

Evaluación de la dermatoscopia en el diagnóstico de las queratosis seborreicas*

Ana Patricia Jaramillo Ramírez
Juan Guillermo Hoyos Gaviria
Susana Restrepo Gutiérrez

RESUMEN

La dermatoscopia ha demostrado que aumenta la agudeza del diagnóstico clínico del melanoma maligno y de otras lesiones pigmentadas de la piel. El propósito de este estudio es determinar el valor de la dermatoscopia en el diagnóstico de las queratosis seborreicas, utilizando como prueba de oro el estudio histopatológico. Ciento seis lesiones pigmentadas, que histológicamente correspondían a 44 queratosis seborreicas y 62 lesiones diagnósticos diferenciales de éstas, fueron evaluadas mediante el dermatoscopio, entre 1996 y 1997. Se realizó un análisis estadístico para definir la especificidad y sensibilidad de cada una de las características dermatoscópicas de las queratosis seborreicas, demostrando que las características más específicas eran la presencia de pseudocomedones y pseudoquistes córneos, del 75.8% (Intervalo de Confianza_{95%}: 63-85.4) y 72.6% (IC_{95%}: 59.6-82.8), respectivamente. La sensibilidad del diagnóstico clínico de las queratosis seborreicas fue del 90.9% (IC_{95%}: 68.3-89.2) y la especificidad fue del 69.4% (IC_{95%}: 56.2-80.1), las cuales, al utilizar los criterios dermatoscópicos, aumentaron al 95.5% (IC_{95%}: 68.3-89.2) y 80.6% (IC_{95%}: 83.3-99.2), respectivamente.

Palabras clave: queratosis seborreicas, dermatoscopia, epiluminiscencia, microscopio de superficie.

INTRODUCCIÓN

Las queratosis seborreicas (QS) son tumores epiteliales benignos de la piel, muy frecuentes, que en múltiples

ocasiones constituyen un problema clínico diagnóstico al confundirse con lesiones malignas y también benignas.

Entre sus diagnósticos diferenciales están el melanoma maligno, nevus melanocíticos comunes y displásicos, carcinoma basocelular pigmentado, queratosis actínicas pigmentadas, lentigos solares, simples y malignos, nevus azul, angioqueratoma, nevus de Spitz pigmentado y papilomas virales. De ahí la importancia de hacer un diagnóstico clínico seguro para no pasar por alto una lesión maligna, principalmente al enfrentarse a un paciente con múltiples QS o a una lesión clínicamente atípica.

La dermatoscopia es una técnica complementaria de la observación clínica dermatológica, no invasiva, sencilla y económica, que mejora significativamente la agudeza diagnóstica de las lesiones pigmentadas de la piel¹. Sin

Ana Patricia Jaramillo Ramírez, M.D., RIII Dermatología, CES, Medellín.

Juan Guillermo Hoyos Gaviria, M.D., Profesor Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín.

Susana Restrepo Gutiérrez, M.D., Patóloga, Clínica SOMA, Medellín.

* *Investigación ganadora del segundo puesto en la modalidad Trabajos de Residentes, XXII Congreso Nacional de Dermatología, Santa Marta, Colombia, 1998.*

Correspondencia: Juan Guillermo Hoyos Gaviria, Universidad de Antioquia, Dermatología, Medellín, Colombia. E-mail: jhoyos@epm.net.co

Dermatoscopia en queratosis seborreicas

embargo, todos los estudios realizados con ella han sido encaminados hacia el melanoma maligno, y los patrones dermatoscópicos para las QS y otras lesiones se han descrito sólo accidentalmente, sin que su especificidad y sensibilidad diagnóstica hayan sido evaluadas.²

De las lesiones diagnósticos diferenciales de las QS se les ha descrito un patrón dermatoscópico a las siguientes: melanoma maligno, nevus melanocíticos, carcinoma basocelular pigmentado, lentigos, nevus azul, angioqueratoma y nevus de Spitz pigmentado.

Este estudio pretende definir las características dermatoscópicas de las QS, evaluar su sensibilidad y especificidad diagnóstica, y cuantificar el mejoramiento en la agudeza diagnóstica clínica, con el fin de aportar métodos nuevos y seguros que disminuyan la posibilidad de manejar una lesión maligna como una QS³; de igual forma, poder detectar una lesión maligna escondida dentro de múltiples QS y así acercarnos a un diagnóstico exacto de ellas y sus lesiones diferenciales desde el punto de vista clínico.

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

Demostrar la importancia de la dermatoscopia como método diagnóstico no invasivo, sencillo y económico en la práctica dermatológica diaria.

Objetivos Generales

Evaluar la sensibilidad y especificidad diagnóstica de la dermatoscopia en las QS. Cuantificar el mejoramiento en la agudeza diagnóstica clínica con el uso de la dermatoscopia.

