

Características dermatoscópicas del melanoma en pacientes del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”

Dermoscopic Characteristics of Melanoma in Patients at “Hermanos Ameijeiras” Surgical Clinical Hospital

Annabell del Carmen Castro Turuseta^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2342-8504>

Elena Mary Cortina Morales¹ <https://orcid.org/0000-0003-3781-7666>

Cynthia Alvarado Verduzco¹ <https://orcid.org/0000-0002-6126-6182>

Pilar Labori Quesada² <https://orcid.org/0000-0002-0921-4385>

Maria del Carmen Seijas Sende³ <https://orcid.org/0000-0001-7945-3499>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

²Hospital Clínico Quirúrgico “Ernesto Guevara De la Serna”. Las Tunas, Cuba.

³Hospital Universitario “Borras-Marfan”. La Habana, Cuba.

*Autor para correspondencia: annabellct@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El melanoma cutáneo es una neoplasia maligna con elevadas tasas de incidencia y mortalidad. La dermatoscopia es capaz de mejorar su precisión diagnóstica sobre la inspección clínica.

Objetivo: Describir los hallazgos dermatoscópicos del melanoma cutáneo en los pacientes atendidos en la consulta protocolizada del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” en el periodo de enero de 2018 a enero de 2020.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en una muestra de 27 pacientes con melanoma cutáneo atendidos en la consulta protocolizada del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” entre enero de 2018 y enero de 2020. Se recogieron variables clínicas y dermatoscópicas y se empleó la estadística descriptiva.

Resultados: Predominó el melanoma de extensión superficial para 40,8 %. Aproximadamente la mitad de los melanomas del estudio presentaron velo azul-

blanquecino (48,1 %). El patrón global multicomponente estuvo presente en el 77,8 % de los melanomas, respectivamente.

Conclusiones: Predominó la forma clínica melanoma de extensión superficial, las estructuras velo azul-blanquecino y puntos y glóbulos, así como el patrón multicomponente. La introducción de la dermatoscopia permite complementar el diagnóstico clínico del melanoma.

Palabras clave: dermatoscopia; microscopia de epiluminiscencia; microscopia de superficie de la piel; cáncer de piel; melanoma; neoplasia; tumor cutáneo.

ABSTRACT

Introduction: Cutaneous melanoma is a malignant neoplasm with high incidence and mortality rates. Dermoscopy is capable of improving the diagnostic accuracy on clinical inspection.

Objective: To describe the dermoscopic findings of cutaneous melanoma in patients treated in the protocolized consultation at Hermanos Ameijeiras Surgical Clinical Hospital from January 2018 to January 2020.

Method: A cross-sectional study was carried out in a sample of 27 patients with cutaneous melanoma treated in the protocolized consultation Hermanos Ameijeiras Surgical Clinical Hospital from January 2018 to January 2020. Clinical and dermoscopic variables were collected and descriptive statistics were used.

Results: Superficial spreading melanoma predominated for 40.8%. Almost half of the melanomas in the study showed a blue-whitish veil for 48.1%. The global multicomponent pattern was present in 77.8% of melanomas, respectively.

The clinical form melanoma of superficial extension, the structures blue-whitish veil and dots and globules predominated, as well as the multicomponent pattern. The introduction of dermoscopy makes it possible to complement the clinical diagnosis of melanoma.

Keywords: dermoscopy; epiluminescence microscopy; surface microscopy of the skin; skin cancer; melanoma; neoplasia; skin tumor.

Recibido: 07/07/2020

Aprobado: 22/04/2021

Introducción

El cáncer de piel comprende dos grupos que son: el cáncer de piel melanoma y el no melanoma. El melanoma cutáneo es una neoplasia que resulta de la

transformación maligna de los melanocitos localizados fundamentalmente en la epidermis y en menor medida en la dermis o las mucosas. Puede desarrollarse a partir de melanocitos alterados denominados células névicas, que son el constituyente fundamental de diversas lesiones precursoras del melanoma, tales como los nevos melanocíticos displásicos, congénitos y adquiridos. El melanoma se caracteriza por su gran agresividad, con una tendencia precoz a la diseminación linfática o hematógena, por lo que constituye el tumor cutáneo que origina una mayor mortalidad.⁽¹⁾

