

y con patrón esclerótico⁴. En la imagen dermatoscópica se visualizan estructuras globulares amarillentas debido al componente sebáceo⁶. Aunque se han implicado factores de crecimiento y citocinas⁹, no se conoce la etiología de la inducción sebácea y el motivo de su predilección por los DF del hombro⁴.

En este caso el diagnóstico diferencial debe realizarse con tumores sebáceos o con diferenciación sebácea que pueden mostrar estructuras amarillentas en la dermatoscopia como hiperplasia sebácea, nevo sebáceo, adenoma sebáceo, carcinoma sebáceo y acantoma reticulado o poroma con diferenciación sebácea¹⁰. También se han identificado glóbulos amarillentos en nevos melanocíticos o melanomas de células balonizadas.

En conclusión, el DF es un tumor con una gran variabilidad clínica, histopatológica y dermatoscópica. Debemos considerar el diagnóstico de DF con inducción sebácea ante una lesión a nivel del área del hombro con el hallazgo dermatoscópico de glóbulos amarillentos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Abarzúa-Araya A, Ortiz-Lazo E, González-Bombardiere S. Tumor eritemato-descamativo en la pierna de largo tiempo de evolución. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:153-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.029>.
2. Şenel E, Karabulut YY, Şenel SD. Clinical, histopathological, dermatoscopic and digital microscopic features of dermatofibroma: A retrospective analysis of 200 lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1958-66.
3. Zaballos P, Puig S, Llambrich A, Malveyh J. Dermoscopy of dermatofibromas. A prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol*. 2008;144:75-83.

4. Zeidi M, North JP. Sebaceous induction in dermatofibroma: A common feature of dermatofibromas on the shoulder. *J Cutan Pathol*. 2015;42:400-5.
5. Shuweiter M, Böer A. Spectrum of follicular and sebaceous differentiation induced by dermatofibroma. *Am J Dermatopathol*. 2009;31:778-85.
6. Espasandín-Arias M, Moscarella E, Mota-Buçard A, Moreno-Moreno C, Lallas A, Longo C, et al. The dermoscopic variability of dermatofibromas. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:522-4.
7. Requena L, Roó E, Sánchez Yus E. Plate-like sebaceous hyperplasia overlying dermatofibroma. *J Cutan Pathol*. 1992;19:253-5.
8. Rognstad ØB, Haas N, Sterry W, Astner S. Multiple clustered dermatofibroma with overlying sebaceous hyperplasia. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2009;7:962-4.
9. Yoneda K, Demitsu T, Matsuda Y, Kubota Y. Possible molecular pathogenesis for plate-like sebaceous hyperplasia overlying dermatofibroma. *Br J Dermatol*. 2008;158:840-2.
10. Ito T, Yoshida Y, Furue M, Yamamoto O. Poroma with sebaceous differentiation: dermoscopy for the diagnosis of skin tumor with sebaceous differentiation. *Indian J Dermatol*. 2015;60:85-7.

B. Monteagudo^{a,*}, O. Figueroa-Silva^a, O. Suárez-Amor^a y J.C. Álvarez^b

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol SERGAS, Ferrol, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es (B. Monteagudo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.02.018>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

No es bueno todo lo que lo parece



Not as Good as it Looks

Sra. Directora:

Un varón de 50 años de edad, fototipo III, sin antecedentes personales de interés y sin antecedentes personales ni familiares de melanoma, acudió a la consulta de dermatología por una lesión de un año de evolución localizada en la región de pabellón auricular derecho. Esta había sido tratada con ácido salicílico como si fuera una verruga, con desaparición de la lesión pero reaparición posterior. En la exploración dermatológica presentaba una lesión nodular eritematosa de 0,5 cm en el tercio inferior de pabellón auricular derecho (fig. 1). En la dermatoscopia no se observaban datos de lesión melanocítica. No se palpaban adenopatías cervicales adyacentes. Se realizó extirpación de la lesión y en el estudio histopatológico nos encontramos con una



Figura 1 Nódulo eritematoso en pabellón auricular.

