

LENTIGO

LENTIGO

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALOTE

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE GRUPOS DE TRABAJO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

AUTOR: JOSÉ LUIS GARAVÍS GONZÁLEZ

MÉDICO DE FAMILIA. GRUPO DE TRABAJO DE DERMATOLOGÍA DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE TEJARES. SALAMANCA

INTRODUCCIÓN

Podemos decir que prácticamente todas las personas tienen lesiones pigmentarias en su piel. La inmensa mayoría de ellas son lesiones benignas, entre las que se encuentran los lentigos, pero no siempre es fácil diferenciar estas lesiones benignas de otras malignas o potencialmente malignas.

El término lentigo, que etimológicamente quiere decir “mancha como una lenteja”, puede hacer referencia a diferentes cuadros clínicos que será necesario diferenciar claramente. Los lentigos son máculas o placas hiperpigmentadas de color pardo claro, homogéneo y tamaño variable, que pueden aparecer en la piel y en las mucosas, a cualquier edad y no siempre guardan relación con la exposición solar.

Se deben distinguir, fundamentalmente, dos formas: el lentigo solar, que afecta a un 90 por ciento de las personas de raza blanca mayores de 60 años, y el lentigo simple, que aparece en todas las razas y puede estar presente desde el nacimiento. Aunque muy raramente, y sólo en casos muy específicos, como luego veremos, los lentigos pueden presentar atipias y relacionarse con lesiones pigmentadas malignas.

Mención aparte merece el lentigo maligno melanoma (LMM), una variedad clínico histológica de melanoma, que constituye, aproximadamente, el 5

por ciento de todos los melanomas y afecta preferentemente a personas de edad avanzada.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Hombre de 70 años que consulta por una lesión pigmentada en región temporal izquierda (Figura 1).

Anamnesis

Ha sido agricultor y, aunque actualmente está jubilado, todavía sigue realizando faenas en el campo. No ha fumado nunca, bebe 2 vasos de vino con las comidas, y otros 3 ó 4 vinos más todos los días en el bar.

Antecedentes personales: sin interés. No toma ninguna medicación.

Exploración

Se trata de una lesión de color marrón parduzco, que mide aproximadamente 2,5 cm, bien delimitada y de bordes irregulares. Es una lesión plana, que no tiene zonas elevadas y, a la palpación, no se aprecia induración de su base. El paciente no recuerda desde cuando la tiene pero afirma que, al menos, desde

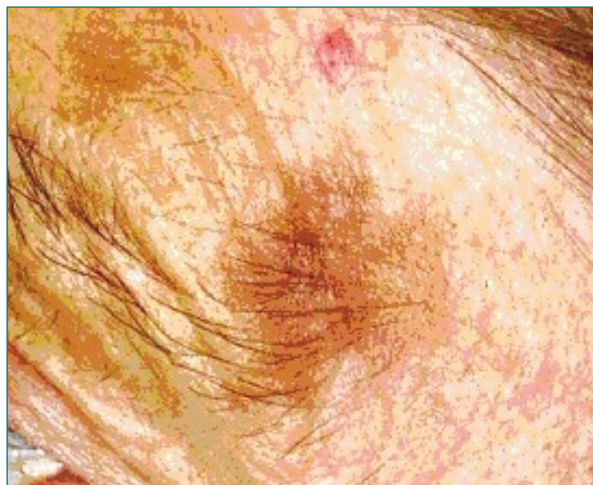


Figura 1. Lesión pigmentada en región temporal izquierda.



Figura 2. Lesiones en antebrazo derecho.

hace varios años. La lesión es totalmente asintomática, no pica ni duele, y tampoco ha aumentado de tamaño últimamente.

Además de la lesión por la que consulta el paciente, observamos otras parecidas en antebrazo derecho: dos lesiones más grandes, de aproximadamente 1 cm, redondeadas, de bordes bien delimitados, y varias más pequeñas, todas ellas planas, de color marrón más o menos oscuro (Figura 2).