Objetivos específicos

Correlacionar el diagnóstico clínico, dermatoscópico e histopatológico en las QS. Describir el patrón dermatoscópico de las QS.

Evaluar la sensibilidad y especificidad diagnóstica de las características dermatoscópicas de las QS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional prospectivo tipo evaluación prueba diagnóstica. Se incluyeron todos los

pacientes que consultaron al Servicio de Dermatología del Centro de Especialistas del Instituto de Ciencias de la Salud CES-Sabaneta, o que fueron remitidos a éste del Servicio de Dermatología de la Clínica del CES, de la Unidad Médica CES y del Hospital General de Medellín, durante el período julio 1996-julio 1997 y que cumplieran los siguientes criterios:

Diagnóstico clínico de QS.

Diagnóstico clínico de algunas de las entidades que son diagnósticos diferenciales de QS y que tienen un patrón dermatoscópico descrito. Para considerarse diagnóstico diferencial de QS el paciente debía tener 30 años o más. Estas son: carcinoma basocelular pigmentado, nevus melanocíticos comunes y displásicos, lentigo simple, lentigo solar, lentigo maligno, melanoma maligno, nevus azul, angioqueratoma, nevus de Spitz pigmentado.

Los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión se citaron a la consulta dermatoscópica que se realizó en el Centro de Especialistas del CES-Sabaneta. En primer lugar se obtenía por escrito el consentimiento informado del paciente, en un formulario diseñado para ello. Luego se realizaba el diagnóstico clínico de la lesión a analizar. Posteriormente se hacía la microscopía de epiluminiscencia con un dermatoscopio manual marca Welch Allyn[®] que provee una magnificación de la superficie de la piel de 10X. Para analizar la lesión se siguió el esquema utilizado por Pehamberger y colaboradores.⁴ También se definía el patrón global de la lesión utilizado por Fitzpatrick, Kenet y colaboradores.² La dermatoscopia fue realizada por los dos investigadores clínicos en todas las lesiones.

Las variables analizadas en cada una de las lesiones fueron las siguientes: patrón global de la lesión, tamaño, color, presencia de simetría, superficie continua, pseudocomedones, pseudoquistes córneos, telangiectasias, red de pigmento, características de la red de pigmento, presencia de globos pardos y su tamaño y disposición, presencia de puntos negros y su disposición, margen de la lesión y presencia de pseudópodos y proyecciones radiales. Todas las características analizadas fueron plasmadas en un formulario adecuado.^{4,5}

Según las características encontradas de la dermatoscopia se realizaba el diagnóstico dermatoscópico. Se tomó biopsia incisional de todas las lesiones, utilizando un sacabocados No. 3 ó 4 y el diagnóstico histopatológico fue realizado siempre por el mismo patólogo, quien no conocía

Dermatoscopia en queratosis seborreicas

las características ni el diagnóstico clínico. Además se obtuvieron fotografías de la lesión clínica y de la placa histopatológica.⁶

Los datos fueron procesados y analizados en forma computarizada utilizando para ello el programa Epi-Info® versión 6.0. Se realizó un análisis univariado, por medio del cual las variables cualitativas nominales u ordinales se describieron mediante distribuciones de frecuencia. Se calcularon intervalos de confianza del 95% para la proporción.

Se realizó un análisis bivariado por medio del cual se estimó la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo positivo y negativo de la dermatoscopia en el diagnóstico de las QS, utilizando como prueba de oro la biopsia. Se estimó igualmente la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de cada una de las características dermatoscópicas de la lesión. Se estimaron intervalos de confianza del 95% para la sensibilidad y la especificidad, así como para el VPP y VPN.⁷⁻⁹

RESULTADOS

Se estudiaron 106 lesiones pigmentadas de la piel, de las cuales 59 ingresaron con diagnóstico clínico de QS y el resto correspondían a otras lesiones pigmentadas que

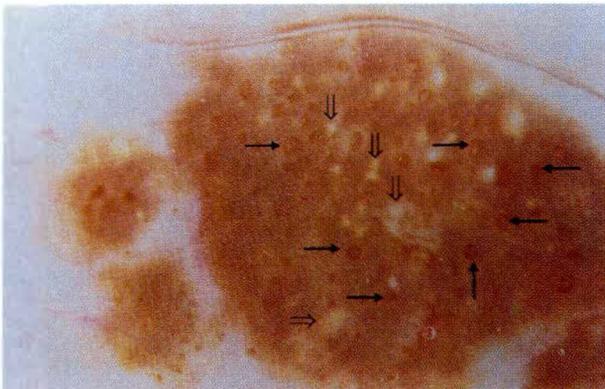


Figura 1. Queratosis seborreica vista con el dermatoscopio. La red de pigmento, las líneas bifurcadas y los glóbulos pigmentados están ausentes. Los pseudocomedones (→) y los pseudoquistes córneos se observan claramente (⇒). (Reproducción autorizada por Stolz W. et al, *Color Atlas of Dermatoscopy*, Blackwell Science).

son diagnósticos diferenciales de éstas. Por diagnóstico dermatoscópico se encontraron 54 QS y 44 por diagnóstico histológico. Las lesiones tenían una distribución variable, localizadas en la cara, el pecho, la espalda, el cuero cabelludo y las extremidades. El 33% de todas las lesiones y el 27.3% de las QS medían menos de 6 mm.

