







CASO CLÍNICO

Léntigo maligno facial. Lo que esperamos

Fabiola del Pino¹ , Norelvis Elisa Guzmán Cuarez¹ , Yovanina Yorselin Materan Quintana¹ ,
Verónica Andreina Gutiérrez del Pino² , Ysabel Consuelo Rodríguez Díaz³ , Miguel Alejandro López
Blanco⁴ , Mariela Zamora.

¹Fellowship Cirugía dermatológica y oncológica. Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Arvelo".

²Estudiante de 2do año de medicina. Universidad de los Andes.

³Dermatólogo. Adjunto ad honorem al Departamento de Dermatología Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Arvelo".

⁴Dermatólogo. Adjunto al Departamento de Dermatología Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Arvelo".

Resumen

Se presenta el caso de un hombre de 73 años con una mácula hiperpigmentada en la región paranasal izquierda desde 2015. Diagnósticos iniciales incluyeron lentigo solar y lentigo simple. En 2024, se realizó abordaje quirúrgico guiado por dermatoscopia debido al aumento de tamaño de la lesión. El diagnóstico final es melanoma in situ. Se realiza exéresis de la lesión con márgenes oncológicos de 5 mm y se cierra el defecto con injerto de piel. La dermatoscopia permite el reconocimiento precoz del lentigo maligno, mejora la precisión en el sitio de toma de biopsia y guía al cirujano en márgenes quirúrgicos; además contribuye al seguimiento y control de lesiones tratadas, disminuye las tasas de mortalidad y mejora la supervivencia en los pacientes.

Palabras claves: dermatopatología, dermatoscopia; lentigo maligno; lentigo maligno melanoma, melanoma.

Información del artículo

Autor para correspondencia:

Fabiola del Pino

E-mail:

fabioladelpinot@gmail.com

Recibido: 16-02-2025

Aceptado: 15-10-2025

doi: <https://doi.org/10.70181/DV.2024.2.62.08>

Facial lentigo maligna. What we expected

Summary

We present the case of a 73 years old man with an hyperpigmented macule in the left paranasal region since 2015. Initial diagnoses included solar lentigo and simple lentigo. In 2024, a surgical approach guided by dermatoscopy was performed due to the increase in size of the lesion. The final diagnosis is melanoma in situ. The lesion is excised with oncological margins of 5 mm and the defect is closed with a skin graft. Dermatoscopy allows early recognition of lentigo maligna, improving precision in biopsies site precision and guiding the surgeon in surgical margins. This improves follow-up of treatment and injury control, reduces mortality rates and improves patient survival.

Keywords: dermatopathology; dermoscopy; lentigo maligna; lentigo maligna melanoma; melanoma.

Introducción

El lentigo maligno (LM) es un subtipo cada vez más común de melanoma in situ, que se presenta como una mácula o parche de color marrón con bordes irregulares de crecimiento lento que surge en la piel dañada crónicamente por el sol¹. Su presentación puede ser bastante sutil, en particular en las primeras etapas, y el diagnóstico tardío es común. El reconocimiento y diagnóstico diferencial del LM y el lentigo maligno melanoma (LMM) sigue siendo un desafío, especialmente en las primeras etapas. La dermatoscopia es una técnica no invasiva que mejora la precisión en el diagnóstico de lesiones cutáneas y su contribución en el diagnóstico temprano del melanoma es ampliamente reconocida, siendo fundamental para instaurar el tratamiento apropiado que mejore el pronóstico^{2,3}.

Justificación de la publicación

La publicación de este caso clínico de LM se realiza con el fin de resaltar la importancia y los beneficios de la dermatoscopia en el diagnóstico y manejo de esta patología. Este caso ilustra cómo la dermatoscopia permite el reconocimiento precoz del LM, optimizando la selección del área anatómica más adecuada para la toma de biopsia y guiando al cirujano en la determinación de los márgenes quirúrgicos adecuados. Esta publicación busca fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias entre dermatólogos, contribuyendo a un mejor manejo y tratamiento del LM.

