



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina
de Familia y Comunitaria
España

Carbayo García, José Juan

Lesiones Pigmentadas. Valoración Dermatoscópica

Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 4, núm. 2, junio, 2011, pp. 177-179

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria

Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169619932015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Lesiones Pigmentadas. Valoración Dermatoscópica

José Juan Carbayo García^a

^a Médico de Familia,
Centro de Salud Talavera Centro,
Talavera de la Reina, Toledo.

Correspondencia:
José Juan Carbayo García,
Centro de Salud Talavera Centro,
C/ José Luis Gallo nº 2,
45600 - Talavera de la Reina,
Toledo, España. Telf.:
925830034, e-mail:
jjcarbayo@sescam.jccm.es.

Recibido el 21 de febrero
de 2011.

Aceptado para su publicación el
6 de abril de 2011.

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 73 años de edad que consulta por la presencia de varias lesiones maculopapulares de color marrón oscuro en región frontal siguiendo el nacimiento del pelo, de crecimiento y aparición progresiva, de varios meses de evolución. El diagnóstico a simple vista es dudoso, haciéndonos pensar en queratosis seborreica, nevus atípico, melanoma o carcinoma basocelular.

La dermatoscopia es una técnica de interés creciente para todos los médicos, posee una utilidad demostrada en el estudio de los tumores cutáneos, especialmente los pigmentados, y facilita el diagnóstico diferencial y la mejora de la precisión diagnóstica. Mediante este examen, las lesiones presentan estructuras características de carcinoma basocelular.

Palabras clave. Carcinoma Basocelular, Dermoscopia, Atención Primaria de salud.

ABSTRACT

Pigmented lesions. Dermatoscopic evaluation

We present the case of a 73 year old woman, who came to the consultancy due to several dark-brown maculopapular lesions on her forehead, all along the hairline. The lesions exhibited progressive growth and appeared to be of several months of evolution. At first glance diagnosis was unclear and led us to consider seborrheic keratosis, atypical nevus, melanoma or basal cell carcinoma.

Dermoscopy is a technique of increasing interest for the medical community since it has been demonstrated to be useful in the study of cutaneous tumours, specially pigmented ones. It facilitates differential diagnosis and improves diagnostic precision.

Using this technique we determined that the lesions had the typical structures of basal cell carcinoma.

Key words: Carcinoma, Basal Cell, Dermoscopy, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular (CB) es la neoplasia maligna de piel más común¹. Procede de células indiferenciadas pluripotentes de la capa basal epidérmica y folículos pilosebáceos.

Habitualmente se manifiesta como una pápula o nódulo translúcido surcado por una fina red de vasos que puede llegar a ulcerarse y cicatrizar posteriormente. Con menor frecuencia consiste únicamente en una mácula eritematoescamosa y en ocasiones es pigmentado.

Suponen aproximadamente un 60% de todos los cánceres de piel. Es más frecuente en varones que en mujeres. La mayor parte de estas neoplasias se origina por una predisposición genética junto al efecto nocivo de la luz solar², si bien existen otros factores de riesgo asociados (radioterapia, agentes químicos, irritación mantenida e inmunodepresión).

Aunque puede presentarse a cualquier edad, su incidencia se dispara a partir de los 40 años. Últimamente se está viendo un aumento en gente más joven, probablemente por una mayor exposición solar. Predomina en la cara y cuero cabelludo seguido de orejas y parte superior de pecho y espalda.

Cualquier modalidad de CB puede pigmentarse³ (8%), fundamentalmente las formas superficiales y perladas. Suele suceder en personas de fototipo cutáneo IV-V. Su importancia radica en la necesidad de hacer diagnóstico diferencial con el melanoma.

La presencia de múltiples CB nos debe hacer sospechar un Síndrome de Gorlin. El síndrome de los nevus basocelulares o de Gorlin⁴ es una enfermedad autonómica dominante con penetrancia y expresividad variable donde existe una mayor sensibilidad a las radiaciones ionizantes. Se caracteriza por numerosas y diminutas tumoraciones de aparición precoz rosadas o amarilloparduzcas que se distribuyen sobre todo en cara y tronco. Durante la infancia no sufren modificaciones, es en la edad adulta cuando se manifiestan como auténticos basaliomas. Se acompaña de otras anomalías esqueléticas y del sistema nervioso. En esta paciente no encontramos otros criterios de éste Síndrome.

Si se utilizan los criterios dermatoscópicos consensuados para el CB, la sensibilidad del método es del 93% y la especificidad del 89%³.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso clínico de una mujer de 73 años de edad que consulta por la presencia de varias lesiones maculopapulares de color marrón oscuro en región frontal siguiendo el nacimiento del pelo, de crecimiento y aparición progresiva y de varios meses de evolución.

Entre sus antecedentes personales figuran úlcus duodenal, enfermedad tiroidea autoinmune, bocio e hipotiroidismo. No refiere antecedentes familiares de melanoma, ni de otras patologías de interés.

En la exploración presenta 6 lesiones maculopapulares, de color marrón clarooscuro de 0,5 a 1 cm de diámetro, rasposas al tacto y localizadas siguiendo el borde del nacimiento del pelo, en región temporal y parietal (figura 1).

El diagnóstico a simple vista es dudoso, pues el color marrón clarooscuro nos hace pensar en nevus o queratosis seborreicas, la pigmentación no es simétrica y existen zonas despigmentadas y asimetría de las lesiones que podrían hacernos pensar en nevus atípico o melanoma. La localización es típica de queratosis seborreica.

