se realizó revisión de áreas acrales a los pacientes que se presentaron en la consulta del 15 de febrero al 15 de octubre del 2007. Los pacientes que presentaron algún tipo de lesión pigmentada fueron informados del presente estudio, se explicó ampliamente el objetivo del mismo y se les invitó a participar, siempre y cuando reunieran los criterios siguientes:

De selección

De inclusión:

1. Ambos sexos.
2. Pacientes militares, derechohabientes y civiles.
3. Mayores de 18 años.
4. Que presenten una o más lesiones pigmentadas en sitio acral.
5. Que acepten participar en el estudio.

De exclusión:

1. Menores de 18 años.
2. Con lesiones pigmentadas solamente en uñas.
3. Pacientes que no deseen participar en el estudio.

De eliminación:

1. Pacientes que no acepten realización de biopsia de piel.
2. Pacientes en los cuales se reporte la biopsia de piel como insuficiente para realizar estudio histopatológico.
3. Pacientes en los cuales no se cuente con datos suficientes para la elaboración de historia clínica.

Los pacientes que aceptaron ingresar al estudio leyeron y firmaron la hoja de consentimiento informado. A los pacientes que no sabían leer se les leyó la misma con un familiar presente. Posteriormente, se procedió a recabar la historia clínica y a realizar exploración del resto del cuerpo en búsqueda de otras lesiones.

Se tomó iconografía de las lesiones con cámara digital Sony modelo No. DSC-H5 (7.2 megapíxeles, zoom óptico de 12x) colocando en cada carpeta digital el nombre del paciente. Se realizó revisión de las lesiones con el dermatoscopio tipo Derm-Lite Pro (diámetro de visión de 25 mm, luz emitida por diodos (LED) de 32 y luz polarizada) unida por un adaptador (adaptador para cámara S & W Photo Co. 30 mm-37 mm) a una cámara digital Sony modelo DSC-W50 (6 megapíxeles, zoom óptico de 3x). Todas las imágenes dermatoscópicas fueron analizadas por una de las participantes en este trabajo de investigación y con experiencia en el campo de la dermatoscopia. Se consideró la clasificación propuesta por Malvehy y Puig¹⁷ como se muestra en las figuras 4 y 5.

Se realizaron dos clasificaciones de las lesiones de acuerdo con su distribución como sigue:

Clasificación No. 1 (lesiones de palmas y plantas):

1. Lesiones en palmas.
2. Lesiones en plantas.
3. Lesiones en área lateral o volar de dedos.

Clasificación No. 2 (solamente lesiones de las plantas) (Figura 6):

1. Área A. Área que muestra disposición paralela de los márgenes cutáneos y que recibe presión directa del peso del cuerpo.
2. Área B. Área que muestra disposición paralela de los márgenes cutáneos y están relativamente libres de presión del peso del cuerpo.
3. Área C. Arco y áreas marginales de las plantas donde la distribución paralela de los márgenes cutáneos están relativamente perdidos.

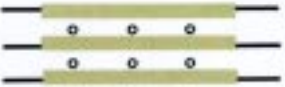
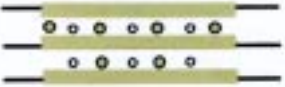
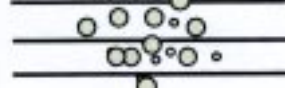
Criterios dermatoscópicos	Definición	Esquema
Patrones paralelos del surco	Pigmentación que sigue los surcos	
Variantes de patrones paralelos del surco	Patrón paralelo del surco y puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas	
	Puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas	
	Pigmentación en doble línea que sigue los surcos	
Patrón en celosía	Pigmentación que sigue los surcos y líneas atravesando los surcos transversalmente	
Patrón fibrilar	Filamentos paralelos finos cruzando los dermatoglifos en dirección perpendicular	
Patrón globular	Glóbulos no asociados a un patrón paralelo	
Patrón homogéneo	Pigmentación homogénea marrón clara con un aspecto amorfo	
Patrón reticulado acral	Red/retículo pigmentado bien definido sin asociación con procesos interpapilares epidérmicos	
Patrón atípico	Lesiones que no pueden clasificarse en los grupos previos y que no tienen criterios específicos de malignidad	
Patrón en transición *Descrito por Altamura y cols.		

Figura 4. Patrones dermatoscópicos benignos.

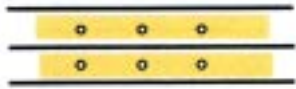
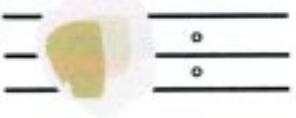
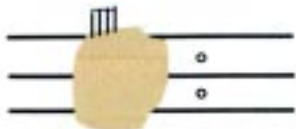
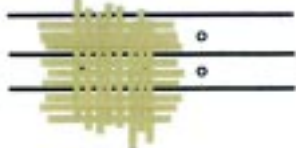
Criterios dermatoscópicos	Definición	Esquema
Patrón paralelo de la cresta	Pigmentación lineal de las crestas	
Pigmentación difusa variegata	Manchas de pigmento de distintos tonos de marrón que se observan en algunas partes de la lesión	
Patrón aserrado	Borde abrupto y proyecciones en la periferia de la lesión	
Patrón multicomponente	Borde abrupto, pigmentación difusa, puntos y glóbulos irregulares periféricos, múltiples colores, proyecciones atípicas en combinación con áreas con patrones benignos (fibrilar, paralelo del surco o patrón en celosía)	
Patrón reticulado en celosía atípico	Presente en algunos melanomas de extensión superficial en áreas acrales con un retículo pigmentado grueso y un patrón en celosía prominente	

Figura 5. Patrones dermatoscópicos malignos.

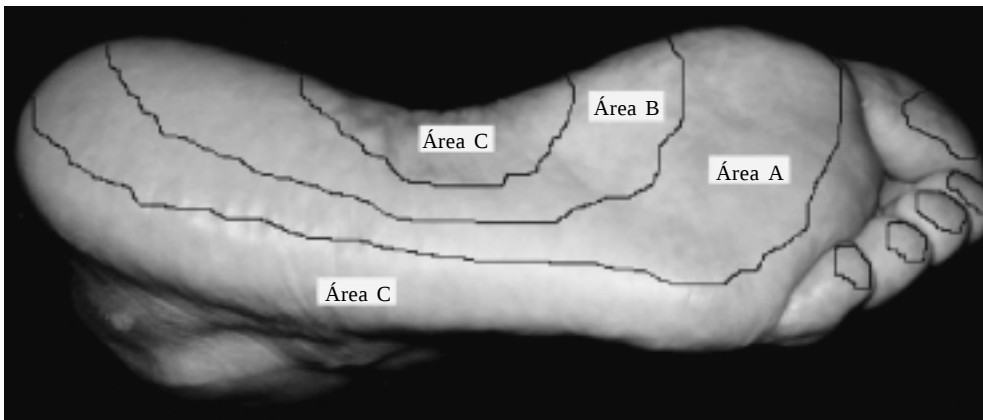


Figura 6. Áreas consideradas en la clasificación No. 2.