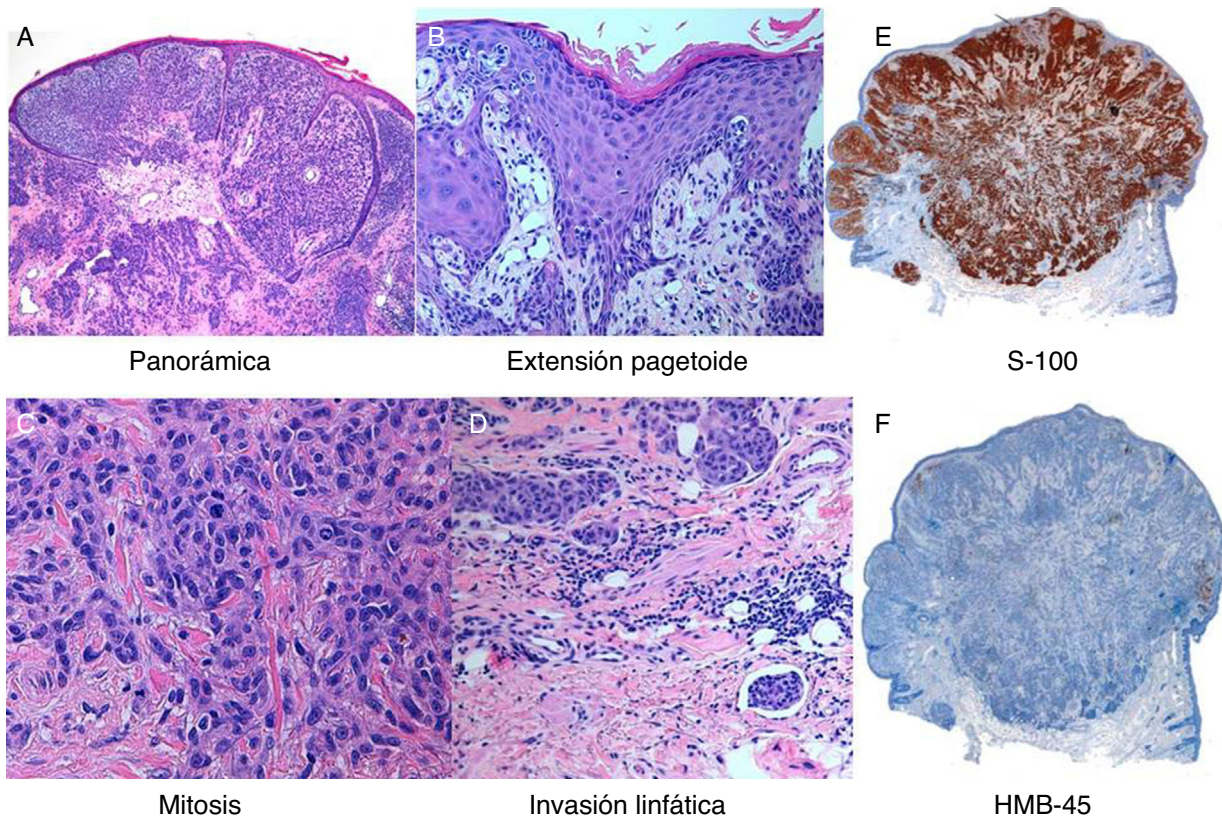


Figura 2 Composición anatomía patológica.

lesión polipoide, bien delimitada, que a bajo aumento parecía corresponder con una lesión benigna; sin embargo, a mayor aumento se podía ver una lesión melanocítica con atipia citológica y mitosis, en la cual las células no presentaban maduración en profundidad. También se apreciaba extensión pagetoide e invasión linfática (fig. 2). La IHQ para S100 y Melan A era positiva, mientras que para HMB45 y p16 fue negativa, asimismo se objetivó también un alto índice de proliferación celular KI 67 (fig. 2).

