

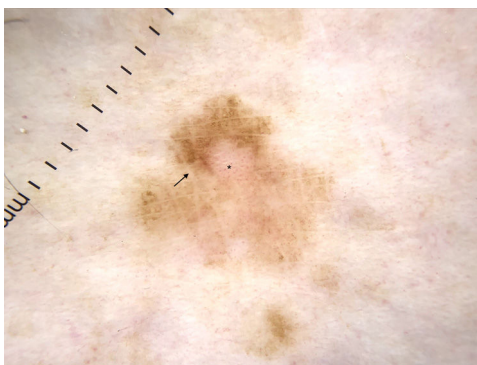
## DERMATOSCOPIA PRÁCTICA

### Líneas cutáneas prominentes: un nuevo criterio de sospecha en lesiones melanocíticas

### Prominent Skin Markings: A New Reason to Suspect Melanoma



**Figura 1** Imagen clínica: mácula pigmentada irregular de 7 mm en la cara externa de la pierna izquierda, que asienta sobre un área intensamente fotodañada.



**Figura 2** Imagen dermatoscópica: retículo pigmentado irregular, áreas de color marrón claro sin estructura, áreas hipopigmentadas y escasos puntos de distribución irregular. Destaca la presencia de líneas o surcos prominentes, más claros que el resto de la lesión y que se entrecruzan entre ellos (flecha). Además, se observan vasos puntiformes en las zonas hipopigmentadas (asterisco).

### Presentación del caso

Una mujer de 64 años de edad, con daño actínico severo, consultó por una lesión pigmentada de reciente aparición en la cara externa de la pierna izquierda. La exploración clínica

reveló que se trataba de una mácula pigmentada irregular de 7 mm de diámetro mayor, de aspecto lentiginoso, en un contexto de intenso fotodaño con la presencia de múltiples lentigos solares en el área cutánea circundante (fig. 1).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.07.017>

0001-7310/© 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Comentario

Con la dermatoscopia de luz polarizada se apreciaba un discreto retículo pigmentado irregular, áreas de color marrón claro sin estructura, áreas hipopigmentadas y escasos puntos de distribución irregular. Llamaba la atención la presencia de unas líneas o surcos cutáneos prominentes, más claros que el resto de la lesión y que se entrecruzaban entre ellos, interrumpiendo las demás estructuras. Además, se podían observar vasos puntiformes en las zonas hipopigmentadas, más evidentes que en la piel circundante (fig. 2).

Teniendo en cuenta el contexto clínico (se trataba de una lesión pigmentada plana de reciente aparición en una paciente con intenso daño solar) y los hallazgos dermatoscópicos, se extirpó la lesión. El estudio anatomopatológico fue de un melanoma maligno *in situ*, con un patrón de crecimiento lentiginoso.

El signo dermatoscópico de surcos o líneas cutáneas prominentes (en inglés *prominent skin markings*) ha sido recientemente descrito como un potente indicador del diagnóstico de melanoma *in situ* frente al de nevus atípico, especialmente en áreas de piel fotodañada<sup>1</sup>. Este signo, que presenta un gran acuerdo interobservador, hace referencia a la presencia de unos surcos lineales prominentes que se entrecruzan entre sí, más claros que el resto de la pigmentación general de la lesión. La presencia del mismo se ha relacionado especialmente con melanomas *in situ* o con un índice de Breslow bajo localizados en los miembros inferiores<sup>2</sup>.

En el trabajo de Lallas et al. se recoge que, de manera más infrecuente, hay otras lesiones que también pueden presentar este signo dermatoscópico. En orden de frecuencia tras el melanoma, estas serían: nevus de Reed, nevus melanocíticos, queratosis seborreicas/lentigos solares, enfermedad de Bowen y carcinoma basocelular<sup>1</sup>.

Pese a que este signo dermatoscópico es controvertido<sup>3</sup>, en los trabajos publicados en los que se menciona fue un potente predictor de melanoma después del ajuste por daño solar y edad<sup>4</sup>. Otras estructuras que se observan con mayor frecuencia en los melanomas en piel extrafacial con daño solar crónico son las líneas anguladas, la granularidad y los agregados de puntos atípicos<sup>5</sup>.

En cuanto a la presencia de vascularización atípica, esta es más frecuente en melanomas invasivos frente a los *in situ* de forma global<sup>5</sup>. Sin embargo, los vasos puntiformes son propios de lesiones planas, como en nuestro caso, mostrándose homogéneos en forma y agrupados de manera regular<sup>6</sup>.

Como conclusión, las líneas cutáneas prominentes se han establecido como un nuevo indicador dermatoscópico de sospecha en lesiones melanocíticas, que puede contribuir a incrementar la eficacia en la detección precoz del melanoma, especialmente en áreas de piel fotodañada.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Lallas A, Longo C, Manfredini M, Benati E, Babino H, Chinazzo C, et al. Accuracy of Dermoscopic criteria for the diagnosis of melanoma *in situ*. *JAMA Dermatol*. 2018;154:414–9.
2. Bassoli S, Kyrgidis A, Ciardo S, Casari A, Losi A, de Pace B, et al. Uncovering the diagnostic dermoscopic features of flat melanomas located on the lower limbs. *Br J Dermatol*. 2018;178:e217–8.
3. Rishpon A, Marchetti M, Marghoob A. Wide skin markings pattern: Melanoma descriptor or patient-related factor? *Br J Dermatol*. 2018;178:1224–5.
4. Longo C, Lallas A, Kyrgidis A, Bassoli S, Moscarella E, Pellacani G, et al. Wide skin markings pattern: melanoma descriptor or patient-related factor?: Reply from the authors. *Br J Dermatol*. 2018;178:1226.
5. Jaimes N, Marghoob AA, Rabinovitz H, Braun RP, Cameron A, Rosendahl C, et al. Clinical and dermoscopic characteristics of melanomas on nonfacial chronically sun-damaged skin. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:1027–35.
6. Martín JM, Bella-Navarro R, Jordá E. Vascularización en dermatoscopia. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:357–75.

M. Álvarez-Salafranca\*, J. Sánchez-Bernal y M. Ara Martín

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marcialaspn@gmail.com](mailto:marcialaspn@gmail.com)

(M. Álvarez-Salafranca).