Todas las lesiones se resecaron mediante toma de biopsia escisional con huso o sacabocado. Se utilizó anestesia local con xilocaína+epinefrina (excepto en dedos). Las piezas se enviaron al Departamento de Patología del Hospital Central Militar donde se procesaron con técnicas habituales y fueron analizadas por una de las asesoras dermatopatóloga de nuestro servicio. Se utilizaron los criterios estándares para el diagnóstico histopatológico. Se solicitó, en casos específicos, nuevos cortes o tinciones de Perls. A los pacientes se les explicó detalladamente los cuidados para el

sitio de biopsia, se retiraron las suturas en dos y tres semanas para las lesiones de palmas y plantas, respectivamente. Los resultados se analizaron con el método de análisis estadístico χ^2 .

Resultados

Se detectaron un total de 85 lesiones pigmentadas en 66 pacientes, las cuales se incluyeron en este estudio. Fueron 48 pacientes del sexo femenino (72.7%) y 18 pacientes del

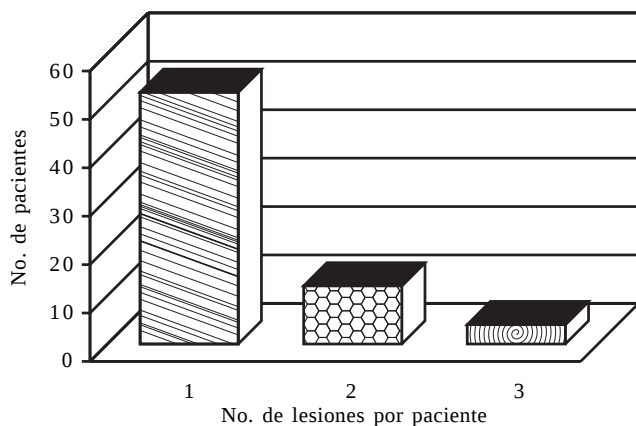


Figura 7. Distribución de los pacientes por número de lesiones.

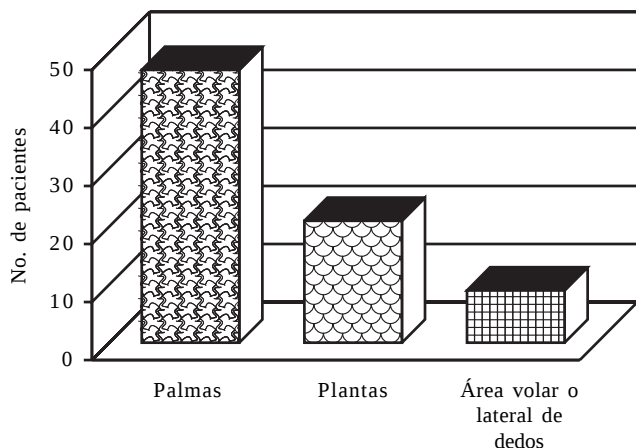


Figura 8. Distribución de los pacientes por topografía de la clasificación número 1.

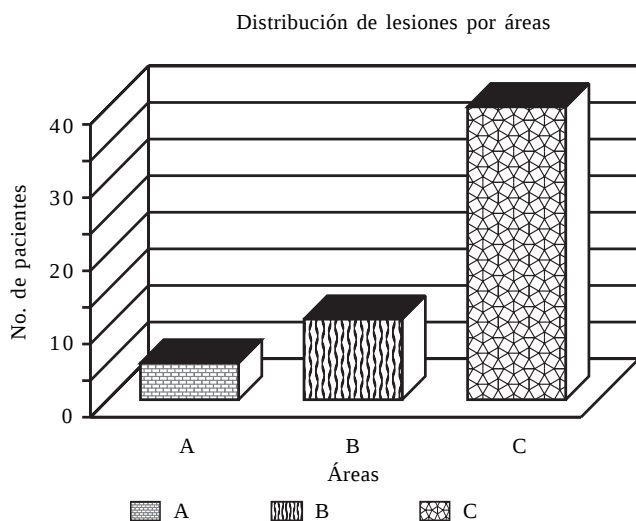
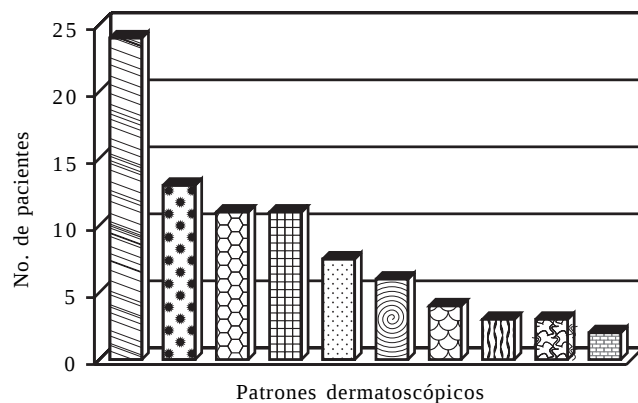


Figura 9. Distribución de los pacientes por áreas según la clasificación número 2. **A.** Área que muestra disposición paralela de los márgenes cutáneos y que recibe presión directa del peso del cuerpo. **B.** Área que muestra disposición paralela de los márgenes cutáneos y están relativamente libres de presión del peso del cuerpo. **C.** Arco y áreas marginales de las plantas donde la distribución paralela de los márgenes cutáneos están relativamente perdidos.