Diagnóstico diferencial

Se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales: queratosis seborreica, lentigo simple, queratosis actínica, lentigo maligno y nevus melanocítico de la unión. En este caso las características clínicas son suficientemente claras como para excluir todos estos procesos sin necesidad de proceder a la realización de un estudio histológico. En todo caso, si tuviéramos dudas de que pudiera tratarse de un lentigo maligno, el estudio histológico sería obligado.

Diagnóstico

Lentigo solar. La edad del paciente, la localización en zonas fotoexpuestas, su profesión de agricultor (trabajo con abundante tiempo de exposición solar) y otras lesiones de piel que nuestro

paciente presenta por causas igualmente lumínicas no deben plantearnos dificultades diagnósticas.

Tratamiento

En general, los lentigos solares son procesos benignos que no tiene más repercusión que la estética. En este caso no se realizó ningún tratamiento, limitándonos a tranquilizar al paciente explicándole la naturaleza benigna de la lesión e indicándole la conveniencia de evitar la exposición solar prolongada, así como de utilizar sombrero y filtros solares.

COMENTARIO

El lentigo es una hiperpigmentación que se presenta en pequeñas máculas bien delimitadas que corresponden histológicamente a una hiperplasia de los melanocitos intraepidérmicos. Se deben distinguir tres formas: lentigo simple, lentigo solar y lentigo maligno. Este último se considera una forma de melanoma.

El lentigo simple aparece en la infancia y no guarda relación con la exposición solar. Afecta a todas las razas y a los dos sexos por igual. Clínicamente se presentan como máculas pardas, cuya tonalidad oscila entre el negro y el marrón claro, redondeadas u ovals, de bordes regulares y de coloración homogénea. Suelen medir menos de 5 mm (en general 3 mm), pueden afectar a cualquier región de la superficie cutánea y a las mucosas, sin predilección por las zonas expuestas a las radiaciones solares.

Las lesiones de las mucosas tienen una coloración menos homogénea, límites más irregulares, y, a diferencia de los lentigos simples de la piel, pueden crecer lentamente (Figura 3). Por todo ello, en ocasiones, se parecen mucho a un melanoma inicial y algunos autores las consideran lesiones precursoras de melanoma.

El número de lentigos puede aumentar durante la infancia y la pubertad dando lugar a formas múltiples llamadas lentiginosis, síndromes hereditarios que tienen interés porque pueden asociarse con alteraciones somáticas (síndrome de Peutz Jeghers, sín-

LENTIGO



Figura 3. Lentigo simple en labio.

drome NAME, síndrome LAMB, síndrome LEOPARD).

El diagnóstico diferencial del lentigo simple incluye los nevus melanocíticos de la unión, el lentigo solar y las pecas. En el caso del lentigo de mucosas el diagnóstico diferencial debe hacerse con el melanoma. En ocasiones es imposible distinguirlo de un nevus de la unión. El lentigo solar suele ser más grande que el lentigo simple y se distribuye en zonas expuestas al sol. Las pecas o efélides suelen ser más claras, se localizan en zonas expuestas al sol y responden a la exposición solar aumentado su número y pigmentación, cosa que no hacen los lentigos simples, que son persistentes.

En todo caso, cuando se plantee la duda diagnóstica con un posible proceso maligno, será la anatomía patológica la que determine el diagnóstico definitivo.

El lentigo simple, en general no precisa tratamiento, pero habrá que valorar y estar expectantes ante lesiones en las mucosas y, a la menor duda, derivar al dermatólogo para su valoración y tratamiento.

El lentigo solar, también llamado lentigo senil, es una mácula de color amarillo claro, marrón claro o marrón oscuro, uniforme, de mayor tamaño que el lentigo simple, suele medir de 1 a 3 cm, de contornos irregulares, aunque bien delimitados.