Representa solo 4 % de todos los tumores malignos de la piel, pero es responsable aproximadamente de 80 % de todas las muertes por cáncer de la piel. En las últimas décadas, su incidencia ha aumentado considerablemente en el mundo, y se ha convertido en un problema de salud pública.⁽²⁾

Es más frecuente en la raza blanca, encontrándose más comúnmente el melanoma de extensión superficial; menos frecuentemente en raza negra y en hispanos, en quienes el melanoma lentiginoso acral se presenta comúnmente. La edad promedio de una persona con diagnóstico de melanoma es de 45 años.⁽³⁾ El melanoma es muy raro en la infancia o en la adolescencia, aun así, la incidencia de estos casos ha aumentado en las últimas décadas. Aproximadamente del 1 % a 4 % de los casos nuevos de melanoma ocurren en pacientes menores de 20 años y 0,3 % corresponden a pacientes menores de 14 años.⁽⁴⁾

El melanoma es más frecuente en los individuos de fototipo claro y es raro en la raza negra, con diferencia de 13 veces más para los melanomas infiltrantes y hasta de 23 veces más en la frecuencia de melanoma *in situ*. Las lesiones en la cara son más frecuentes en la piel de color blanco, mientras que las lesiones en las extremidades inferiores, plantas o piel subungueal son más frecuentes en piel de color negro.⁽¹⁾

Las personas con múltiples nevos displásicos y antecedentes familiares de melanoma son quienes presentan mayor riesgo. Un poco más del 10 % de los casos de melanoma corresponden al síndrome hereditario del nevus displásico familiar y a otros patrones hereditarios. Los grandes nevos congénitos pueden tener una degeneración maligna en más del 20 % de los casos.⁽⁵⁾

El melanoma es el ejemplo más claro de cáncer en el que la detección temprana juega un factor crucial en la supervivencia, pues los pacientes con diagnóstico en los estadios más tempranos tienen una probabilidad de 100 % de sobrevivir de su

enfermedad, contrario a los pacientes que se detectan en estadios avanzados en los cuales el pronóstico es bastante pobre.

La dermatología es una especialidad médica, cuyo método diagnóstico principal es la visualización clínica. La inspección tiene un papel fundamental en la historia clínica dermatológica, pero existen unas limitaciones determinadas por las propiedades ópticas de la piel. Así, desde hace siglos se han utilizado técnicas e instrumentos que mejoran la inspección con el ojo “desnudo”, bien aumentando el tamaño de la imagen (con lentes de aumento), o bien disminuyendo las alteraciones que sufre la luz al incidir sobre la piel (con la diascopia).⁽⁶⁾

En las últimas dos décadas se ha extendido la utilización de una nueva técnica diagnóstica, la dermatoscopia. También llamada microscopía de epiluminiscencia, microscopía de superficie de la piel o simplemente dermoscopia, es una técnica de exploración in vivo de la piel. Por un sistema de magnificación con luz incidente, permite la visualización de una imagen de mayor tamaño que la real y limita las alteraciones producidas en la luz al llegar a la interfase aire-piel. Por tanto, supone un enlace entre la dermatología macroscópica y la microscópica.^(7,8)

La microscopia de la superficie de la piel se inició en 1655 con Peter Borrelus. El término de dermatoscopia fue utilizado por primera vez en 1920 por Johann Saphier para la evaluación de los capilares de la piel.⁽⁷⁾ La aparición del primer dermatoscopio manual en 1958 supuso una revolución en la propagación del uso de esta técnica. Una fecha clave en la historia de la dermatoscopia, fue el año 1987. Perhamberger aplicó por primera vez el método de la microscopia de epiluminiscencia tal y como se entiende hoy. En un número elevado de tumores pigmentados, describió cada una de las características que observó y obtuvo los primeros patrones morfológicos que, con algunas modificaciones, se emplean en la actualidad. Así, cada lesión pigmentada presenta un patrón característico que se basa en la valoración cualitativa de las distintas características dermatoscópicas que observamos (análisis de patrones) y que se correlacionan con las estructuras histopatológicas de la lesión.⁽⁹⁾

