

## HAGA SU DIAGNOSTICO

### MACULA MELANODERMICA ACRAL

*Escobar Restrepo, Carlos*

Mujer de 50 años, quien consulta al servicio de Dermatología del Hospital Universitario del Valle, por problemas de cambios cutáneos asociados con insuficiencia venosa periférica. Durante el examen, se aprecia la presencia de una lesión cicatrizal palmar, muy hiperpigmentada, que produce ocasionalmente ligeras molestias y que pro-

voca preocupación a los residentes. Interrogada sobre la misma, relata que 10 años antes presentó en el área una formación "como un lunar", sin más especificaciones y que el médico en su pueblo (zona rural del Cauca) se la "sacó y cosió", y que posteriormente le apareció el aspecto actual. (Fig. No.1).



Fig. No. 1 En el dedo índice de la mano derecha, a la altura de la articulación interfalángica proximal, se observa un área cicatrizal con retracción y pigmento melánico, de bordes irregulares y con cierta variabilidad de tonos. La lesión de la base palmar del dedo es el resultado de un trauma reciente, sin relación con la situación actual.

¿Cuáles son las posibilidades diagnósticas?

Ver comentarios página siguiente

## (Comentarios)

Las lesiones coloreadas en las extremidades pueden tener origen en una diversidad de factores, que van desde una pigmentación benigna exógena por nitrato de plata, hasta un potencialmente fatal melanoma lentiginoso acral.

El caso actual incluye una amplia gama de posibilidades diagnósticas:

1. Pigmentaciones exógenas: nitrato de plata, tinta china.  
La historia suele ser clara, y desaparecen en relativo corto tiempo.
2. Tiña negra palmar. Producida por el hongo *Exophiala werneckii* o el *E. mansonii*, puede simular un melanoma, pero el diagnóstico se hace fácilmente mediante el examen con KOH.
3. La hiperpigmentación post-inflamatoria (quemaduras, abrasiones, erupción fija tóxica) puede ser muy intensa en personas de pieles tipo V o VI. Sin embargo, el área palmar no suele poseer abundantes melanocitos y tiende poco a hiperpigmentarse.
4. Los nevos, de unión, compuestos o displásicos podrían originar lesiones como la actual. Su diferenciación se logra mediante el estudio histopatológico.
5. El lentigo maligno, habitualmente se localiza en áreas actínicamente afectadas, y tiene una larga evolución.
6. El melanoma maligno de extensión superficial puede aparecer en cualquier región cutánea, pero es más

propio de la espalda o las piernas. Las lesiones viejas pueden estar asociadas a ulceración, sangrado y tener variabilidad de colores (azul, pardo, negro, rojo y blanco).

7. El melanoma lentiginoso acral, común en personas de raza negra, (en quienes quizás sea el único tipo de melanoma que se presenta), suele aparecer en las áreas lampiñas y para algunos autores se discute si esencialmente sea una variedad del melanoma de extensión superficial o una variante del melanoma del lentigo maligno.
8. Otras lesiones que pueden simular la situación diagnóstica aunque poco probables incluyen: el lentigo senil, el lentigo simple, la queratosis seborreica, el carcinoma basocelular pigmentado.

La enferma fue sometida a un reinterrogatorio con respecto a la lesión, encontrándose la verdadera causa: se trataba de una mujer de raza negra, a quien se le había practicado un injerto de piel para el cierre de la herida producida al extirparse la lesión digital primaria (probablemente un fibroma pero sin confirmación). El pigmento es sólo el propio de la piel normal heterotópica. La zona donante fue el pliegue inguinal, donde estaba la cicatriz.

## BIBLIOGRAFIA

1. Symposium on Melanoma and Pigmented Lesions. Rigel D.S., Friedman R J. Editors. Dermatologic Clinics Vol 3 No. 2 1985.
2. Bruce D R, Goette D K. Pseudomelanoma in black patient. Cutis 1985; 36:73-74.