Aparece en personas de edad avanzada, en zonas fotoexpuestas (cara, manos y antebrazos), generalmente asociada a otras manifestaciones cutáneas de fotoenvejecimiento. Es el caso de nuestro paciente: edad avanzada, de profesión agricultor, por lo que cabe suponer que habrá estado expuesto a las radiaciones solares muchas horas a lo largo de su vida y con lesiones de fotoenvejecimiento en antebrazos y manos. Suelen ser múltiples, crecen con lentitud y tienen tendencia a confluir. Cuando no se perciben a simple vista se pueden visualizar con luz de Wood. Tras cesar la exposición a la radiación solar, pueden aclararse ligeramente, sin embargo algunos persisten indefinidamente.

Su importancia radica en que se ha observado el desarrollo de atipias en los melanocitos de algunos lentigos solares, lo que ha planteado su posible relación con el lentigo maligno, aunque ésta no se ha establecido de forma clara. Sí se ha demostrado que la presencia de lentigos solares constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de melanoma.

El diagnóstico diferencial del lentigo solar debe hacerse con las pecas, nevo melanocítico de la unión, lentigo simple, queratosis seborreica, queratosis actínica y LMM. Las pecas aparecen en la infancia, son más pequeñas y se modifican en número e intensidad de la pigmentación con la exposición al sol. En ocasiones no es posible distinguirlo del nevo melanocítico de la unión o de la queratosis seborreica, aunque esta última suele tener una superficie más rugosa y untuosa al tacto. La queratosis actínica de superficie plana suele tener una superficie más rugosa y áspera al tacto. El LMM tiene una coloración menos homogénea, por lo general más oscura, unos límites menos precisos y unos bordes muy irregulares (Figura 4). Ante la duda debemos derivar al paciente al dermatólogo para su estudio y tratamiento.

Por lo general, los lentigos solares no precisan tratamiento pues no tienen más repercusión que la estética, como es el caso de nuestro paciente. Si se decide tratarlos, el tratamiento se realizará con crioterapia o cirugía con láser.



Figura 4. Lentigo maligno melanoma.

El LMM, constituye aproximadamente el 5 por ciento de los melanomas. Afecta a personas de edad avanzada y se localiza principalmente en zonas fotoexpuestas (cara, cuello y dorso de manos). Esto es debido a que en este caso el principal agente etiopatogénico es el efecto acumulativo de las radiaciones solares, aunque también pueden intervenir otros factores.

El LMM se inicia como una mácula plana, hiperpigmentada, de tonos marrón, gris y negro, crecimiento periférico (crecimiento radial) y contornos muy irregulares (Figura 4). En algún momento, tras un periodo de latencia de varios años, comienza a invadir en profundidad y aparecen sobre su superficie áreas focales de pápulas o nódulos (crecimiento vertical). Puede alcanzar un tamaño de 3 a 20 cm o más y puede metastatizar.

Su diagnóstico precoz es fundamental pues extirpándolo en su fase de crecimiento radial la curación es del 100 por ciento.

BIBLIOGRAFÍA

- Barnhill R, Llewellyn K. Neoplasias melanocíticas benignas. En: Bologna J, Jorizzo J, Rapini R. Editores. Dermatología Vol. 2. Madrid: ELSEVIER; 2004. p. 1757-11788.
- Fernández E, de Unamuno P. Lentigo maligno melanoma. FMC. 2005; 12 (7): 468.
- Rassner. Manual y Atlas de Dermatología. 5ª ed. Madrid: Harcourt Brace de España S. A.; 1999.
- Armijo M, Ortega RM. Discromías. En: En, Armijo M, Camacho F. Tratado de Dermatología. Grupo Aula Médica. Madrid. 1998. p. 353-380.
- Vanaclocha F, Sopena J, Gamo R. Tumores pigmentarios. En: Iglesias L, Guerra A, Ortiz PL. Editores. Tratado de Dermatología. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana; 2004. p. 637-657.
- Fitzpatrick T, Jonhson R, Wolf K, Suurmond, D. Atlas en color y sinopsis de Dermatología Clínica. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2001.
- Garavís JL. Precáncer y cáncer cutáneo. SEMERGEN 2003; 29 (10): 532-41.
- Álvarez-Mon M, Camacho F, Día JL, Díaz-Rubio E, González JL, Guillem V, et al. Melanoma. Madrid: Editorial Just in Time S. L.; 2005.