La observación clínica en dermatología puede beneficiarse del uso de una amplificación e iluminación que permitan una mejor visualización de las estructuras de la piel. El principio básico de la dermatoscopia es la transiluminación de la piel mediante una amplificación que facilite una observación detallada. El estrato córneo de la epidermis actúa como una barrera física y muchas estructuras subyacentes resultan imposibles de visualizar.^(10,11) La

dermatoscopia permite hacer translúcida la interfase entre el aire y la capa córnea, posibilitando la visualización de las capas más profundas de la epidermis y la dermis papilar, y así observar distintos parámetros dermatoscópicos.⁽¹²⁾

En los últimos años se ha producido un importante avance en la descripción y comprensión de los hallazgos dermatoscópicos. Diferentes estudios han establecido la correlación histológica de las estructuras dermatoscópicas, facilitando la comprensión del comportamiento de los componentes de la piel. Existen estudios que ofrecen nuevos datos y algoritmos que facilitan el uso de la dermatoscopia como técnica diagnóstica, tanto en lesiones pigmentadas como no pigmentadas.^(10,11,12)

Sin embargo, el desarrollo de un procedimiento condiciona la aparición de una serie de términos y de descripciones que aportan confusión a la literatura científica. Con el fin de unificar criterios, se celebró en Hamburgo en 1989, la primera Reunión de Consenso en Dermatoscopia. Posteriormente, en el año 2000 se realizó vía Internet la llamada "Reunión de Consenso de Dermatoscopia", cuyo objetivo era valorar la reproducibilidad y la validez de varios signos y métodos diagnósticos y en el que participaron 40 expertos en dermatoscopia.⁽¹³⁾

El método diagnóstico en dermatoscopia, conocido como el método en dos etapas, es el que utilizan la mayoría de los grupos de trabajo.^(14,15) En una primera etapa diagnóstica, se decide si una lesión es melanocítica o no. Si la lesión es melanocítica la segunda etapa se aplica para distinguir entre lesión benigna o maligna. En esta etapa, se pueden aplicar ciertos algoritmos diagnósticos como el método ABCD de Stolz,⁽¹⁶⁾ el método de Menzies⁽¹⁷⁾ o la lista de los 7 puntos de Argenziano.⁽¹⁸⁾

Las lesiones pigmentadas suponen un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica habitual. Las campañas de prevención del melanoma han contribuido a que esta demanda se haya multiplicado en los últimos años. Un diagnóstico precoz implica una mayor supervivencia. Durante varios años, se ha utilizado el algoritmo del ABCD clínico para el diagnóstico precoz del melanoma. Pero esta regla no resulta de utilidad para el control de todos los nevus melanocíticos. Por una parte, no siempre permite distinguir las lesiones melanocíticas de las que no lo son.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

La dermatoscopia es una técnica de fácil aplicación, universal, económica y fiable. Disminuye el área de incertidumbre entre lo benigno y lo maligno, y representa un

paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica. Supuso un gran avance en los últimos años en su conocimiento y se usa no sólo en las lesiones melanocíticas, sino también en lesiones no melanocíticas, enfermedades inflamatorias e infecciosas, alteraciones del pelo y uñas.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Por todo lo cual, el objetivo de esta investigación es describir los hallazgos dermatoscópicos del melanoma cutáneo en los pacientes atendidos en la consulta protocolizada del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" en el periodo de enero de 2018 a enero de 2020.

Métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal en pacientes con melanoma cutáneo atendidos en la consulta protocolizada del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras," entre enero de 2018 y enero 2020.

Muestra

Universo: Estuvo constituido por todos los melanomas cutáneos, mucosos y de anejos cutáneos de los pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con melanomas de otra localización: ojo, tracto digestivo) o ganglionar sin primario conocido.

Se incluyeron de forma consecutiva a todos los melanomas cutáneos diagnosticados por estudio histológico en pacientes de la consulta protocolizada de HHA que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo estudiado.

Técnicas y procedimientos

Técnicas de obtención de la información: La información fue obtenida a partir del interrogatorio y el examen físico, incluyendo el proceder de la dermatoscopia en estos pacientes, que sirvieron para la confección de la historia clínica y volcada en la planilla de recolección de datos en la cual se archivó toda la información general relacionada con el mismo:

- Consentimiento informado.
- Planilla de recolección de datos de los pacientes incluidos.