Ocho lesiones que ingresaron con diagnóstico clínico de QS tenían un segundo diagnóstico que no era posible diferenciar clínicamente, e incluían 4 lesiones con diagnóstico de QS vs. nevus melanocítico, 2 lesiones con diagnóstico de QS vs. queratosis actínica, y 2 con diagnóstico de QS vs. lentigo solar. El diagnóstico histológico correspondió en el primer caso a 2 QS y 2 nevus melanocíticos, en el segundo caso a 2 queratosis actínicas y en el tercer caso a 2 lentigos solares. La dermatoscopia hizo el diagnóstico en las QS y en un lentigo solar¹⁰, y en las queratosis actínicas describió un patrón indeterminado que corresponde a la ausencia de componentes estructurales típicos, y por lo tanto ausencia de un patrón dermatoscópico definido.

Los pseudocomedones y pseudoquistes córneos representan las características dermatoscópicas encontradas más específicas de las QS^{11,12} (Figuras 1, 2). Aunque



Figura 2. Queratosis seborreica vista con el dermatoscopio. Esta lesión muestra los pseudoquistes córneos característicos (⇒) y los pseudocomedones (→), además se observan pseudolíneas pigmentadas (→) que a diferencia de las verdaderas son debidas a acumulación de pigmento en el surco de una lesión papilomatosa. (Reproducción autorizada por Stolz W. et al, *Color Atlas of Dermatoscopy* Blackwell Science).

Dermatoscopia en queratosis seborreicas

clínicamente las QS pueden presentarse asimétricas a la dermatoscopia, aparecen simétricas en relación con su color y sus componentes estructurales. La presencia de 2 colores o menos en la dermatoscopia da una alta sensibilidad para su diagnóstico. Los colores encontrados más frecuentemente fueron el café claro, y la combinación de café claro y café oscuro.¹³⁻¹⁵

En relación con la clínica, las QS tampoco presentaron ulceración a la dermatoscopia. La ausencia de las características primarias de las lesiones melanocíticas, como son la red de pigmento, los globos pardos y los puntos negros, tienen una alta sensibilidad para el diagnóstico de las QS. La ausencia del patrón reticular, multicomponente,

nodular, sacular u homogéneo, lo que denominamos "otro" patrón global, también provee una alta sensibilidad para el diagnóstico de las QS^{16,17} (Cuadro 1).

Otras lesiones diferentes a las QS que presentaron pseudocomedones correspondieron a 3 verrugas vulgares, 7 nevus melanocíticos, 3 lentigos actínicos y 2 queratosis actínicas. A excepción de las verrugas vulgares y los nevus melanocíticos papilomatosos, las otras lesiones presentaban pseudocomedones escasos y aislados. Los pseudoquistes córneos también se encontraron en 9 nevus melanocíticos, 2 verrugas vulgares, 2 lentigos actínicos, 1 melanoma maligno y 3 queratosis actínicas.

Cuadro 1
Características dermatoscópicas de las queratosis seborreicas

CARACTERÍSTICA	SENSIBILIDAD %	ESPECIFICIDAD %	VPP %	VPN %
"Otro" patrón global	97.7 *IC: 86.5 – 99.9	58 IC: 44.9 – 70.3	62.3 IC: 49.8 - 73.5	97.3 IC: 84.2 - 99.9
Simetría	95.5 IC: 83.3 – 99.2	37.1 IC: 25.4 – 50.3	51.9 IC: 40.5 - 63	92 IC: 72.5 – 92.6
Superficie continua	97.7 IC: 86.5 – 99.9	6.5 IC: 2.1 – 16.5	42.6 IC: 32.9 – 52.8	80 IC: 29.9 – 98.9
Dos o menos colores	81.8 IC: 66.8 – 91.3	21 IC: 12.1 – 33.5	42.4 IC: 31.9 – 53.5	61.9 IC: 38.7 - 81
Pseudocomedones	84.1 IC: 69.3 – 92.8	75.8 IC: 63 – 85.4	71.2 IC: 56.7 – 82.5	87 IC: 74.5 – 94.2
Pseudoquistes de milia	59.1 IC: 43.3 – 73.3	72.6 IC: 59.6 – 82.8	60.5 IC: 44.4 – 74.6	71.4 IC: 58.5 – 81.8
Telangiectasias	95.5 IC: 83.3 – 99.2	29 IC: 18.6 – 42.1	48.8 IC: 38 – 59.8	90 IC: 66.9 – 98.2
Ausencia de red de pigmento	97.7 IC: 86.5 – 99.9	40.3 IC: 28.3 – 53.5	53.8 IC: 42.3 – 64.8	96.2 IC: 78.4 – 99.8
Ausencia de globos pardos	97.7 IC: 86.5 – 99.9	17.7 IC: 9.6 – 29.9	45.7 IC: 35.5 – 56.3	91.7 IC: 59.8 – 99.6
Ausencia de puntos negros	100 IC: 90 – 100	14.5 IC: 7.3 – 26.3	45.4 IC: 35.3 – 55.8	100 IC: 62.9 - 100

