

Lentigo benigno facial: manejo quirúrgico a propósito de un caso

Benign facial lentigo: surgical management a purpose case

Octavio Small-Arana¹

RESUMEN

El lentigo benigno es un trastorno de la pigmentación de la piel, que se caracteriza por la presencia de manchas pigmentadas en la piel, de distintos tamaños y cuyo número varía de unas cuantas lesiones a varias. Se localizan preferentemente en zonas de exposición solar, su color generalmente es marrón claro, de bordes regulares y simétricos. Se presenta el caso de un paciente de 71 años, procedente de Chimbote, quien es enviado para evaluación y tratamiento con el diagnóstico presuntivo de melanoma. Presenta mancha de color marrón en mejilla izquierda, en algunas áreas con tonalidades más oscuras, asimétrico y de borde irregular. Se presenta este caso, para mostrar el manejo quirúrgico efectuado, con un buen resultado estético.

PALABRAS CLAVE. *Lentigo benigno, tratamiento quirúrgico*

ABSTRACT

Benign lentigo is a pigmentation disorder of the skin, characterized by the presence of pigmented spots on the skin, of different sizes and the number of which varies from a few lesions to several. Are preferentially located in areas of sun exposure, its color is usually light brown, regular and symmetrical edges. The case of a 71 year old from Chimbote, who is sent for evaluation and treatment with the presumptive diagnosis of melanoma, is presented. He presents a brown spot on left cheek, in some areas with darker, asymmetric and irregular edge tones. This case is presented to show surgical management performed, with a good cosmetic result.

KEY WORDS: *Benign lentigo, surgical treatment.*

INTRODUCCIÓN

El lentigo etimológicamente significa ‘mancha como lenteja’. Los lentigos son máculas hiperpigmentadas de tamaño variable, que aparecen en la piel y mucosas, a cualquier edad y no siempre guardan relación con la exposición solar. Se distinguen dos formas clínicas: el lentigo solar, que afecta a 90 % de las personas de raza blanca mayores de 50 años, cuyas lesiones mayormente se encuentran en zonas de exposición solar y el lentigo simple, que aparece en todas las razas y puede estar presente desde el nacimiento.¹ Estas dos formas también se denominan lentigos benignos, para diferenciarlos de los lentigos malignos o melanomas.^{1,2}

Los lentigos solares se localizan preferentemente en zonas de exposición solar: dorso de las manos, mejillas, frente, tronco y extremidades; son de distintos tamaños, las más grandes, suelen aparecer preferentemente en cara, esto debido a que es una zona de exposición más continua durante toda la vida. Su color varía desde el marrón claro hasta el negruzco, generalmente tienen una forma regular, con bordes bien delimitados y un color uniforme. Suelen ser más frecuentes

1. Profesor asociado de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Lima, Perú.
Miembro permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas de la UNMSM. Lima, Perú.
Dermatólogo de la Clínica Universitaria de San Marcos y de las clínicas Maison de Santé. Lima, Perú.

en personas de piel clara, aunque también, pueden observarse en pieles trigueñas y en la raza negra.³ El tiempo de evolución es muy variable, por lo general crecen lentamente y durante ese período la tonalidad de la mancha puede variar de marrón claro a marrón más oscuro. Los lentigos simples presentan las mismas tonalidades, mayormente se ubican en espalda, tronco, hombros y suelen ser más pequeños, como se dijo pueden aparecer desde la niñez.^{3,4}

Se presenta el caso de un paciente varón de 71 años, con una mancha oscura única en mejilla izquierda, que fue remitida para evaluación y tratamiento, con el diagnóstico presuntivo de melanoma. Luego de los estudios previos de rigor, el diagnóstico final fue de lentigo benigno. El paciente fue tratado con electrocirugía, con un resultado estético muy bueno.