Toda la información fue revisada y clasificada para ser sometida después a las distintas etapas de análisis estadístico.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información: Las historias clínicas se almacenaron en el archivo del departamento. Con la información acopiada, se confeccionó una base de datos en formato Excel de Microsoft Office versión 2013, la que posteriormente se exportó al sistema SPSS versión 20.0 para su análisis.

Análisis estadístico: Se recogieron variables clínicas y dermatoscópicas y se empleó la estadística descriptiva (análisis porcentual), y los resultados fueron comparados con resultados nacionales e internacionales.

Técnicas de discusión y síntesis: Se expusieron los resultados y se procedió a contrastarlos con la literatura existente. Se discutieron los hallazgos en base a los objetivos planteados. Finalmente, se verificaron las coincidencias y las contradicciones entre el presente estudio y otros revisados y se arribó a conclusiones.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki, sobre las investigaciones en seres humanos. Fue aprobada su realización por el Consejo Científico del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras." Se garantizó la confidencialidad de los datos individuales de los casos participantes.

Resultados

Los resultados obtenidos en el estudio realizado se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1. Distribución de los pacientes con melanoma según forma clínica

Formas clínicas	No.	%
De extensión superficial	11	40,8
Nodular	7	25,9
Lentiginoso acral	6	22,2
Lentigo maligno	3	11,1
Total	27	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

El melanoma de extensión superficial fue el diagnóstico más frecuente en los pacientes estudiados con el 40,8 %, seguido del melanoma nodular con el 25,9 %; lentiginoso acral con el 22,2 % y lentiginoso maligno con 11,1 %, respectivamente.

En los casos de melanoma de extensión superficial, se presentan a continuación según sus estructuras dermatoscópicas (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes con melanoma según estructuras dermatoscópicas

Estructuras dermatoscópicas del melanoma	No.	%
Velo azul-blanquecino	13	48,1
Puntos y glóbulos	12	44,4
Retículo pigmentado	8	29,6
Proyecciones radiales	5	18,5
Áreas homogéneas o desestructuradas	5	18,5
Vasos sanguíneos	6	22,2

Fuente: Planilla de recolección de datos

Casi la mitad de los melanomas del estudio presentaron la estructura dermatoscópica velo azul-blanquecino para 48,1 %. Los puntos y glóbulos estuvieron presentes en el 44,4 %; seguido del retículo pigmentado en el 29,6 % y las proyecciones radiales y áreas homogéneas o desestructuradas en 18,5 %, respectivamente.

Según sus patrones globales, las muestras se comportaron como se refleja en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución de los pacientes con melanoma según patrones globales

Patrones globales del melanoma	No.	%
Multicomponente	21	77,8
Inespecífico	6	22,2
Reticular	1	3,7
Globular	1	3,7
Paralelo	1	3,7

Fuente: Planilla de recolección de datos

El patrón global multicomponente estuvo presente en un elevado número de melanomas para 77,8 %; seguido del patrón global inespecífico en 22,2 %; y el patrón global reticular, globular y paralelo con el 3,7 %, respectivamente.

Discusión

El melanoma cutáneo es una de las neoplasias malignas cuyas tasas de incidencia y mortalidad han aumentado más rápidamente en las últimas décadas. El diagnóstico precoz del melanoma es un objetivo clave por la ausencia de tratamientos eficaces en la enfermedad avanzada. La precisión diagnóstica clínica por parte del dermatólogo es del 65 - 80 % Sin embargo, algunos melanomas se manifiestan de forma clínicamente “inocente” y pueden pasar desapercibidos a los ojos del experto. La dermatoscopia es capaz de mejorar la precisión diagnóstica del melanoma entre 5 - 30 % sobre la inspección clínica.^(3,4,19)

El diagnóstico clínico más frecuente recogido en la literatura, es el melanoma de extensión superficial, seguido del melanoma nodular, datos que coinciden con la presente investigación.^(20,21)