Distribución de lesiones por áreas



Patrón paralelo del surco Globular
 Atípico Celosía
 Fibrilar *VPPS
 Reticulado acral Patrón paralelo de la cresta
 Homogéneo **VPPS

Figura 10. Distribución global de los diferentes patrones dermatoscópicos en las 85 lesiones. *VPPS corresponde a la variante de patrón paralelo del surco patrón paralelo del surco y puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas. **VPPS corresponde a la variante de patrón paralelo del surco con puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas.

sexo masculino (27.7%). La edad promedio fue de 45.2 años. El paciente más joven fue de 18 años y hubo una paciente de 84 años. En relación con el fototipo cutáneo, según Fitzpatrick, 61 (92.4%) fueron tipo IV y cinco (7.57%) tipo V. Una paciente tuvo antecedente de lentigo maligno. La mayoría de los pacientes presentó solamente una lesión. Se detectó a 51 pacientes (77.2%) con una lesión, a 11 (16.6%) con dos lesiones y a cuatro (6%) con tres lesiones (Figura 7).

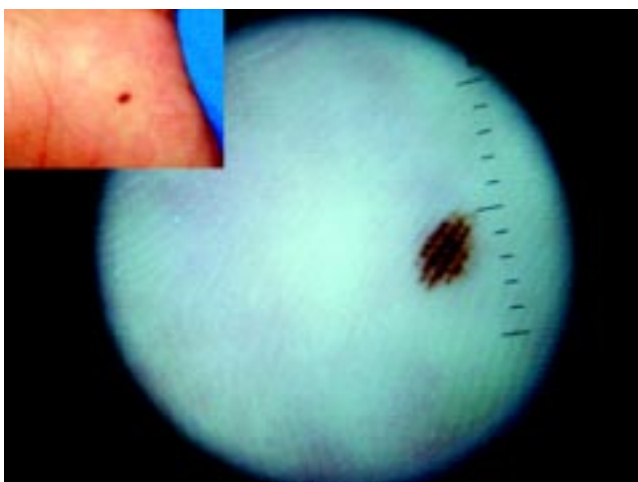
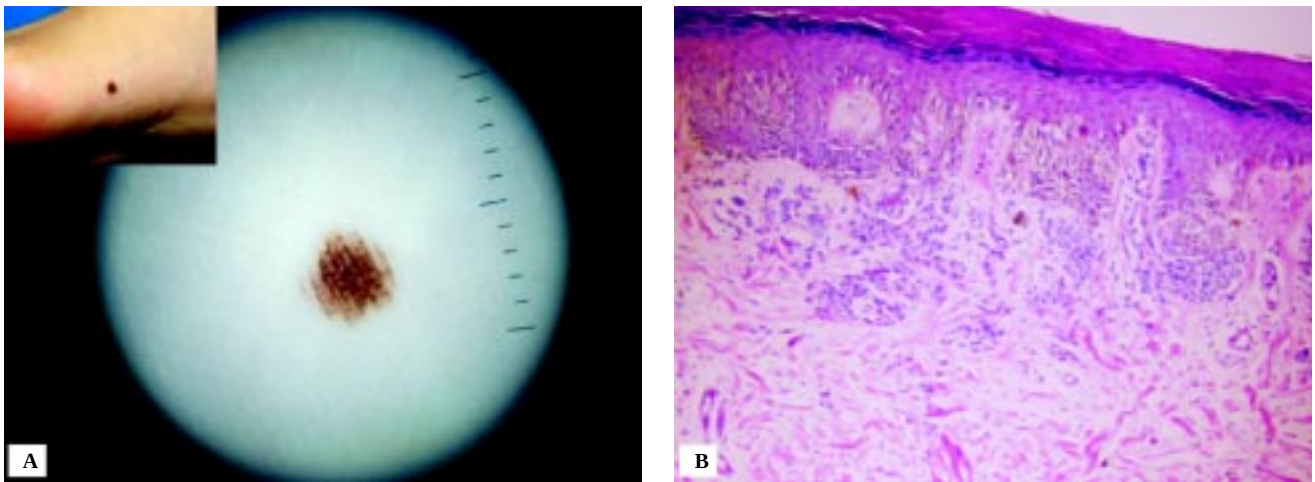
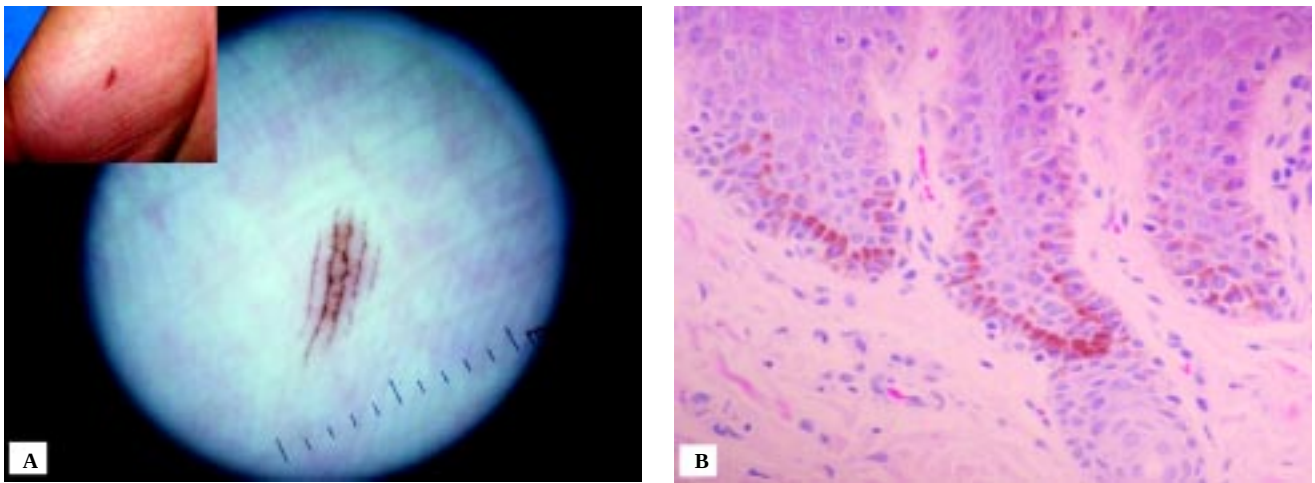
De las 85 lesiones, 46 (54.1%) se encontraron en las plantas, 19 (22.3%) en palmas y 20 (23.5%) en el área volar o lateral de los dedos (Figura 8).

Basándonos en la segunda clasificación anteriormente descrita, las lesiones que se localizaron en las plantas y en el área volar o lateral de dedos de pies (en total 54 lesiones) cinco (9.2%) correspondieron al área A, 10 (18.5%) al área B y 39 (72.2%) al área C (Figura 9).