CASO CLÍNICO Y MANEJO QUIRÚRGICO

Paciente de 71 años, procedente de Chimbote, de raza blanca. Trabaja hace 35 años en la actividad pesquera. Acude referido por médico clínico de Chimbote, para descartar melanoma. Hace tres años, nota la aparición de una mancha de color marrón pálido, en su mejilla izquierda, de 1 cm de tamaño y dos años después, nota que la mancha crece triplicando su tamaño. Localmente el paciente no presenta ninguna sintomatología, solo advierte que el color marrón claro se ha tornado algo más oscuro en la zona central. Al tercer año, la mancha se agranda más y aparecen otras tonalidades en su superficie, por lo que acude a consulta con médico general, quién recomienda ser visto por dermatólogo, para descartar melanoma.

Antecedentes: operado de vesícula biliar por litiasis hace cinco años. Hipertensión arterial detectado hace doce años, controlado.

Examen clínico

Paciente con buen estado general.

Examen preferencial: Se aprecia una mácula pigmentada única de 5 x 4 cm de tamaño, en la mejilla izquierda, asimétrica, bordes irregulares y angulados en la parte superior, el color predominante es el marrón, pero en la zona central se aprecia una pigmentación más oscura y negruzca (Figura 1). No existe adenopatía regional.

Se efectuó una biopsia en *losange*, paralelo al surco nasogeniano en la zona más pigmentada y se envió la muestra a patología; con el diagnóstico presuntivo de lentigo benigno y descartar presencia de células atípicas. El informe de patología confirma lentigo benigno, ausencia de células atípicas, por la que ya no fue necesario efectuar la inmunohistoquímica.



Figura 1. Lentigo en la mejilla izquierda. A) Menor resolución. B) Mayor resolución: mácula hiperpigmentada bien definida.

Exámenes auxiliares

Hematológico, bioquímico y serológicos dentro de valores normales. Radiografía de pulmones normales.

Histopatología. El estudio histopatológico (Figura 2A), muestra la imagen panorámica donde se aprecia engrosamiento de la epidermis, por hiperplasia de células melanocíticas de la capa basal epidérmica que ocupa la mayor parte de la capa basal. Aumento de las crestas epidérmicas interpapilares con una apariencia en forma de maza. La dermis presenta infiltrado perivascular con células mononucleares, macrófagos esparcidos cargados de pigmento melánico. En la Figura 2 (B y C) se aprecia hiperplasia de las células melanocíticas, todas cargadas de melanina. Se aprecia que todas las células son uniformes, de un tamaño regular y no presentan signos de malignidad.