En la serie que se presenta, el más frecuente fue el melanoma de extensión superficial, en porcentaje similar al de otras investigaciones. El porcentaje de melanoma nodular fue similar al reportado y el de melanoma lentiginoso acral del 22,2 %. En otras investigaciones se hallaron porcentajes superiores de melanoma nodular en un 15,6 %, y similares del melanoma lentiginoso acral en 4 %. En el estudio de *Gamo*,⁽²²⁾ la frecuencia descrita de melanoma de extensión superficial fue elevada, supuso el 87,3 % de los melanomas de la serie, siendo el melanoma nodular el segundo tipo en frecuencia (7 %). Sin embargo, en el estudio de *Ciudad Blanco*,⁽²³⁾ la frecuencia del lentigo maligno fue mucho más alta que en otros estudios, ya que supuso el 25,5 % del total y representó el segundo tipo de melanoma en frecuencia. En el presente estudio, este tipo de melanoma fue el menos frecuente, con solo tres casos. En otra serie este melanoma sólo representó el 15,6 %.⁽²²⁻²⁴⁾

Resultados similares se observaron en un estudio muy amplio, que incluía 1775 pacientes con melanoma, el tipo más frecuente fue el melanoma de extensión superficial (59,9 %), seguido por el melanoma nodular (17,6 %), el lentigo maligno (13,6 %) y el melanoma lentiginoso acral (5,3 %). En dicho estudio destaca la alta frecuencia de lentigo maligno y la baja de melanoma nodular respecto a otros estudios europeos.⁽²⁵⁾

Se reconoce que la dermatoscopia optimiza el diagnóstico clínico de las lesiones pigmentadas entre 10 y 30 %. Varios metaanálisis y estudios randomizados apoyan la utilidad de esta técnica diagnóstica. La sensibilidad del diagnóstico de melanoma con la dermatoscopia es del 90 % frente al 74 % con el ojo “desnudo”.

Este aumento de la sensibilidad se consigue sin un descenso de la especificidad, sugiriendo una mejoría del 16 % en el diagnóstico de melanoma sin un incremento en el número de extirpaciones de lesiones benignas. En otro estudio, se demuestra que la combinación de la observación clínica y dermatoscópica, suponen una disminución en el número de biopsias realizadas en las lesiones pigmentadas.⁽²⁶⁾

A diferencia del presente, otro estudio encontró que el 50,7 % de los 71 melanomas presentaron vascularización. La forma de vascularización más frecuente fueron las áreas rojo-lechosas (29,6 %), seguidas de los vasos lineales (28,2 %), de los puntiformes (21,1 %) y, por último, de los vasos en horquilla (11,3 %). Así mismo, en el 23,9 % de los casos la vascularización fue polimorfa.⁽²²⁾

Pizzichetta y otros,⁽²⁷⁾ recogieron de forma retrospectiva que los vasos irregulares lineales, así como los vasos puntiformes asociados a vasos lineales irregulares, se asociaron a los melanomas, tanto finos como gruesos. Las áreas rojo-lechosas se asociaron con los melanomas gruesos. Los melanomas presentaron asociación positiva con la vascularización puntiforme, vasos lineales irregulares y las áreas rojo-lechosas y negativa con los vasos arboriformes. Los vasos lineales irregulares, los vasos puntiformes y las áreas rojo lechosas son las formas de vascularización más asociadas a melanoma y las más frecuentes como en nuestro estudio.⁽²⁸⁾

Menzies y otros,⁽¹⁷⁾ en su estudio reportaron que todas las estructuras vasculares excepto los vasos en horquilla fueron predictores estadísticamente significativos de melanoma. Los predictores negativos de melanoma fueron: la presencia de múltiples quistes de millium, vasos en coma regularmente distribuidos por la lesión, patrón de pigmentación simétrico y la presencia de muchos glóbulos azul-grisáceos. Los predictores positivos de melanoma fueron: la presencia de velo azul-blanquecino, despigmentación cicatricial, múltiples puntos azul-grisáceos, despigmentación irregular, puntos y glóbulos marrones irregulares en forma o distribución, presencia de 5 o 6 colores, la coloración rojo-azulada, la presencia de áreas periféricas sin estructura de color marrón claro que ocupen más de un 10 % de la lesión y la presencia de vasos de predominio central.⁽²⁹⁾