IC: intervalos de confianza del 95%.

VPP: valor predictivo positivo.

VPN: valor predictivo negativo.

Dermatoscopia en queratosis seborreicas

La QS acantótica fue el subtipo histológico que se encontró más frecuentemente, correspondiendo al 75%, seguida por el subtipo trabeculada encontrada en el 18.2% de los casos. Las QS hiperqueratósicas se presentaban bajo el dermatoscopio como áreas grandes blanco-amarillas, con algunas pseudoestrías pigmentadas.

La correlación entre el diagnóstico clínico e histológico de las QS fue del 91%, del 63.6% en las lesiones melanocíticas benignas, del 55.6% en los nevos azules, del 25% en los melanomas malignos y del 62.5% en los carcinomas basocelulares.

La correlación del diagnóstico de las QS a nivel dermatoscópico e histológico se dio en 42 lesiones. Las otras 12 lesiones diagnosticadas como QS a la dermatoscopia, que no tuvieron correlación histológica, correspondían a 3 verrugas vulgares, 3 nevos melanocíticos, 2 lentigos solares y 4 queratosis actínicas. Las 3 verrugas vulgares tenían

aparición clínica de QS. Las 3 lesiones névicas correspondían a nevos melanocíticos papilomatosos. Las 4 queratosis actínicas correspondían al tipo histológico hipertrófico, y una estaba localizada en la cara.

En las otras lesiones pigmentadas se presentó una coincidencia en el diagnóstico en el 63% de las lesiones, 70% en las lesiones melanocíticas benignas, el 100% de los nevos azules, el 50% de los melanomas malignos, y el 100% de los carcinomas basocelulares. En 5 lesiones la dermatoscopia no hizo ningún diagnóstico definido y describió un patrón indeterminado. Estas lesiones incluían 1 QS, 2 nevos melanocíticos y 2 queratosis actínicas.

La dermatoscopia corrigió el diagnóstico clínico en las siguientes situaciones: en 2 QS, 3 carcinomas basocelulares, 3 lentigos solares, 1 melanoma maligno y 2 nevos azules, y confirmó el diagnóstico clínico dudoso de QS vs. nevus melanocítico en 2 lesiones (Cuadro 2).

Cuadro 2
Correlación entre el diagnóstico dermatoscópico e histológico de las diferentes lesiones pigmentadas de la piel

Dx histológico Dx dermatoscópico	Queratosis seborreicas Frec.	Lesiones melanocíticas benignas Frec.	Nevus azul Frec.	Melanoma maligno Frec.	Carcinoma basocelular Frec.	Otros Frec.	Total Frec.
Queratosis seborreicas	42	5	0	0	0	7	54
Lesiones melanocíticas benignas	1	23	0	2	0	0	26
Nevus azul	0	2	6	0	0	1	9
Melanoma maligno	0	1	0	2	0	0	3
Carcinoma basocelular	0	0	0	0	8	0	8
Patrón indeterminado	1	2	0	0	0	2	5
TOTAL	44	33	6	4	8	10	105*

*La otra lesión que no está ilustrada en el cuadro corresponde a un angioma senil, en el cual hubo correlación en el diagnóstico.