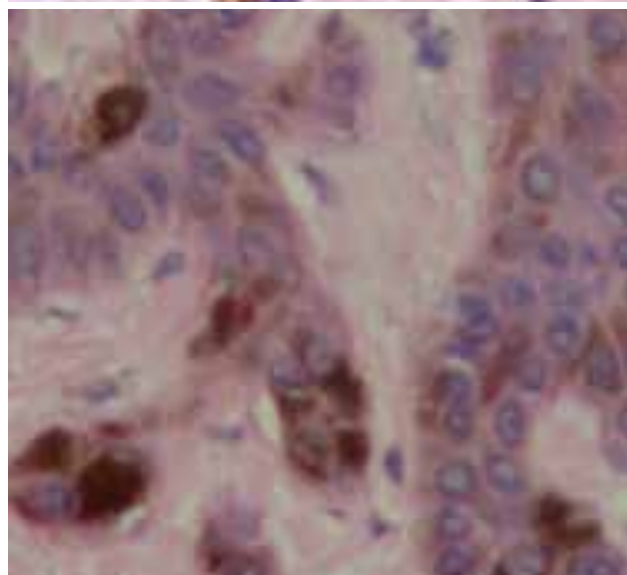
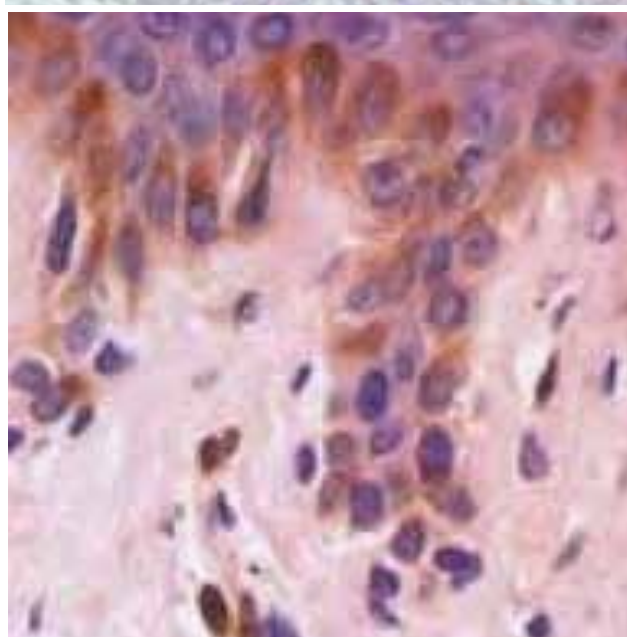
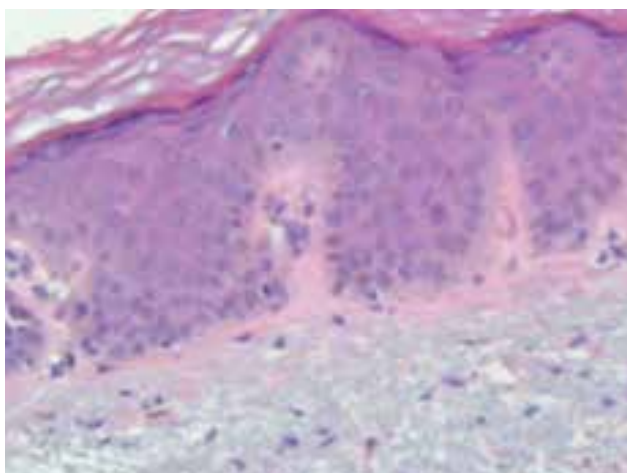


Figura 2. A) Imagen con hematoxilina-eosina. Acanthosis focal. B) Aumento de pigmento en la capa basal. C) Aumento de melanófagos en la capa basal.

Procedimiento quirúrgico

El procedimiento quirúrgico efectuado, consistió en la electrocirugía, seguido de curetaje de toda la zona lentiginosa de la siguiente manera:

1. Limpieza meticulosa de la zona con agua y jabón, luego aplicación de solución antiséptica yodada.
2. Preparación de la zona operatoria con campo fenestrado y material quirúrgico apropiado.
3. Administración de anestesia local con lidocaína al 2 %.
4. Después de 5 minutos, se inicia la electrocirugía, mediante la utilización de un electrodo de punta roma, se efectúa la cauterización de la toda la zona hiperpigmentada.
5. Seguidamente se procede a curetaje con una cureta plana, para retirar el tejido destruido. Durante este proceso, se encontró que las zonas más pigmentadas estaban más engrosadas, por lo que fue necesario efectuar nueva cauterización, razón por la cual dicha zona aparece más oscura (Figura 3).
6. Finalizado el procedimiento quirúrgico, se cubrió la zona con ungüento antibiótico y gasa.
7. El paciente se retiró a su domicilio con tratamiento oral, meloxicam, 7,5 mg, cada 12 horas, por 4 días, y ciprofloxacino, 500 mg, cada 12 horas, por 5 días.