Existen algunas dificultades para realizar comparaciones entre los datos del presente estudio y otros sobre dermatoscopia de melanoma. En los diferentes estudios se utilizan diferentes criterios y definiciones de las características dermatoscópicas. La dermatoscopia es una técnica relativamente nueva y en "construcción" y aún no están consolidados por completo todos los conceptos.⁽³⁰⁾

En el presente estudio, el patrón dermatoscópico global más frecuente fue el multicomponente, seguido por el inespecífico y el reticular. En la serie de *De Troya*,⁽²⁴⁾ el patrón más frecuente fue el multicomponente (71 %). El patrón reticular estuvo presente sólo en el 7 % de los melanomas. En otras series se encuentran porcentajes distintos en cuanto a patrones globales. En la serie de *Ciudad Blanco*,⁽²³⁾ el patrón más frecuente fue el reticular (38 %), seguido de cerca por el multicomponente (33,5 %).

Teniendo en cuenta que en la presente serie el tipo de melanoma más frecuente fue el de extensión superficial, el patrón más frecuente resulta el multicomponente, que en la serie de *De Troya*,⁽²⁴⁾ supuso 46,4 % en el total de melanoma de extensión superficial. El segundo tipo de patrón global más frecuente en el estudio de *Ciudad Blanco*,⁽²³⁾ fue el reticular, que supuso un 28 %. Estos porcentajes en cuanto al patrón global difieren en los estudios y no son explicados sólo por las frecuencias de los diferentes tipos de melanoma.

En la serie de *Gamo Villegas*,⁽²²⁾ se clasifican a los melanomas con los siguientes patrones globales y porcentajes: retículo-homogéneo (42,3 %), retículo-homogéneoglobular (38 %), homogéneo (9,9 %), globular (8,5 %), reticular (1,4 %), retículo-globular (0 %) y globular (0 %). Si se considera el patrón retículo-homogéneo-globular como un patrón multicomponente, y se agrupa el reticular con el retículo-homogéneo como reticular, los porcentajes se aproximarían más a los descritos (multicomponente 78 % y reticular 33,7 %). Estos datos serían tan sólo una aproximación, ya que en estos estudios se han utilizado diferentes patrones y no son comparables. Tras los datos extraídos de dichos estudios tan sólo se puede afirmar que los patrones multicomponente y reticular son los patrones globales más frecuentes en los melanomas.⁽²²⁾

El patrón multicomponente pudo observarse en todos los tipos de melanomas de la serie, pero fue mucho más frecuente encontrarlo en los melanomas de extensión superficial. En el melanoma nodular se presentó en un considerable porcentaje. En el resto de melanomas el hallazgo de este patrón fue frecuente.

El patrón inespecífico fue el segundo más frecuente en este estudio. Fue descrito en todos los tipos de melanoma con una frecuencia similar. El melanoma lentiginoso acral y el melanoma nodular fueron los tipos más frecuentes de melanoma donde se describió el patrón inespecífico. En la serie de *De Troya*,⁽²⁴⁾ la frecuencia de patrón inespecífico fue del 7 % y en la de *Menzies*,⁽¹⁷⁾ del 8 %.

Con estos datos obtenidos se debe insistir en las campañas de diagnóstico precoz, informando a la población sobre los signos de alarma en las lesiones pigmentadas (asimetría, bordes irregulares, cambio de color, diámetro mayor de 6 mm y cambio en la evolución de una lesión pigmentada) y enseñar a los pacientes a realizar de manera periódica una autoexploración.

Se ha demostrado en múltiples estudios con nivel de evidencia clínica que la dermatoscopia tiene mayor sensibilidad y especificidad en la detección temprana del melanoma cutáneo cuando se le compara con la evaluación clínica "al ojo desnudo." A través de ella es posible identificar hallazgos microscópicos que pasarían desapercibidos en el análisis clínico y también lesiones, no solo con alta sospecha de melanoma, sino con un nivel de invasión mayor a una lesión superficial, lo cual permite al clínico decidir el tratamiento expedito de este tipo de lesiones.