Dermatoscopia en queratosis seborreicas

DISCUSIÓN

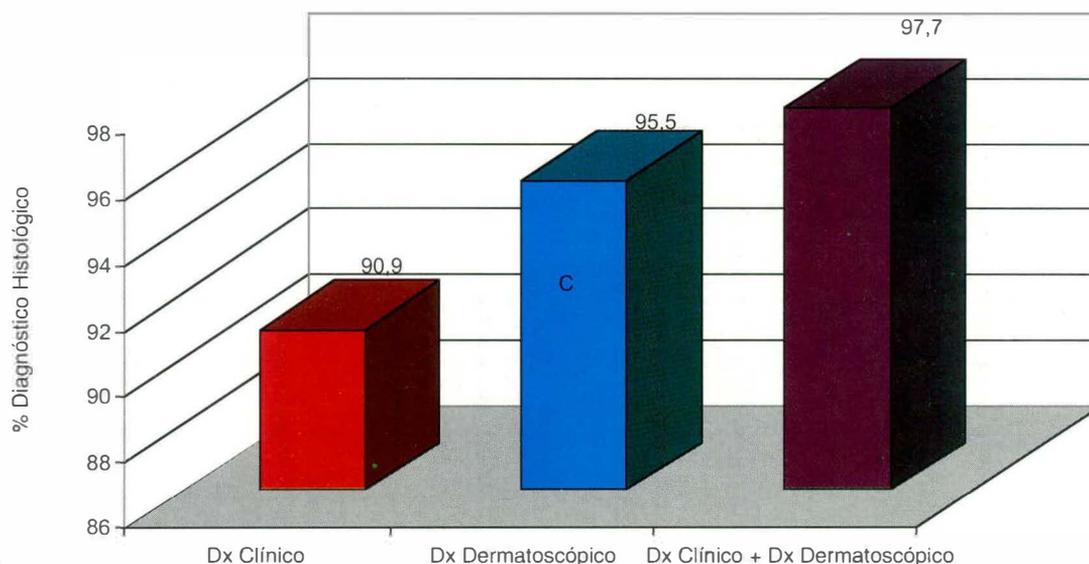
Clásicamente se ha descrito el valor que tiene la dermatoscopia en el diagnóstico de las lesiones pigmentadas.^{1,7-9,11} El presente estudio demuestra la utilidad de este método en el diagnóstico de las QS, aumentando la sensibilidad del diagnóstico clínico del 90.9% al 95.5%, y mejorando la especificidad del 69.4% al 80.6% (Figuras 1-2).

Según los resultados obtenidos, los pseudocomedones y los pseudoquistes córneos representan las características dermatoscópicas más específicas de las QS (Cuadro 1). Ellos se disponen en una forma uniforme sobre toda la superficie de la lesión. Este hallazgo se correlaciona con lo descrito en la literatura, y estas características han sido definidas por Stolz y colaboradores como criterios primarios para el diagnóstico de las QS; sin embargo, su sensibilidad y especificidad no habían sido evaluadas.^{18,20}

Los pseudocomedones y pseudoquistes córneos ya se habían descrito en los nevus melanocíticos papilomatosos; por lo tanto, en presencia de ellos es importante descartar los criterios dermatoscópicos para lesiones melanocíticas, como son el hallazgo de la red de pigmento, globos pardos y puntos negros; por el contrario, si ellos no están presentes, la diferenciación dermatoscópica con las QS no sería posible.²¹

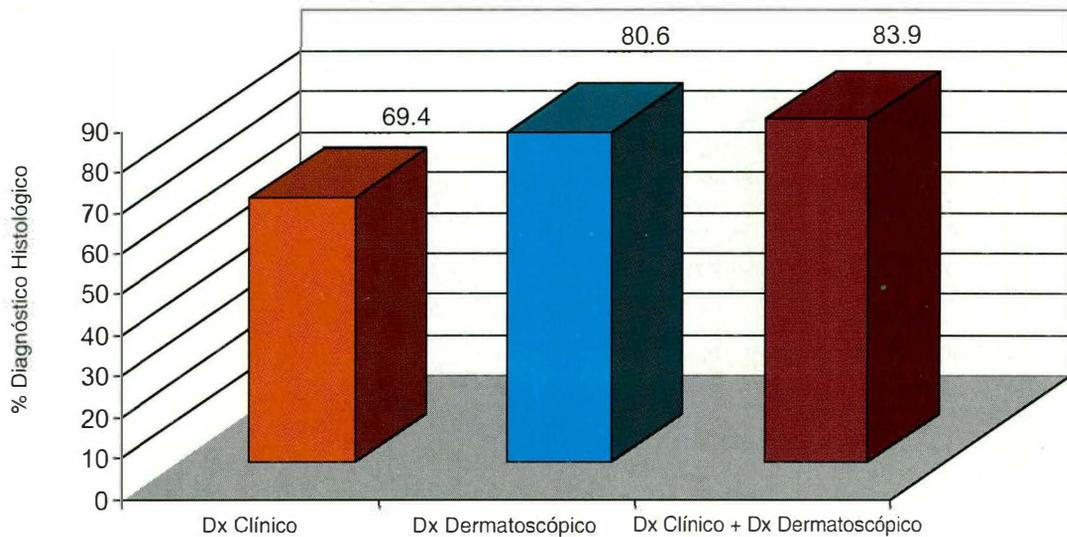
La presencia de simetría y 2 colores o menos bajo el dermatoscopia provee una alta sensibilidad para el diagnóstico de las QS. Estas dos características se pueden comparar con el análisis de la simetría y el color dentro del ABCD de la dermatoscopia para el melanoma, donde la asimetría y más de 3 colores ayudan a caracterizar las lesiones malignas.^{3,22} Por lo tanto, la apariencia dermatoscópica de las QS es una lesión uniforme, en tanto que la apariencia polimorfa se ha descrito característica de las lesiones malignas.