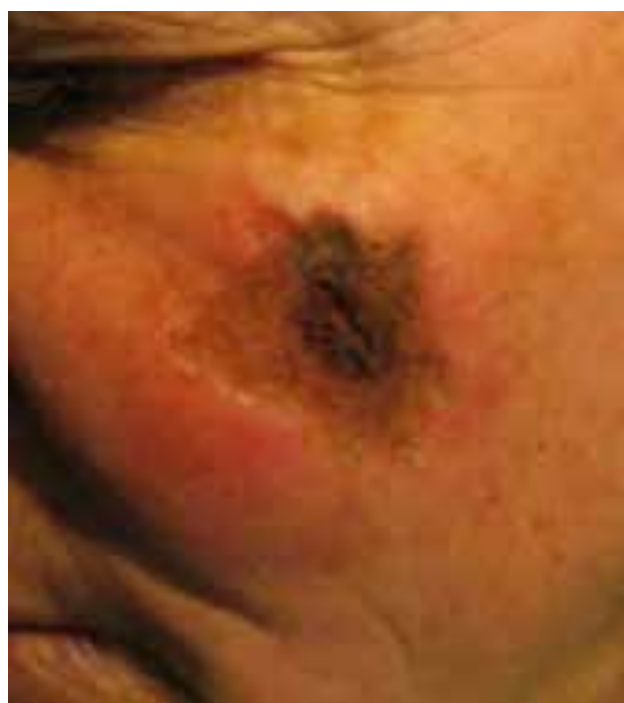


Figura 3. Imagen después de la primera electrocauterización.



Figura 4. Imagen a las cuatro semanas de la primera electrocauterización.



Figura 6. Después de la segunda electrocauterización.

Control postoperatorio

El primer control postoperatorio inmediato se efectuó a las 24 horas encontrándose la zona exudativa, con discreta hinchazón, sin dolor. Se efectúa limpieza con agua oxigenada, se cubre con ungüento antibiótico y gasa. El segundo control se efectuó a las 48 horas, encontrándose la zona operada con exudado menos seroso y con disminución de la edematización. Se efectúa una cura tópica similar al control anterior.

Se aleccionó al paciente para que se efectúe las curaciones diarias siguientes en su domicilio con el ungüento antibiótico, luego cubrir con gasa delgada por 15 días. Evitar la exposición al sol, uso de gorra o sombrero y bloqueador solar desde los 21 días.

Al mes de la operación (Figura 4), se observa la zona en fase de cicatrización, de color eritematoso violáceo. La parte central se muestra algo más oscura. El control a los 50 días (Figura 5), muestra la aparición de nuevos



Figura 5. Nuevos lentigos.



Figura 7. Pigmentación lineal después de un año.

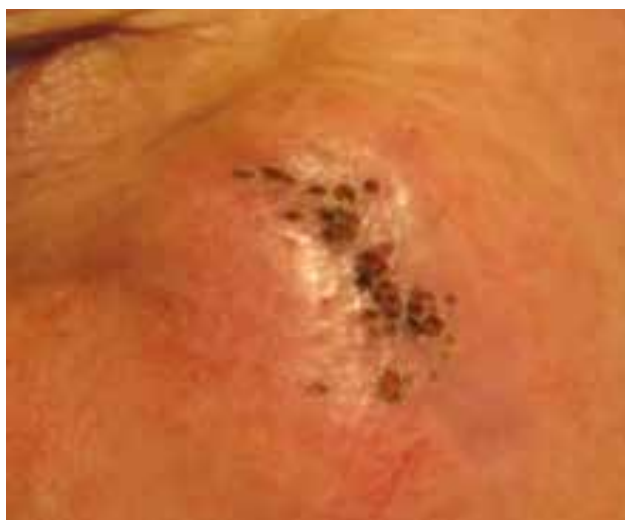


Figura 8. Nuevo procedimiento de electrocirugía.

focos de pigmentación, con el aspecto de pecas oscuras, que obligan a efectuar una segunda electrofulguración y curetaje (Figura 6).

A los 16 meses, en la zona, vuelven a aparecer puntos de pigmentación en forma lineal más notable en el centro, Figura 7. Se efectúa nuevo procedimiento de electrocirugía, en la zona central lineal vertical y en otras pecas emergentes, Figura 8; esta vez se aprecia que las lesiones son más superficiales y ya no requerían profundizar la electrocauterización, con la finalidad de no dejar cicatriz.