Finalmente se puede afirmar que se ha logrado una mejora notable en la precisión del diagnóstico de melanoma con la introducción de la dermatoscopia que permite una mejor visualización de las estructuras morfológicas y los colores que no son visibles a simple vista. Se han desarrollado varios algoritmos dermatoscópicos para diferenciar los melanocitos benignos de los malignos. El enfoque más sensible y específico es el análisis de las características dermatoscópicas, basado en la evaluación detallada y cualitativa de numerosos criterios dermatoscópicos, con cada categoría de lesiones cutáneas pigmentadas caracterizadas por pocos patrones globales y una combinación bastante distintiva de características locales específicas.⁽³¹⁾

A modo de conclusión, podemos decir que, predominó la forma clínica melanoma de extensión superficial; las estructuras velo azul-blanquecino y puntos y glóbulos; así como el patrón multicomponente. La introducción de la dermatoscopia permite complementar el diagnóstico clínico del melanoma.

Referencias bibliográficas

1. Del Marmol V, Stratigos AJ. New frontiers in skin cancer. Curr Opin Oncol. 2019; [acceso:20/7/2019]. 31(2):53-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30720475/>

2. High WA, Tomasini CF, Argenziano G, Zalaudek I. Principios básicos de dermatología. En: Dermatología. 4ta. edición. Madrid, España: Elsevier; 2019. pp.1-43.
3. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, Sondak VK, Long GV, Ross MI, *et al.* Melanoma Staging: Evidence-Based Changes in the American Joint Committee on Cancer Eighth Edition Cancer Staging Manual. CA Cancer J Clin. 2017[acceso:20/5/2019];67(6):472-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29028110/>
4. Coricovac D, Dehelean C, Moaca EA, Pinzaru J, Bratu T, Navolan D, *et al.* Cutaneous Melanoma—A Long Road from Experimental Models to Clinical Outcome: A Review. Int J Mol Sci. 2018[acceso:20/4/2019];19(6):1566. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29795011/>
5. Rolón M. Melanoma originado en nevus displásico preexistente. Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología. 2018[acceso:20/4/2019];16(1):51-2. Disponible en: <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/102>
6. Marchiori Bakos R, Pinto Blumetti T, Roldán Marín R, Salerni G. Noninvasive Imaging Tools in the Diagnosis and Treatment of Skin Cancers. Am J Clin Dermatol. 2018[acceso:20/5/2019];19(Suppl1):3-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30374899/>
7. Saphier J. Die Dermatoskopie. I. Mitteilung. Arch Dermatol Syphilol. 1920[acceso:20/5/2019];128:1-19. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01991493>
8. Goldman L. A simple portable skin microscopy for surface microscopy. Arch Dermatol. 1958[acceso:20/5/2019];78:246-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13558714/>
9. 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[acceso:20/5/2019];17:571-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3668003/>
10. Lallas A, Apalla Z, Lazaridou E, Ioannides E. Dermatoscopía. En: Diagnóstico por imagen en dermatología. Madrid, España: Editorial Elsevier; 2018. pp. 13-28.

11. Palacios Martínez D, Díaz Alonso RA. Dermatoscopía para principiantes (i): características generales. Medicina de Familia - SEMERGEN. 2017[acceso:2/06/2019];43(3):216-21. Disponible en: <https://medes.com/publication/120512>
12. Gallegos Hernández JF, Ortiz Maldonado AL, Minauro Muñoz GG, Arias Ceballos H, Hernández Sanjuan M. Dermatoscopía en melanoma cutáneo. Cirugía y Cirujanos. 2016[acceso:2/06/2019];83(2):107-11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-cirujanos-english-edition--237-articulo-dermoscopy-in-cutaneous-melanoma-S2444050715000303>
13. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. J Am Acad Dermatol. 2003[acceso:20/5/2019];48:679-93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12734496/>
14. Lallas A, Longo C, Manfredini M, Benati E, Babino G, Chinazzo C, *et al.* Accuracy of Dermoscopic Criteria for the Diagnosis of Melanoma In Situ. JAMA Dermatol. 2018[acceso:20/5/2019];154(4):414-19. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2672396>
15. Kittler H, Marghoob AA, Argenziano G. Standardization of terminology in dermoscopy/dermatoscopy: results of the third consensus conference of the International Society of Dermoscopy. J Am Acad Dermatol. 2016[acceso:22/5/2019];74(6):1093-106. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26896294/>
16. Stolz W, Riemann A, Cagnetta AB, Pillet L, Abmayr W, Holzel D, *et al.* ABCD rule of Dermoscopy: a new practical method for early recognition of malignant melanoma. Eur J Dermatol. 2014[acceso:20/5/2019];4:521-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12737696/>
17. Menzies S, Ingvar C, Crotty K, McCarthy W. Frequency and morphologic characteristics of invasive melanomas lacking specific surface microscopic features. Arch Dermatol. 1996[acceso:20/5/2019];132:1178-82. Disponible en: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(09\)00664-1/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(09)00664-1/fulltext)
18. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, De Giorgi V, Sammarco E, Delfino M. Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis. Arch Dermatol.