Reporte del caso

Se expone el caso de un paciente masculino de 73 años de edad, quien en 2015 presentó mácula hiperpigmentada en región paranasal izquierda de 0,4 cm aproximadamente. Acudió al servicio de dermatología donde se evaluó y realizó biopsia de piel que reportó lentigo solar y elastosis solar. En el 2019, por aumento de tamaño de la lesión asistió de nuevo al servicio donde se realizó otra biopsia de piel que reportó lentigo simple. Luego en 2024, debido a que la lesión siguió aumentando de tamaño acude nuevamente por lo que se evalúa y se planifica quirúrgicamente. Dentro de los antecedentes de importancia refiere carcinoma basocelular en nariz totalmente resecado, un hermano con melanoma cutáneo y

exposición solar crónica sin fotoprotección desde la adolescencia.

Al examen físico se observó mácula hiperpigmentada de múltiples tonalidades, irregularmente ovalada, con bordes definidos, otros difusos de 2x3 cm que ocupaba pirámide, punta, y ala nasal derecha. No se palpan adenopatías. (figura 1)



Figura 2. Vista frontal y lateral. Mácula hiperpigmentada de múltiples tonalidades que ocupa pirámide, punta, y ala nasal derecha.

Se plantearon los diagnósticos de LM facial vs. LMM. Dada la extensión y localización de la lesión se realizó abordaje oncológico guiado por dermatoscopia, para lo cual se tomaron 3 muestras en diferentes localizaciones.

A la dermatoscopia en una primera muestra se observó pigmentación asimétrica de aberturas foliculares, patrón romboidal o en zig-zag y patrón anular-granular; en una segunda muestra se visualizan mejor las aberturas foliculares de doble círculo y obliteración de folículos y, una tercera muestra donde se observaron las estructuras tipo huellas dactilares y abertura tipo comedón. (Figura 2)

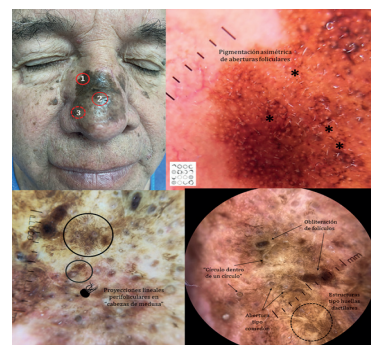
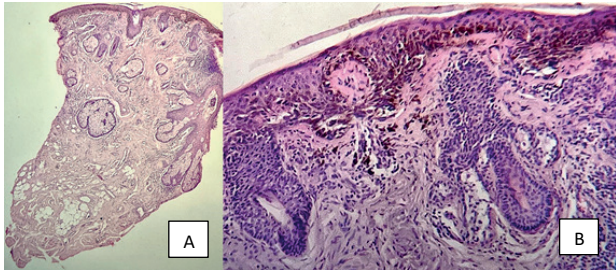


Figura 2. Dermatoscopia. (a) Sitios de toma de biopsia guiado por dermatoscopia. (B) pigmentación asimétrica de aberturas foliculares (*). (C) proyecciones lineales perifoliculares. (D) estructuras tipo huellas dactilares y abertura tipo comedón.

En la biopsia de piel a menor aumento se observa atrofia epidérmica y proliferación melanocítica contigua; a mayor aumento mínima anidación intraepidérmica y atipia con extensión al epitelio folicular. En dermis, infiltrado inflamatorio linfocitario y marcada elastosis solar. Diagnóstico: melanoma in situ. (Figura 3)



En vista de correlación clínica, dermatoscópica e histológica se concluyó el caso como LM facial. Se decidió tratamiento quirúrgico tomándose márgenes oncológicos de 5 mm y se reparó el defecto con injerto de piel de espesor total con zona donadora de región infraclavicular izquierda. Se reportan márgenes libres con excelentes resultados oncológicos, funcionales y estéticos. (Figura 4)



Figura 4. A. Márgenes oncológicos. B. Evolución del paciente en postoperatorio inmediato y C. Post operatorio tardío (1 mes).

Discusión

El LM es una variedad de melanoma cutáneo in situ que aparece en áreas de exposición solar crónica, especialmente en nariz y mejillas de pacientes de edad avanzada. Tiene una fase de crecimiento muy lenta pero cuando se hace invasivo pasa a llamarse LMM y, entonces, el pronóstico es similar al de otras variedades de este tumor⁴.