Con estos datos, el paciente fue diagnosticado de melanoma nevoide de 0,7 cm, con nivel v de Clark y un índice de Breslow de 6,11 mm, con hasta 3 mitosis por mm². No presentaba ulceración, respuesta linfocitaria, datos de regresión o invasión perineural.

Se realizó una PET-TAC en la que no se objetivó tejido tumoral viable con afinidad para 18F-FDG. Se realizaron una ampliación de márgenes de 2 cm y biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). La ampliación mostró márgenes libres de tumor y la BSGC fue negativa, por lo que el paciente fue diagnosticado de un estadio T4b, N0, M0.

El melanoma nevoide descrito por Schmoeckel et al.¹, en 1985, define lesiones con características similares a un nevus benigno (simétricas, cupuliformes, células que aparentemente maduran). El principal diagnóstico diferencial se plantea con el nevus melanocítico intradérmico (NID); de hecho, hasta el 50% de los casos habían sido enviados con sospecha de lesión benigna². Histológicamente, se diferencia del NID porque este no presenta atipia citológica, mitosis, extensión pagetoide, invasión linfovascular ni ausencia de maduración en profundidad. La IHQ es bastante

parecida y no diferencia entre estas 2 patologías. El HMB-45 es positivo en el 80-86% de los melanomas, siendo negativo en nuestro paciente. La pérdida de p16 se correlaciona con agresividad y metástasis, como sucede en nuestro caso³.

En cuanto a las lesiones malignas, en el melanoma nodular veríamos un nódulo tumoral densamente celular, con marcada atipia citológica, mitosis y ausencia de fase de crecimiento radial. En el melanoma sobre nevus casi siempre hay datos de NID y la IHQ nos ayuda, ya que la expresión de HMB-45 y Ki-67 que caracteriza la zona superficial del NID se pierde en el melanoma nevoide.

En el melanoma de desviación mínima la disposición de las células en la dermis permite la distinción, ya que el patrón de crecimiento es expansivo y desplaza las estructuras adyacentes, y casi siempre hay restos de lesión névica preexistente, ya sea un nevus de Spitz, un nevus congénito o un nevus azul^{3,4}.

El melanoma nevoide es muy poco frecuente, supone entre el 0,5⁵ y el 2,3% de los casos. Aparece más frecuentemente en la espalda y los miembros de varones con una edad media de 57 años⁶. La serie más larga es la de Idriss et al. en 2015 (43 casos)⁷. Describen 2 patrones arquitecturales (placa y polipoide) y señalan que el 81% de los casos de melanoma nevoide presenta nidos dispuestos en tecas en la base el tumor, lo que podría ayudar en el diagnóstico. Las técnicas genéticas incluyendo la hibridación con fluorescencia in situ y la hibridación genómica comparada (HGC) se han mostrado útiles para diferenciar entre un melanoma y un nevus melanocítico. En este estudio también realizan HGC en 8 de los casos y en 7 encuentran alteraciones genéticas.

El pronóstico de estos melanoma parece ser peor que otros tipos en las series descritas, con una tasa de metástasis de entre el 15 y el 37,5% y unas tasas de mortalidad de entre el 25 y el 37,5% (series de Schmoeckel et al.¹ y serie de Idriss et al.⁷). En nuestro paciente se realizó ganglio centinela a pesar de la localización en cabeza y cuello, que puede dificultar la técnica y, de forma consensuada con el comité de melanoma, se administró radioterapia local.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Schmoeckel C, Castro CE, Braun-Falco O. Nevoid malignant melanoma. *Arch Dermatol Res.* 1985;277:362–9.
- Blessing K, Evans AT, al-Nafussi A. Verrucous naevoid and keratotic malignant melanoma: A clinico-pathological study of 20 cases. *Histopathology.* 1993;23:453.
- Barnhill RL, Gupta K. Unusual variants of malignant melanoma. *Clin Dermatol.* 2009;27:564.
- McCarthy SW, Scolyer RA. Pitfalls and important issues in the pathological diagnosis of melanocytic tumors. *Ochsner J.* 2010;10:66.