El tamaño de las lesiones en promedio fue de 4.29 mm, con un rango de 1 a 17 mm. En la morfología de las lesiones, 74 (87%) fueron máculas y 11 (12.9%) neoformaciones de tipo papular y nodular.

La frecuencia global de presentación de los diferentes patrones dermatoscópicos en las 85 lesiones fue como sigue: el patrón paralelo del surco se presentó en 24 lesiones (28.2%), seguido por el atípico con 13 (15.2%), el fibrilar y el reticulado acral con 11 (12.9%), el homogéneo con ocho (9.4%), el globular con seis (7%), de celosía con cuatro (4.7%) (Figuras 10, 11-21).

Considerando la clasificación No. 1, de las 24 lesiones que se presentaron en forma global del patrón paralelo del surco, 11 se observaron en las palmas (11/24). En cuanto al



patrón atípico, de las 13 lesiones ocho se observaron en las plantas (8/13). El patrón fibrilar se apreció en 11 lesiones, de éstas, siete se presentaron en las plantas (7/11). En relación con el patrón reticulado acral, de las 11 lesiones que se presentaron en forma global, ocho correspondieron a las plantas (8/11). Se observó una relación estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$ para los patrones reticulado acral y de celosía con la presentación plantar. Con respecto al patrón paralelo del surco, no hubo una diferencia estadísticamente significativa con la presentación en palmas, plantas o región volar o lateral de los dedos; sin embargo, se apreció una tendencia de las lesiones de agruparse en las palmas (*Cuadro 1*).

En cuanto a la topografía por áreas, es decir, siguiendo la Clasificación No. 2, casi todos los patrones se presentaron en el área C. De 11 lesiones con patrón paralelo del surco siete correspondieron a esta área (7/11). En relación con el patrón atípico fueron nueve las que se observaron,

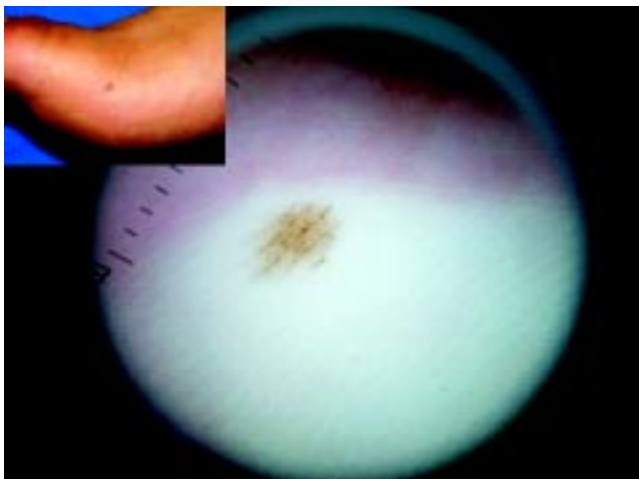


Figura 14. Imagen que muestra una variante de patrones paralelos del surco (patrón paralelo del surco y puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas), que correspondió por histología a léntigo simple.

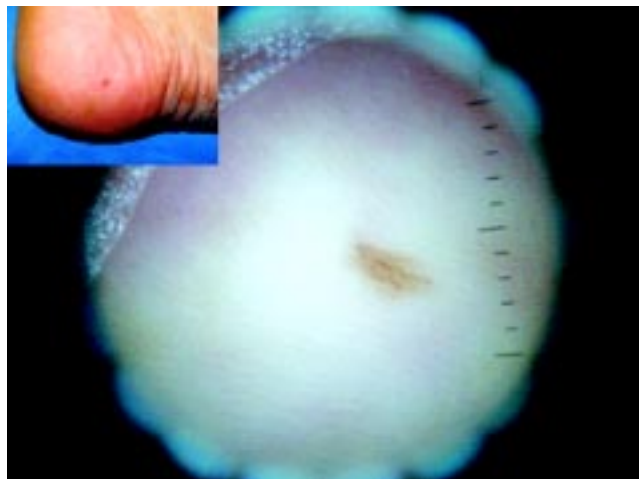


Figura 17. Imagen con patrón fibrilar que correspondió por histología a léntigo simple.

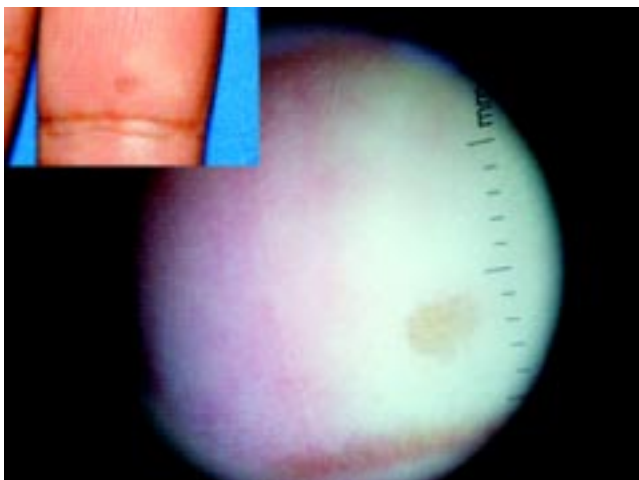


Figura 15. Imagen con patrón homogéneo que correspondió por histología a léntigo simple.

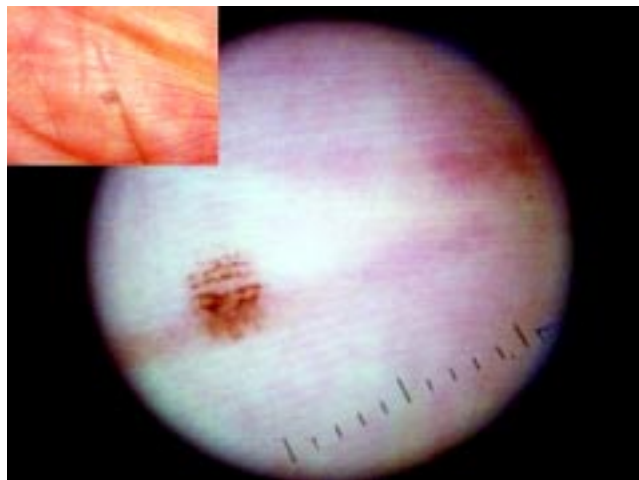


Figura 18. Imagen con patrón paralelo del surco (en transición según Altamura y cols.) que correspondió por histología a léntigo simple.