Diagnosticar si un melanoma es in situ o invasivo suele ser un desafío, debido que la presentación clínica es muy sutil y variada y además las características dermatoscópicas de ambos son muy similares. Adicionalmente, existe un gran número de lesiones pigmentadas planas en cabeza y cuello con las cuales también se debe diferenciar incluyendo lentigo solar, queratosis seborreica, queratosis similar al liquen plano, queratosis actínica pigmentada, enfermedad de Bowen pigmentada y carcinoma basocelular pigmentado⁵.

Aunque la evaluación histológica continúa siendo el estándar de oro para la confirmación y detección del LM, actualmente se ha demostrado que tanto la dermatoscopia como la microscopía confocal de reflectancia mejoran significativamente la precisión diagnóstica en este tipo de lesiones. Se han descrito criterios dermatoscópicos que permiten identificar el LM con mayor certeza. Incluso, estos criterios pueden aparecer de forma secuencial conforme progresa el tumor observándose al inicio puntos y glóbulos grises asimétricos que rodean las aberturas foliculares, que luego confluyen y forman semicírculos, seguido de proyecciones lineales perifoliculares, radiales y curvas que precede al patrón granular anular; círculos foliculares grises “círculo dentro de un círculo” y estructuras romboidales menos específicas hasta progresar en obliteración de las aberturas foliculares⁶⁻¹⁰.

Una vez identificadas estas estructuras podemos realizar biopsias más precisas que permiten una mejor correlación histopatológica y esto fue exactamente lo que hicimos en nuestro caso. Recientemente se observó que las proyecciones lineales perifoliculares eran altamente específicas con una sensibilidad del 61% y una especificidad del 96%¹¹.

Conclusiones

La dermatoscopia permite el reconocimiento precoz del LM, lo que contribuye a una mayor precisión en la selección de las áreas de toma de biopsia. También guía al cirujano en la determinación de los márgenes quirúrgicos adecuados, mejorando el seguimiento del tratamiento y el control de las lesiones. Este método es de suma importancia ya que disminuye las tasas de mortalidad, mejora las tasas de supervivencia y alivia la carga psicológica en los pacientes.

Referencias

1. Gupta S, Shaughnessy M, Rashid S, et al. Lentigo Maligna Part I: Epidemiology, Risk Factors, and Diagnosis. *JAAD*. 2024;S0190-9622(24)03008-1.
2. Lallas A, Paschou E, Manoli SM, et al. Dermatoscopy of melanoma according to type, anatomic site and stage. *Ital J Dermatol Venerol*. 2021;156(3):274-288.
3. Pralong P, Bathelier E, Dalle S, et al. Dermoscopy of lentigo maligna melanoma: report of 125 cases. *Br J Dermatol*. 2012;167(2):280-7.
4. Requena C, Manrique E, Nagore E. Update on lentigo maligna: diagnostic signs and treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114(5):413-424.
5. Gouda G, Pyne J, Dicker T. Pigmented Macules on the Head and Neck: A Systematic Review of Dermoscopy Features. *Dermatol Pract Concept*. 2022;12(4):e2022194.
6. Carapeba M, Alves PM, Nai G. Is dermoscopy a good tool for the diagnosis of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma? A meta-analysis. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019;12:403-414.
7. Cinotti E, Cartocci A, Liso FG, et al. Super-high magnification dermoscopy can help for the diagnosis of lentigo maligna: a pilot study on 61 cases. *Dermatol Pract Concept*. 2023;13(2):e2023101.
8. Gamo R, Pampín A, Floristán MU. Reflectance Confocal Microscopy in Lentigo Maligna. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107(10):830-835.
9. Lallas A, Apalla Z, Lazaridou E, et al. *Dermatoscopy A-Z*. Edición ilustrada. 1era ed. Boca Raton, FL: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2019. 199 pag.
10. Gamo R, Floristán MU, Pampín A. Perifollicular Radial Lines and Medusa Head-like Structures: Signs Suggesting Lentigo Maligna. *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114(8):734.
11. Navarrete-Dechent C, Jaimes N, Dusza SW, et al. Perifollicular linear projections: A dermatoscopic criterion for the diagnosis of lentigo maligna on the face. *JAAD*. 2024;90(1):52-57.

Nota: No se encontró literatura nacional ni caso publicado sobre lentigo maligno.