El paciente se controló dos años después de la operación, y el lentigo había desaparecido. Finalmente, el último control se efectuó a los tres años, sin recurrencia de la lesión, y se da de alta al paciente. Figura 9.

DISCUSIÓN

El lentigo que presenta el paciente de este estudio pertenece a la forma clínica de lentigo solar benigno, localizado en la cara, que es la zona de exposición solar permanente y haber aparecido a los 68 años de edad. Las distintas tonalidades que se aprecia, están en los tonos del marrón y solo en la zona central es algo más oscuro o negruzco, no presenta tonos que mezclan el marrón claro, marrón oscuro y tonalidades negruzcas azulinas como se observa en los melanomas.

Los bordes de los lentigos son bien definidos, por lo general, ovales; cuando tienen los bordes angulares, como en el paciente que se presenta, estos son definidos y no rebasan sus límites,³⁻⁵ como lo hacen los melanomas. La localización en mucosas es menos frecuente. Sin embargo, en este caso mayormente asientan en los labios, son manchas de color pardo o pigmentados, cuyo tamaño varía de milímetros a algunos centímetros, con prevalencia de los de menor tamaño.⁶ Los lentigos solares aparecen en personas sometidas a exposiciones solares por tiempos muy prolongados ya sea por motivos laborales o recreacionales como: trabajadores rurales, agricultores, agrónomos, pescadores, marineros, deportistas, nadadores, entre otros.

Cuando se tiene un paciente con una mancha pigmentada, de inmediato se debe efectuar una inspección minuciosa de las características de la lesión en un ambiente con buena iluminación para observar: aspecto, coloración, tonalidades de la superficie, características de los bordes, tamaño y palpar ganglios regionales. Tener en cuenta el tiempo de evolución. Si se dispone de un dermatoscopio, tomar en cuenta los aspectos que muestra este estudio, para efectuar el diagnóstico presuntivo. Se debe efectuar una



Figura 9. A) Resultado de la electrocirugía a los dos años. B) Resultado final sin recurrencia.

biopsia de la lesión en la zona donde haya más cambios de coloración y elevación.^{5,6} En el paciente presentado, el estudio histológico fue muy claro para diagnosticar lentigo benigno, dado que las células no presentaban atipia, y otras características de lentigo ya descritas en el estudio histopatológico; en estos casos se puede prescindir de efectuar estudios histoquímicos. Cuando la biopsia muestre signos de atipia, desorganización celular, invasión de la hipodermis con elementos melánicos anormales, se trataría de melanoma.⁷ En el lentigo benigno, la dermatoscopia muestra: áreas homogéneas de color marrón claro o marrón algo más oscuro, seudorred marrón claro, signo de jalea color marrón que simula una capa fina de jalea que se ha secado en la superficie de la piel, borde apolillado o borde cóncavo que simula mordedura de polilla.^{5,6}

El diagnóstico diferencial del lentigo benigno se efectuará con las dermatosis pigmentadas congénitas y adquiridas, los nevus pigmentados, queratosis seborreicas, queratosis actínicas, nevus melanocítico de la unión y el lentigo maligno (LM). El lentigo maligno es una variante del melanoma *in situ*, se localiza mayormente en zonas de exposición solar prolongada, afecta a personas mayores de 50 años. El LM *in situ* puede permanecer como tal durante varios años, y evolucionar a su forma invasiva de lentigo melanoma maligno (LMM) en 78 % a 80 % de los casos, por lo que es imperioso el tratamiento radical con resección quirúrgica amplia inmediatamente efectuado el diagnóstico.^{7,8} El diagnóstico diferencial, con las demás dermatosis pigmentadas, por lo general benignas, no ofrece dificultades.⁶

Una vez determinado por los estudios clínicos e histológicos el diagnóstico de lentigo benigno, este puede tratarse mediante distintas técnicas para eliminar la lesión, que se logra con electrocirugía, láser (argón, CO₂, rubí, entre otros), luz pulsada intensa, crioterapia.^{9,10} El dermatólogo debe elegir la técnica que mejor resultados haya obtenido en su experiencia con casos similares.