Figura 1
Sensibilidad de los diferentes métodos utilizados para el diagnóstico de las queratosis seborreicas



Dermatoscopia en queratosis seborreicas

Figura 2
Especificidad de los diferentes métodos utilizados para el diagnóstico de las queratosis seborreicas



Otras características que no están presentes en las QS son de gran valor si se encuentran, puesto que hacen pensar en otras entidades que en algunos casos pueden constituir un problema de diagnóstico diferencial con las QS. Estas son el hallazgo de la red de pigmento, globos pardos y puntos negros^{23,24}, los cuales orientan hacia lesiones melanocíticas, y la presencia de telangiectasias hacia carcinoma basocelular. Sin embargo, en algunas QS claras han sido descritas finas telangiectasias que, por encontrarse localizadas superficialmente, son observadas nítidamente bajo el dermatoscopio,²¹ pero la ausencia de estos componentes estructurales tiene una alta sensibilidad para el diagnóstico de las QS. Este hallazgo está de acuerdo con lo publicado por Stolz y colaboradores²¹, quienes definen la ausencia de criterios para lesiones melanocíticas en una lesión pigmentada como un criterio primario para el diagnóstico de las QS.

En forma similar, la presencia del denominado "otro" patrón global, que es la ausencia de patrón reticular, no-

dular, multicomponente, sacular y homogéneo, permite descartar lesiones melanocíticas y angiomatosas.⁴ A las QS no se les ha asignado hasta ahora ningún patrón global específico.

Solamente una QS presentó un patrón reticular, teniendo una apariencia de lentigo solar bajo el dermatoscopio. La histología mostró un subtipo trabeculado de QS, lo cual podría correlacionar con lo descrito en la literatura sobre la transición de lentigo solar a QS seborreica trabeculada.¹⁹

La correlación entre el diagnóstico dermatoscópico e histológico de las QS se presentó en 42 lesiones. Las otras 12 lesiones diagnosticadas como QS a la dermatoscopia, que no tuvieron correlación histológica, correspondían a 3 verrugas vulgares, 3 nevus melanocíticos, 2 lentigos solares y 4 queratosis actínicas (Cuadro 2).

Las 3 verrugas vulgares tenían apariencia clínica de QS. La apariencia clínica y dermatoscópica de QS, en

Dermatoscopia en queratosis seborreicas

lesiones cuya histología muestra células con efecto citopático viral, hace pensar en la etiología viral de las QS soportada por algunos investigadores.^{25,26} Las 3 lesiones névicas correspondían a nevus melanocíticos papilomatosos. Las 4 queratosis actínicas correspondían al tipo histológico hipertrófico y una estaba localizada en la cara, donde se debe tener precaución al analizar una lesión pigmentada, porque las aberturas de los anexos cutáneos pueden ser confundidas con los pseudocomedones.⁹

Teniendo en cuenta que la dermatoscopia describe hallazgos encontrados en la epidermis y dermis superior, las queratosis actínicas hipertróficas, al tener cambios histológicos epidérmicos similares a las QS como es la acantosis e hiperqueratosis, podrían mostrar hallazgos similares bajo el dermatoscopio.

Clínicamente no había diferencia en la presentación de los subtipos histológicos. Sin embargo, a la dermatoscopia las QS hiperqueratósicas se comportaron diferente y la ausencia de pseudocomedones y pseudoquistes córneos puede corresponder a la escasa frecuencia con la que se observan los quistes córneos a la histología. Stolz y colaboradores²¹ describen la presencia de este subtipo histológico en áreas grandes blanco-amarillas, bajo el dermatoscopio.

En 5 lesiones la dermatoscopia no hizo ningún diagnóstico preciso y describió un patrón indeterminado, que corresponde a la ausencia de componentes estructurales típicos y, por lo tanto, ausencia de un patrón dermatoscópico específico. Estas lesiones incluían 1 QS, 2 nevus melanocíticos y 2 queratosis actínicas. Teniendo en cuenta el algoritmo melanocítico descrito por Stolz y colaboradores²¹, donde después de realizar todos los pasos para identificar los criterios dermatoscópicos de las lesiones melanocíticas, del nevus azul, de las QS, angiomas y angioqueratoma y del carcinoma basocelular, permanecen aún lesiones pigmentadas que no pueden ser identificadas, y que en la mayoría de los casos son de origen melanocítico, éstas deben ser evaluadas respecto a su potencial maligno.^{27,28} A las queratosis actínicas no se les ha descrito hasta ahora ningún patrón dermatoscópico.