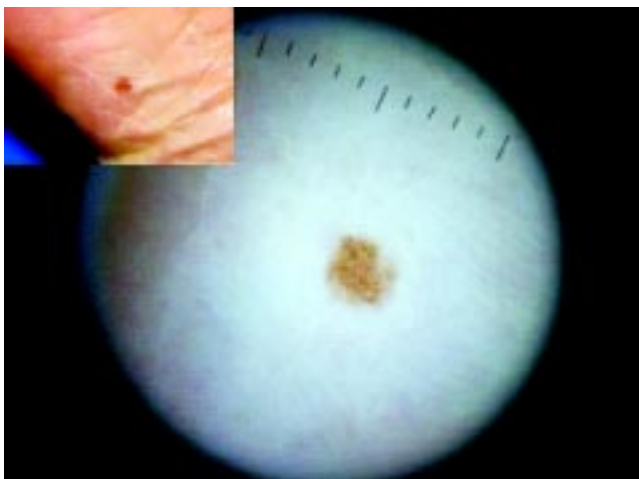


Figura 16. Imagen con patrón reticulado acral que correspondió por histología a léntigo simple.

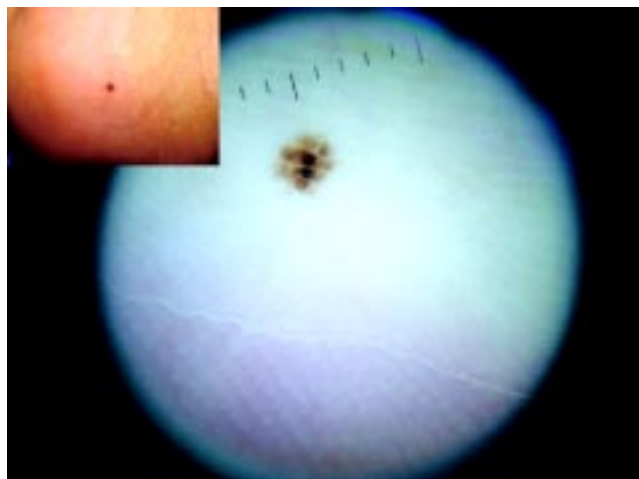


Figura 19. Imagen con patrón paralelo de la cresta que correspondió por histología a léntigo simple.

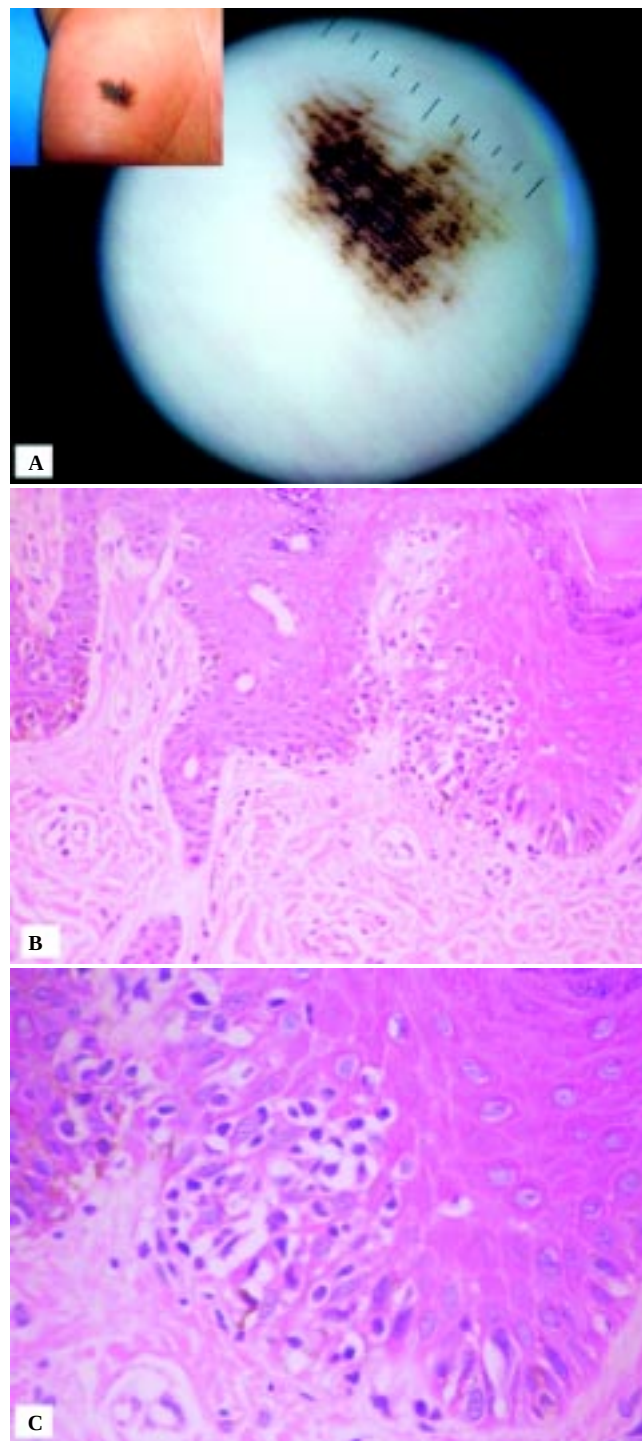
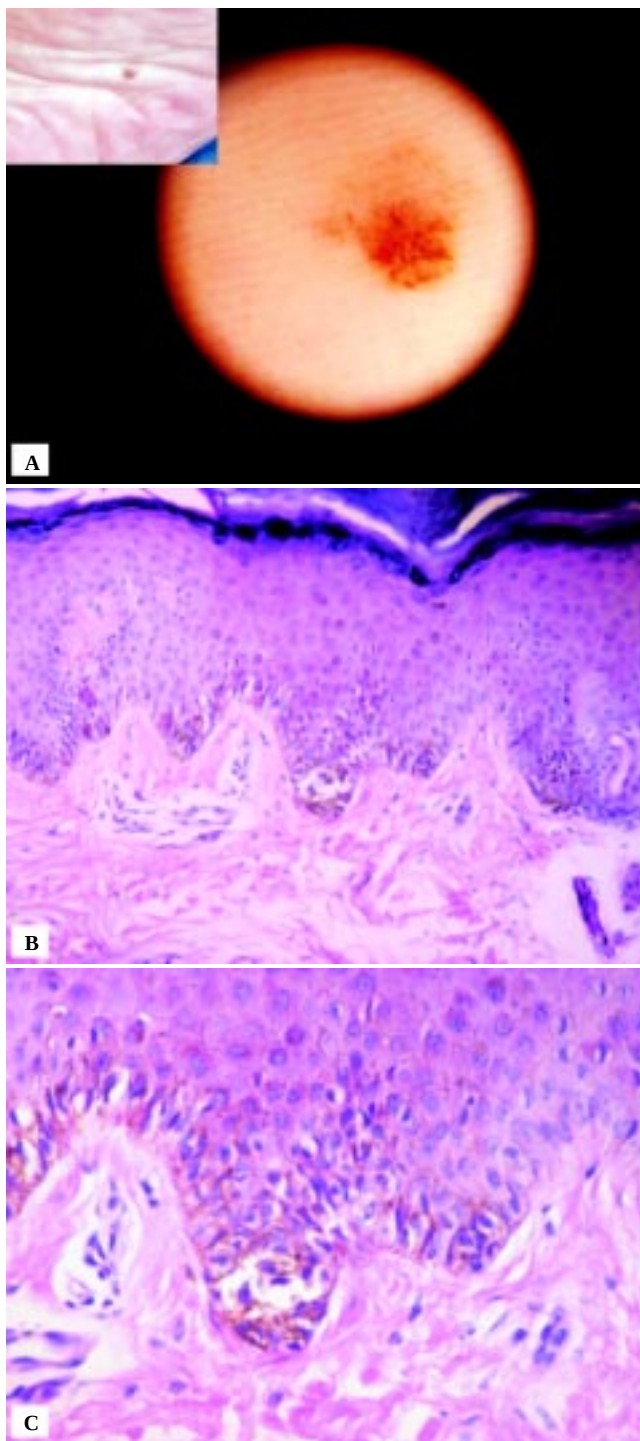