- Zembowicz A, McCusker M, Chiarelli C, Dei Tos AP, Granter SR, Calonje E, et al. Morphological analysis of nevoid melanoma. A study of 20 cases with a review of the literature. *Am J Dermatopathol.* 2001;23:167.
- Diwan AH, Lazar AJ. Nevoid melanoma. *Clin Lab Med.* 2011;31:243.
- Idriss MH, Rizwan L, Sferuzza A, Wasserman E, Kazlouskaya V, Elston DM. Nevoid melanoma: A study of 43 cases with emphasis on growth pattern. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73:836–42.

I. Salguero Fernández^{a,*}, M.M. Sigüenza Sanz^a,
L. Nájera Botello^b y G. Roustán Gullón^a

^a *Dermatología, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España*

^b *Anatomía patológica, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irenebsf@hotmail.com

(I. Salguero Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.02.020>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Reconstrucción de defecto en cuero cabelludo mediante doble colgajo en hacha



Double Hatchet Flap for the Reconstruction of Scalp Defects

Sra. Directora:

El cuero cabelludo es una localización relativamente frecuente de tumores cutáneos. La escasa distensibilidad cutánea y el daño actínico frecuente suponen una limitación para la reconstrucción, sobre todo en defectos de mediano-gran tamaño. Entre los colgajos más empleados se encuentra el doble colgajo en hacha, que constituye una buena opción, ofreciendo resultados estéticos excelentes.

Presentamos el caso de una paciente de 62 años, hipertensa y con diabetes mellitus. Fue remitida a nuestras consultas por presentar un carcinoma basocelular de 3,4 × 3,5 cm a nivel parietal derecho (fig. 1a). Tras confirmación histológica mediante biopsia se programó para exéresis bajo anestesia local y sedación.

El defecto quirúrgico resultante medía aproximadamente 4,2 × 5,7 cm y en profundidad respetaba el perostio. Se diseñó un colgajo en hacha bilateral (fig. 1b). La longitud de cada colgajo fue 1,5 veces el diámetro del defecto y el pedículo un tercio la longitud del colgajo. La disección se realizó a nivel subgaleal (fig. 1c), con posterior cierre por planos y colocación de un drenaje a nivel posterior, el cual se retiró al día siguiente (fig. 2a). Durante la evolución se obtuvo un resultado estético óptimo, con mínima cicatriz

residual, sin datos de recidiva al año de seguimiento (fig. 2b).

La localización de tumores en cuero cabelludo no es un hallazgo infrecuente, tratándose en algunos casos de lesiones de gran tamaño, que requerirán la realización de técnicas quirúrgicas laboriosas.

Entre las opciones reconstructivas^{1,2} se incluye el cierre por segunda intención, que es posible cuando se conserva el perostio. Constituye una opción aceptable en defectos de pequeño tamaño y en pacientes de edad avanzada o con comorbilidades, aunque supone un tiempo de cicatrización prolongado, ocasionando una zona deprimida y alopecica. Otra posibilidad son los injertos, con los que se obtiene un resultado estético generalmente de peor calidad con respecto a las plastias, así como la alopecia de dicha área.

En cuanto a los colgajos, disponemos de distintas opciones. Los colgajos de avance, rotación y transposición suelen ser una buena opción en aquellos defectos que supongan modificaciones anatómicas especiales. Concretamente son menos empleadas las plastias de avance y transposición, aunque pueden considerarse como opción reconstructiva en función del tamaño del defecto y la localización. Los colgajos de rotación y los mixtos de rotación-avance son los más aplicables debido a la convexidad anatómica, entre los que se incluye el colgajo en hacha bilateral, así como el colgajo O-Z, que es muy empleado para reconstrucción de defectos en cuero cabelludo.

Los colgajos libres vascularizados suponen mayor complejidad técnica, requiriendo además hospitalización y mayores costes a corto-medio plazo.

Cabe destacar que cuando el defecto incluye el perostio, dejando la calota, o incluso el diploe, expuestos, las