El diagnóstico dermatoscópico de las QS tiene una sensibilidad y especificidad más alta que el diagnóstico clínico. La agudeza diagnóstica se puede aumentar aún más cuando se suman los criterios clínicos y dermatoscópicos de las QS (Figuras 1, 2).

CONCLUSIONES

Usando un dermatoscopio, tres tipos de lesiones pigmentadas no melanocíticas pueden ser bien diferenciadas de lesiones pigmentadas melanocíticas y cada una de las otras. Las QS, las neoplasias vasculares, y el carcinoma basocelular pigmentado a menudo semejan lesiones melanocíticas benignas y malignas.

El diagnóstico de las lesiones no melanocíticas está basado en la ausencia de los componentes estructurales típicos de las lesiones melanocíticas pigmentadas, y en la detección de criterios primarios para estos diagnósticos. Lo anterior fue demostrado en este estudio para el diagnóstico de las QS, mostrando que una QS clásicamente a la dermatoscopia es una lesión que no tiene un patrón global específico, es simétrica, no ulcerada, tiene 2 colores o menos, muestra pseudocomedones y pseudoquistes córneos, no presenta red de pigmento, globos pardos ni puntos negros. Aunque han sido descritas²¹ y se incluyeron en las variables a buscar, no se observaron telangiectasias en las QS de este estudio, probablemente por el tamaño de la muestra.

Los pseudocomedones y los pseudoquistes córneos son los componentes estructurales más específicos para el diagnóstico dermatoscópico de las QS, y tienen una especificidad del 75.8% y 72.6%, respectivamente. La ausencia de los criterios de las lesiones melanocíticas, angiomas y del carcinoma basocelular, dan alta sensibilidad para su diagnóstico.

En esta serie, la dermatoscopia demostró que mejoraba la agudeza del diagnóstico clínico de las QS, aumentando la sensibilidad del 90.9% al 95.5% y la especificidad del 69.4% al 80.6%.

Un alto porcentaje de QS son removidas en forma innecesaria, siendo diagnosticadas incorrectamente como una lesión melanocítica o una lesión maligna, o en forma no apropiada por medio de una excisión quirúrgica amplia. El aumento en la agudeza del diagnóstico de las QS, con el uso del dermatoscopio, puede reducir significativamente cirugías innecesarias y los costos que éstas representan, al realizar una resección más selectiva de las lesiones. Además, disminuye morbilidad y mortalidad como resultado de un diagnóstico precoz y de las lesiones pigmentadas malignas que clínicamente se puedan confundir

Dermatoscopia en queratosis seborreicas

con las QS, pero que a la dermatoscopia son diferenciadas, pudiéndoseles ofrecer un tratamiento adecuado y evitando el tratar una lesión maligna como una QS.

Teniendo en cuenta el aumento en la agudeza del diagnóstico clínico dado por la dermatoscopia, se recomienda su uso rutinario en la evaluación de las lesiones pigmentadas de la piel; sin embargo, en forma similar a otros exámenes médicos, ella no debe ser usada sola sino considerarse con la historia del paciente y otros datos clínicos, pues cuando se usan simultáneamente los criterios clínicos y dermatoscópicos, se aumenta aún más la agudeza del diagnóstico.

En la literatura médica colombiana son pocos los artículos publicados sobre dermatoscopia²⁹, pero su carácter no invasivo, su bajo costo y su gran utilidad estimulan el aprendizaje de esta nueva técnica para acercarnos al diagnóstico de las patologías de piel.

AGRADECIMIENTOS

A las doctoras Angela Zuluaga de Cadena y Luz María Agudelo.

SUMMARY

The dermatoscopy has shown to increase the acuteness of the clinical diagnosis of the malignant melanoma. However, dermatoscopy can also improve the acuteness of the diagnosis of other pigmented skin lesions.

The objective of this study was to determine the value of dermatoscopy in the diagnosis of seborrheic keratosis, using the histopathological study as the gold standard. In the period between 1996 and 1997, 106 pigmented lesions of which 44 histologically belonged to seborrheic keratosis and 62 lesions different from these, were evaluated. A statistical analysis was done to define the specificity and sensitivity of each one of the dermatoscopic characteristics of seborrheic keratosis, showing that the more specific characteristics were the pseudocomedones with 75.8% (95% CI:63-85.4) and horny pseudocysts 72.6% (95% CI:59.6-82.8). The sensitivity of the clinical diagnosis of seborrheic keratosis was 90.9% (95% CI:77.4-97) and the specificity was 69.4% (95% CI: 56.2-80.1). When the dermatoscopic criteria was used, both increased to 95.5% (95% CI:83.3-99.2) and 80.6% (95% CI:68.3-89.2).