Figura 20. A. Imagen con patrón atípico. B. Corte histológico con Hematoxilina y eosina que muestra acantosis de epidermis, hiperplasia de melanocitos en la capa basal. C. En un acercamiento se observan datos de atipia celular y aumento del pigmento. Correspondió a hiperplasia lentiginosa atípica

Figura 21. A. Imagen con patrón paralelo de la cresta. B. Corte histológico con Hematoxilina y eosina que presenta hiperplasia de melanocitos en la capa basal de la epidermis. C. Presencia de pleomorfismo de las células claras así como aumento del pigmento. Correspondió a displasia melanocítica.

presentándose ocho también en esta área. El patrón fibrilar se presentó en un total de ocho lesiones, correspondiendo cinco al área C. En el patrón reticulado acral se presentó en siete de las nueve lesiones. De las cuatro lesiones con patrón globular, tres se presentaron en esta

área. Las cuatro lesiones que presentaron patrón en celosía se observaron también en el área C. Se observó una relación estadísticamente significativa para los patrones reticulado acral, atípico y en celosía con la presentación en el área C (*Cuadro 2*).

Cuadro 1. Distribución de los diferentes patrones en relación con la clasificación No. 1.

Patrones dermatoscópicos	Palmas	Topografía Plantas	Región volar o lateral de los dedos	Total	Valor de p
Patrón paralelo del surco	11	8	5	24	0.55
Variante de patrones paralelos del surco (patrón paralelo del surco y puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas)		1	2	3	1
Variante de patrones paralelos del surco (puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas)	1	1		2	0.31
Atípico	1	8	4	13	0.23
Fibrilar	1	7	3	11	0.19
Reticulado acral	2	8	1	11	< 0.05
Homogéneo	2	3	3	8	1
Globular		4	2	6	0.56
Celosía		4		4	< 0.05
Patrón paralelo de la cresta	1	2		3	1
Total	19	46	20	85	

Cuadro 2. Distribución de los diferentes patrones en relación con la clasificación de la topografía por áreas.

Patrones dermatoscópicos	A	Topografía por áreas B	C	Total	Valor de p
Patrón paralelo del surco		4	7	11	0.39
Variante de patrones paralelos del surco (patrón paralelo del surco y puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas)			2	2	< 0.05
Variante de patrones paralelos del surco (puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas)		1		1	< 0.05
Atípico		1	8	9	< 0.05
Fibrilar	2	1	5	8	0.31
Reticulado acral	1	1	7	9	< 0.05
Homogéneo	2		2	4	0.47
Globular		1	3	4	0.47
Celosía			4	4	< 0.05
Patrón paralelo de la cresta		1	1	2	0.31
Total	5	10	39	54	

En relación con el tamaño de las lesiones, la mayoría se observó con un diámetro menor de 9mm. De las 24 lesiones que presentaron patrón paralelo del surco, 12 fueron ≤ 3 mm (12/24) y 10 estuvieron en el rango $> 3 \leq 6$ mm. En relación con el patrón paralelo de la cresta de las tres lesiones que lo presentaron una se observó con un diámetro ≤ 3 mm (1/3), una en un rango $> 6 \leq 9$ mm (1/3) y otra lesión con un diámetro > 9 mm (1/3). Es estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$ la relación de todos los patrones dermatoscópicos con lesiones de < 9 mm de diámetro máximo, lo que

muestra que a mayor tamaño no hay relación con un patrón dermatoscópico específico.

En relación con los diagnósticos histopatológicos de las 85 lesiones, fueron 40 nevos melanocíticos adquiridos, de los cuales 18 correspondieron a nevos de unión (21.7%), 19 diagnósticos correspondieron a nevos compuestos (22.3%) y tres a nevos intradérmicos (3.52%). El lentigo simple se presentó en 39 lesiones (45.88%). Observamos una lesión compatible con hiperplasia melanocítica (1.1%), una lesión compatible con hiperplasia lentiginosa atípica (1.1%) y

Cuadro 3. Distribución de los patrones según el diagnóstico histopatológico.