Utilizando dermatoscopia (figura 2) vemos que no existen estructuras características de lesiones melánicas (retículo pigmentado o glóbulos regulares), aparecen telangiectasias ramificadas, grandes nidos ovoides, glóbulos azul-grisáceos y áreas en hoja de arce. Todas ellas son características del carcinoma basocelular.

COMENTARIOS

La dermatoscopia o epiluminiscencia³ es una técnica diagnóstica que consiste en la observación de una lesión sospechosa a través de una película líquida (alcohol, agua, gel de ultrasonidos, etc.) y una lente de aumento (x10 o más) con una iluminación tangencial (con un ángulo de 20°) de la piel, lo cual evita la reflexión de la luz por la capa córnea y permite ver con más detalle las estructuras de las capas superficiales de la piel.

La luz normalmente es reflejada, dispersada o absorbida por el estrato córneo debido a su índice de refracción. La dermatoscopia, mediante un sistema óptico, amplifica las imágenes y evita la refracción de la cornea, pudiendo identificarse dichas estructuras.

La dermatoscopia^{5,6} se basa en la búsqueda de estructuras propias y específicas de cada lesión, las cuales no son identificables a simple vista. Cada una de estas estructuras se puede correlacionar con un significado histopatológico.

La dermatoscopia ha sido desarrollada fundamentalmente para el estudio de lesiones melanocíticas (nevus melanocíticos, melanoma, nevus congénitos), pero también se aplica para lesiones pigmentadas no melanocíticas (carcinoma basocelular, queratosis seborreicas) y lesiones no pigmentadas (queratoacantoma, bowen, carcinoma espinocelular, queratosis actínicas).

Su sensibilidad es del 95-97% y su especificidad llega al 92% en manos experimentadas, frente al 74-80% del diagnóstico clínico.

La dermatoscopia es una técnica de interés creciente para todos los médicos por su bajo coste y la información relevante que permite obtener. Posee una utilidad demostrada en el estudio de los tumores cutáneos, especialmente los pigmentados. Debería utilizarse siempre ante cualquier lesión de estas características, ya que facilita el diagnóstico

diferencial y mejora la precisión diagnóstica del melanoma.

En la práctica clínica la dermatoscopia ayuda a extirpar menos lesiones benignas. Si no se utiliza, se extirpan entre diez y veinte lesiones benignas por cada melanoma, mientras que al recurrir a ella sólo se eliminan cinco lesiones benignas por cada melanoma.

A pesar de su elevada agresividad biológica, el melanoma tiene la ventaja frente a otros tumores de que en la mayoría de los casos se desarrolla en nuestra piel y por lo tanto es potencialmente visible desde las fases más iniciales de su desarrollo, tanto para el paciente como para el médico. Esto facilita que muchos melanomas sean diagnosticados en una fase relativamente temprana, lo que sitúa actualmente las cifras globales de supervivencia en torno al 70-80%. Como es obvio, nuestro objetivo tiene que ser aproximarnos en lo posible al 100%.

A juicio de Argenziano⁷, el principal reto actual en la aplicación de esta técnica "es muy simple y muy complicado a la vez, y consiste en que los médicos

generales comiencen a utilizar la dermatoscopia. Ellos deberían realizar la prevención real del melanoma, mientras que hoy esta técnica sólo la utilizan los especialistas. Requiere de cierta formación, pero una vez hecha su aplicación no es más complicada que entender un cuadro de Miró".

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolf K, Jonson RA, Suurmond D. Fitzpatrick TB. Atlas en color y synopsis de dermatología clínica. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 2005.
2. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. British Journal of Dermatology. 2008; 159:35-48.
3. Cabo H, Argenciano G, Carlos B, Cohen E, Kittler H, Kowalczyk A, et al. Dermatoscopia. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2008.
4. Lo Muzio L. Nevroid basal cell carcinoma syndrome (Gorlin syndrome). Orphanet J Rare Dis. 2008; 25(3):32.
5. Malvehy J, Puig S, Braun RP, Marghoob AA, Kopf AW. Manual de Dermatoscopia. Barcelona: BCN Art Directe; 2006.
6. Puig S, Malvehy J. La microscopia de epiluminiscencia: ¿es una técnica útil?. Piel. 1999; 14:277-9.
7. Argenziano G. Primer Encuentro Interdisciplinar de Centros de Tratamiento de Cáncer de Piel y Melanoma, Barcelona, Sep - 2007.



Figura 1. Imagen macroscópica.

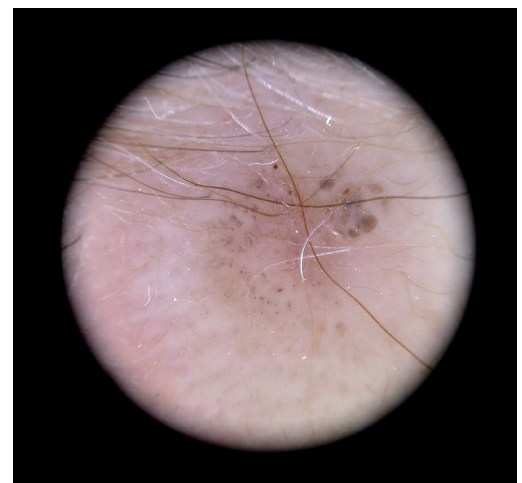


Figura 2. Imagen dermatoscópica.