Key words: seborrheic keratosis, dermatoscopy epiluminescence, surface microscopy.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández MA, Ortega RM, Serrano S. Microscopía de epiluminiscencia en el diagnóstico de los tumores pigmentados. *Piel* 1995;10:69-75.
- Bahmer A et al. Terminology in surface microscopy. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23:1159-1162.
- Nachbar F et al. The ABCD rule of dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30:551-559.
- Pehamberger H, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17:571-583.
- Menzies W, Crotty A, McCarthy WH. The Morphologic Criteria of the Pseudopod in Surface Microscopy. *Arch Dermatol* 1995; 131:436-440.
- Yadav S et al. Histopathologic Correlates of Structures seen on Dermatoscopy (Epiluminescence Microscopy). *Am J Dermatopathol* 1993; 15:297-305.
- Fernández MA, Ortega RM, Serrano S. Microscopía de epiluminiscencia en el diagnóstico de los tumores pigmentados (II). *Piel* 1995; 10:322-325.
- Steiner A et al. Pigmented Spitz nevi: Improvement of the diagnostic accuracy by epiluminescence microscopy. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27:697-700.
- Steiner A et al. Statistical evaluation of epiluminescence microscopy criteria for melanocytic pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29:581-588.
- Steiner A, Pehamberger H, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. II.

Dermatoscopia en queratosis seborreicas

- Diagnosis of small pigmented skin lesions and early detection of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17:584-591.
11. Kenet RO et al. Clinical Diagnosis of Pigmented Lesions Using digital Epiluminescence Microscopy. *Arch Dermatol* 1993; 129:1157-1174.
 12. Kenet RO. Trends in Dermatology: Differential Diagnosis of Pigmented lesions Using Epiluminescence Microscopy. En: Sober AJ and Fitzpatrick TB (eds). *Year Book of Dermatology*. St. Louis, Mosby, 1992:xxi-xxxi.
 13. Soyer HP, Kerl H. Surface Microscopy of Cutaneous Pigmented Tumors. *Ann Dermatol Venereol* 1993; 120:15-20.
 14. Kreuzsch J, Rassner G. Epiluminescence Microscopic Analysis of Structures in Pigmented Melanocytic Nevi: Review and Personal Experience. *Hautarzt* 1990; 27-33.
 15. Schulz H. Epiluminescence Microscopy Score for the Differential Diagnosis of Dysplastic Nevi. *Hautarzt* 1992; 43:487-490.
 16. Saida T, Oguchi S, Ishihara Y. In Vivo Observation of Magnified Features of Pigmented Lesions on Volar Skin Using Video Microscope. Usefulness of Epiluminescence Techniques in Clinical Diagnosis. *Arch Dermatol* 1995; 131:298-304.
 17. Puppini D, Salomon D, Saurat JH. Amplified surface microscopy. Preliminary evaluation of a 400-fold, magnification in the surface microscopy of cutaneous melanocytic lesions. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28:923-927.
 18. Binder M et al. Epiluminescence Microscopy. A useful Tool for the Diagnosis of pigmented Skin Lesions for formally Trained Dermatologists. *Arch Dermatol* 1995; 131:286-291.
 19. CY Ho V, McLeand D. Benign Epithelial Tumors. Seborrheic Keratosis. En: Fitzpatrick TB. et al (eds). *Dermatology in General Medicine*. 4ª. Ed. New York, McGraw-Hill, 1993; 855-858.
 20. Maize JC, Snider RL. Nonmelanoma skin Cancers in Association with Seborrheic Keratosis. Clinico-pathologic Correlations. *Dermatol Surg* 1995; 21:960-962.
 21. Stolz W et al. *Color Atlas of Dermatoscopy*. Oxford, Blackwell Science Ltd., 1994.
 22. Marghoob A, Kopf AW. Persistent nevus: An exception to the ABCD rule of dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36:474-475.
 23. Guilloid JF et al. Epiluminescence videomicroscopy: Black dots and brown globules revisited by stripping the stratum corneum. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36:371-377.
 24. Benelli C et al. Melanoma with dermatoscopic features of seborrheic keratosis. *Eur J Dermatol* 1996; 6:246-247.
 25. Tsambaos D et al. Detection of human papillomavirus DNA in nongenital seborrheic keratosis. *Arch Dermatol Res* 1995; 287:612-615.
 26. Rady PL et al. Herpes virus-like DNA sequences in non-Kaposi's sarcoma skin lesions of transplant patients. *Lancet* 1995; 345:1339-1340.
 27. Caballero MJ et al. Malignant melanoma appearing in a seborrheic keratosis. *Br J Dermatol* 1995; 133:1016-18.
 28. Kirkham N. Tumors and Cyst of the Epidermis. En: Elder David. *Lever's Histopathology of the skin*, 8ª. ed., Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1997; 685-746.
 29. Varela CI, Alencar-Ponte D. Terminología básica en dermatoscopy. *Rev Col Dermatol* 1998; 6:14-18.