Patrones dermatoscópicos	Diagnósticos Histológicos								Total	Valor de p
	Nevo de unión	Nevo compuesto	Nevo intradérmico	Léntigo simple	Hiperplasia melanocítica	Diasplasia melanocítica	Hiperplasia lentiginosa atípica	Inespecífico		
Patrón paralelo del surco	7	5		12					24	p<0.05
Variante de patrones paralelos del surco (patrón paralelo del surco y puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas)	1	1		1					3	0.38
Variante de patrones paralelos del surco (puntos o glóbulos marrones siguiendo las crestas)	1	1							2	0.31
Atípico	1	4	2	4			1	1	13	p<0.05
Fibrilar	2	3	1	4				1	11	p<0.05
Reticulado acral	2			8	1				11	0.03
Homogéneo		2		6					8	p<0.05
Globular	4			1				1	6	p<0.05
Celosía		2		2					4	0.47
Patrón paralelo de la cresta		1		1		1			3	0.38
Total	18	19	3	39	1	1	1	3	85	

una lesión compatible con displasia melanocítica (1.1%). Se presentaron también tres lesiones con características inespecíficas (3.52%).

En relación con la distribución de los patrones dermatoscópicos con los diferentes diagnósticos se observó lo siguiente: De 24 lesiones que presentaron patrón paralelo del surco 12 correspondieron a lentigo simple (12/24) y siete a nevo de unión (7/24). Fueron 13 las lesiones que presentaron patrón atípico, correspondiendo cuatro al diagnóstico de lentigo simple (4/13) y cuatro a nevo compuesto (4/13). En el patrón fibrilar que se presentó en 11 de las 85 lesiones, cuatro se observaron en el diagnóstico de lentigo simple (4/11). De las 11 lesiones que presentaron patrón reticulado acral, ocho correspondieron al diagnóstico de lentigo simple (8/11). De las tres lesiones que presentaron patrón paralelo de la cresta, una correspondió al diagnóstico de nevo compuesto (1/3), una al diagnóstico de lentigo simple (1/3) y una al diagnóstico de displasia melanocítica (1/3). Se observó una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$ en la relación del patrón paralelo del surco con el diagnóstico histopatológico de lentigo simple. Igualmente en la relación del patrón atípico con los diagnósticos histológicos de nevo compuesto y lentigo simple. El patrón fibrilar también presentó una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$ en su relación con el lentigo simple. El patrón reticulado presenta diferencia estadísticamente significativa con $p < 0.05$ en relación con el diagnóstico histo-

patológico de lentigo simple. Lo mismo observamos en relación con el patrón homogéneo que presenta una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$ en su relación con el diagnóstico histopatológico de lentigo simple. Aunque el patrón paralelo de la cresta no presenta diferencia estadísticamente significativa con algún patrón específico, si lo observamos en el diagnóstico histopatológico de displasia melanocítica (*Cuadro 3 y Figura 21*).

Discusión

Los patrones dermatoscópicos de las zonas acrales difieren del resto de la piel por sus características anatómicas. Se han propuesto clasificaciones dermatoscópicas por Saida y cols. y por Malvey y Puig, mismos que han sido reproducibles en algunos estudios principalmente en pacientes japoneses. El propósito principal de este trabajo fue investigar las características de los patrones dermatoscópicos en pacientes de nuestra población comparándolas con los ya descritos en otras publicaciones, en los cuales los pacientes estudiados no corresponden a las características genéticas de nuestra raza.

En este estudio se encontró que el patrón paralelo del surco es el que se presenta con mayor frecuencia (28.2%); sin embargo, aunque en la literatura se ha reportado también como el principal patrón detectado, en pacientes blancos (52.9%) y japoneses (53.7%) se ha observado

con una frecuencia mayor.²⁴ Altamura y cols. en un estudio en pacientes italianos lo reporta con una frecuencia del 42.1%.²¹

Se ha reportado que los principales patrones dermatoscópicos en pacientes blancos son el patrón paralelo del surco, el de celosía y el fibrilar; sin embargo, en nuestro estudio, el patrón atípico ocupó el segundo lugar de frecuencia (15.2%). Datos similares reportó Altamura y cols en pacientes italianos (13.7%).²¹

La frecuencia de patrón reticulado acral en nuestro estudio (7%) es mayor a la reportada por Malvey y Puig (2.4%) y Altamura y cols (2.1%). La diferencia en la selección de pacientes puede ser la causa de estas diferencias en la proporción de los patrones, ya que Malvey y Puig los estudiaron en pacientes con síndrome de nevos atípicos.²⁴

En este estudio, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de los patrones reticulado y en celosía para las plantas, datos que concuerdan parcialmente con lo observado por Altamura y cols al encontrar el patrón en celosía más frecuentemente en estos sitios en pacientes italianos. Sin embargo, Malvey y Puig si reportan el patrón reticulado acral con mayor frecuencia en las plantas. El patrón reticulado acral que se presentó principalmente en el área C puede ser debido a que son sitios donde la piel pierde parcialmente la disposición paralela característica de las zonas acrales (arco y sitios marginales de las plantas) como lo podemos observar en la *figura 6*.

Asimismo, se ha descrito que el patrón fibrilar se asocia con sitios de presión de las plantas; sin embargo, en nuestro estudio no obtuvimos una diferencia estadísticamente significativa. Miyazaky y cols. demostraron que el patrón de celosía se presentaba con mayor frecuencia en el arco plantar, en este estudio se presentó en el área C (que incluye el arco) con una diferencia estadísticamente significativa.²⁵

Saida et al, describió un algoritmo con criterios clínicos y dermatoscópicos para detectar tempranamente lesiones sospechosas. Lesiones mayores a 9 mm debían resecarse. Sin embargo, en relación con el tamaño, de cinco lesiones con diámetro > 9 mm, sólo una presentó patrón paralelo de la cresta, patrón dermatoscópico que se ha asociado con malignidad, no siendo esta relación estadísticamente significativa. Esta lesión fue diagnosticada histopatológicamente como displasia melanocítica.

Malvey y Puig reportaron que el patrón globular correspondía más frecuentemente a los nevos compuestos; sin embargo, en nuestro estudio presentó un relación estadísticamente significativa con el diagnóstico histológico de nevo de unión.

Malvey y Puig también reportaron que el patrón atípico se presentó principalmente en nevos compuestos o intradérmicos.²⁴ En este estudio se observó principalmente en los nevos compuestos y en el lentigo simple. Se considera que la pérdida de los patrones clásicos asociados con los surcos y las crestas de piel glabra puede ser explicada por el crecimiento tumoral de los nidos de células névicas, el cual puede cambiar la distribución y consecuentemente la imagen der-

matoscópica. La pigmentación azul refleja la melanina en la dermis. El patrón atípico en general se ha asociado como ya lo mencionamos a lesiones benignas; sin embargo, se ha reportado en algunas lesiones con atipia histológica. En nuestro estudio, una lesión presentó histopatológicamente hiperplasia lentiginosa atípica.