En el paciente de este caso, se optó por la electrocirugía y curetaje, que se repitió en tres oportunidades, para lograr la total eliminación de los focos de pigmentación recurrentes. Finalmente, cuando se controló a los tres años posteriores, la zona afectada ya no presentó recurrencias de focos de pigmentación y la mejilla del paciente presentó un aspecto muy estético (Figura 13).

Cuando las lesiones a tratar son grandes, especialmente en cara, con frecuencia después de la electrocirugía, la zona se edematiza y exuda, por lo que es necesario un control a las 24 horas y 48 horas. Si se utiliza la criocirugía como

medio terapéutico, también es frecuente la edematización y a veces el ampollamiento, por eso es importante informar a los pacientes de lo que pudiera ocurrir en el postoperatorio inmediato, para evitar preocupaciones. Además es recomendable indicar antiinflamatorios, y efectuar una cobertura con antibióticos, en especial cuando los pacientes son adultos mayores o diabéticos, para evitar la infección.

El objetivo de presentar este caso es mostrar la técnica empleada y mostrar que muchos lentigos no desaparecen con una sola intervención quirúrgica, por lo que es necesario efectuar procedimientos similares hasta hacer desaparecer por completo los nidos melánicos, y lograr la curación del paciente con un buen aspecto estético. Que la electrocirugía con curetaje es una muy buena alternativa de tratamiento y de bajo costo.

En cuanto a la prevención, como los lentigos solares benignos, se relacionan con la acumulación de radiaciones solares en la piel a lo largo de los años de exposición; es importante una buena protección solar. Siempre se debe evitar la exposición solar en las horas centrales del día. Tanto en niños como en adultos, utilizar bloqueadores solares adecuados para cada tipo de piel, con factores de protección entre 30 y 50 en adultos. No debe olvidarse además, el empleo de medidas físicas como el uso de sombreros, gorras, lentes, ropa de algodón, sombrillas, para evitar el ingreso de las radiaciones solares a la piel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnhill R, Llewellyn K. Neoplasias melanocíticas benignas. En: Bologna J, Jorizzo J, Rapini R (editores). Dermatología Vol. 2. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1757-1788.
- Silver SG, Ho VC. Benign epithelial tumors. In: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, et al. Dermatology in General Medicine. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 767-785.
- Rahman SR, Bhawan J. Lentigo. Int J Dermatol. 1996;35:229-239.
- Hodgson C. Senile lentigo. Arch Dermatol. 1963;87:197.
- Vanaclocha F, Sopena J, Gamó R. Tumores pigmentarios. En: Iglesias L, Guerra A, Ortiz PL. Editores. Tratado de Dermatología. 2ª Ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2004. p. 637-657.
- Gupta G, Williams RE, Mackie RM. The labial melanotic macule: a review of 79 cases. Br J Dermatol. 1997;136:772.
- Armijo M, Ortega RM. Discromías. En: Armijo M, Camacho F. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 353-380.
- Pariser RJ. Benign neoplasms of the skin. Med Clin North Am. 1998;82:1285-1307.
- Fernández E, de Unamuno P. Lentigo maligno melanoma. FMC. 2005;12:468.
- Stevenson O, Ahmed I. Lentigo maligna. Prognostic and treatment options. Am J Clin Dermatol. 2005;6:151-164.

Correspondencia: Dr. Octavio Small-Arana
octaviosmall@hotmail.com

Fecha de recepción: 8 de julio de 2014.
Fecha de aceptación: 22 de julio de 2014

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.