En general, el patrón paralelo de la cresta es altamente específico de melanoma acral principalmente en melanoma *in situ*. En nuestro estudio encontramos una lesión con displasia melanocítica con este patrón, la cual presentaba, además, diámetro > 9 mm y asimetría franca. Aunque esta lesión no se clasificó histopatológicamente como melanoma, se ha observado que la proliferación de melanocitos en la cresta profunda intermedia, datos observados en esta paciente, pueden ser pistas importantes para el diagnóstico histopatológico de melanoma acral en fases tempranas. Yamamura M. et al realizaron análisis de hibridación genómica comparativa en melanomas cutáneos, y observaron que, en contraste con otros tipos de melanomas cutáneos, los acrales tienen una alta frecuencia de amplificaciones genéticas en las regiones cromosómicas 11q13, 22q11, 5p15 y 12q14. La región que más presentó amplificaciones fue 11q13 el cual contiene el gen de la ciclina D1. Así mismo, por hibridación fluorescente *in situ*, observaron que estas amplificaciones se presentan tempranamente en la fase de crecimiento radial de los melanomas acrales.²⁶ Yamamura y cols., usando la misma técnica, investigaron la presencia de amplificación de la ciclina D1 encontrándola en cuatro de nueve lesiones que mostraban el patrón paralelo de la cresta pero hallazgos histopatológicos dudosos.¹³

Conclusiones

Los nevos melanocíticos adquiridos y el lentigo simple son los diagnósticos principales lesiones pigmentadas acrales que se observan en pacientes del servicio de Dermatología del Hospital Central Militar.

Los patrones dermatoscópicos descritos en poblaciones de pacientes japoneses y caucásicos son también observados en pacientes del servicio de Dermatología del Hospital Central Militar.

Existen algunas diferencias en la frecuencia de los patrones entre las poblaciones caucásica, japoneses y los del Servicio de Dermatología del Hospital Central Militar, con una baja proporción del patrón de celosía en este estudio.

El patrón fibrilar no se asoció a sitios de presión ni a lesiones con características atípicas histopatológicamente.

Se necesitan realizar más estudios para valorar la asociación entre la detección de la amplificación del gen de la ciclina en pacientes con patrón paralelo de la cresta y melanoma acral *in situ*.

Referencias

1. Grichnik JM, Rhodes AR. Fitzpatrick, Dermatology in general medicine. 6th Ed. Chap. 91; 2003.

2. Coleman P, Leonard E. Nevi, lentigines, and melanomas in blaks. *Arch Dermatol* 1980; 116: 548-51.
3. Chapel TA, Robert M. Volar melanotic macules. *Int J Dermatol* 1979; 18: 222-5.
4. Van Scott EJ, Reinertson RP. Prevalence, histological types, and significance of palmar and plantar nevi. *Cancer* 1957; 10: 363-7.
5. Franke W, Neumann NJ. Plantar malignant melanoma-a challenge for early recognition. *Melanoma Research* 2000; 10: 571-6.
6. Kuchelmeister C, Schaumburg G. Acral cutaneous melanoma in caucasian: clinical features, histopathology and prognosis en 112 patients. *Br J Dermatol* 2000; 143: 275-80.
7. Ishihara K. Clinical features and distribution of malignant melanoma and pigmented nevi on the soles of the patients in japan. *J Invest Dermatol* 1989; 92: 210S-213-S.
8. Katina M, Byrd MD. Advanced presentation of melanoma in African Americans. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50(1): 21-4.
9. Rosas Sh, Baca T. Estudio clínico, epidemiológico e histopatológico de melanoma maligno. Serie de 31 casos. *CIMEL* 2003; 8(1); 24-8.
10. Saida T, Yoshida N. Clinical guidelines for the early detection of plantar malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 37-40.
11. Puig S, Malvehy J. Nuevos horizontes diagnósticos den dermatoscopia. *Piel* 2003; 18(8): 401-2.
12. Hernández SA, Córdova LJ. Melanoma maligno: estudio retrospectivo en el Departamento de Dermatología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica* 2006; 4(4): 1-7.
13. Yasushi I, Toshiaki S. Early acral melanoma in situ correlations between the parallel ridge pattern on dermoscopy and microscopic features. *Am J Dermatopathol* 2006; 28(1): 21-27.
14. Cabo H, Cohen S. Comparación de técnicas de diagnóstico dermatoscópico. *Dermatol Arg* 2003; 9(4): 24-31.
15. Zaballos P y cols. Criterios dermatoscópicos para el diagnóstico del melanoma. *Med Cuta Iber Lat Am* 2004; 32(1): 3-17.
16. Herrero JE, Puig S, Malvehy J. Utilidad de la microscopia de epiluminiscencia en el diagnóstico de tumores pigmentados no melanocíticos. *Piel* 2001; 16: 299-306.
17. Malvehy J, Puig S. Principles of dermoscopy, 1a. Ed. Barcelona: 2004.
18. Perhamberger H, Friedrich A. Terminology in surface microcopy. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23(6): 1159-62.
19. Lázaro OP, Aviles IJA. Dermatoscopia digital. Análisis de los diferentes sistemas. *Piel* 2004; 19(7): 395-401.
20. Carrera C, Zaballos P. Correlación histological en dermatoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Criterios dermatoscópicos de nevus melanocíticos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2004; 32(2): 47-60.
21. Altamura D. Dermoscopic patterns of acral melanocytic nevi and melanomas in a white population in central Italy. *Arch Dermatol* 2006; 142: 1123-8.
22. Carli P, Quecioli E. Patter analysis, not simplified algorithms, is the most reliable method for teaching dermoscopy for melanoma diagnosis to residents in dermatology. *Br J Dermatol* 2003; 148: 981-4.
23. Perrusquía AM. Atlas de Dermatoscopia. 1a. Ed. México: 2006.
24. Malvehy J, Puig S. Dermoscopic patterns of bening volar melanocytic lesions in patients whit atypical mole syndrome. *Arch Dermatol* 2004; 140: 538-44.
25. Miyazaki A. Anatomical and histopathological correlates of dermoscopic patter seen in melanocytic nevi on the sole: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 230-6.
26. Yamamura M. Specific dermoscopy pattens and amplifications of the cyclin D1 gene to define histopathologically unrecognizable early lesions of acral melanoma in situ.