1998[acceso:20/5/2019];134:1563-70. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9875194/>

19. Camacho ME, Lugo S, Montoya Y, Vivas S, Muñoz A. La lente dermatológica: historia y algo más. Rev Arg Dermatol. 2018[acceso:27/5/2019];99(2):1-10.

Disponible en: <https://rad-online.org.ar/2018/06/01/la-lente-dermatologica-historia-y-algo-mas/>

20. Weitman ES, Perez M, Thompson JF, Andtbacka RH, Dalton J, Martin ML, *et al*. Quality of life patient-reported outcomes for locally advanced cutaneous melanoma. Melanoma Res. 2018[acceso:27/5/2019];28(2):134-142. Disponible en: <http://europepmc.org/article/MED/28114257>

21. Moreno S, Soria X, Martínez M, Martí RM, Casanova JM. Epidemiology of Melanocytic Naevi in Children from Lleida, Catalonia, Spain: Protective Role of Sunscreen in the Development of Acquired Moles. Acta Derm Venereol. 2016[acceso:27/5/2019];96(2):479-84. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=acta+derma+venereol>

22. Gamo Villegas R. Características dermatoscópicas de las lesiones melanocíticas en el síndrome del nevus con atipia en diferentes áreas anatómicas y de los melanomas en tronco y extremidades inferiores. En: Malvehy Guilera J, López de Estebanz JL, Villegas Martínez A. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Interna; 2010. pp 29-51. [acceso:27/5/2019]. Disponible en:

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/13016/1/T32944.pdf>

23. Ciudad-Blanco C, Avilés Izquierdo JA, Lázaro Ochaita P, Suárez Fernández R. Hallazgos dermatoscópicos para la detección precoz del melanoma. Análisis de 200 casos. Actas Dermosifiliogr. 2014[acceso:27/5/2019];105(7):683-93.

Disponible en: <https://www.actasdermo.org/en-dermoscopic-findings-for-early-detection-articulo-S1578219014001991>

24. De Troya Martín M, Blázquez Sánchez N, Fernández Canedo I, Frieyro Elicegui M, Fúnez Liébana R, Rivas Ruiz F. Estudio dermoscópico del melanoma maligno cutáneo: análisis descriptivo de 45 casos. Actas Dermosifiliogr. 2008[acceso:29/5/2019];99:44-53. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1578219008701938>

25. Tognetti L, Cinotti E, Moscarella E, Farnetani F, Malvehy J, Lallas A, *et al*. Impact of clinical and personal data in the dermoscopic differentiation between

early melanoma and atypical nevi. *Dermatol Pract Concept*.

2018[acceso:20/7/2019];8(4):324-7. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30479866/>

26. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol*.

2008[acceso:20/7/2019];159(3):669-76. Disponible en:

<http://europepmc.org/article/MED/18616769>

27. Pizzichetta MA, Talamini R, Stanganelli I, Puddu P, Bono R, Argenziano G, *et al*. Amelanotic/hypomelanotic melanoma: clinical and dermoscopic features. *Br J Dermatol*. 2004[acceso:20/7/2019];150(6):1117-24. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15214897/>

28. Carrera C, Marchetti MA, Dusza SW. Validity and reliability of dermoscopic criteria used to differentiate nevi from melanoma: a web-based International Dermoscopy Society study. *JAMA Dermatol*. 2016[acceso:20/7/2019];152(7):798-806. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27074267/>

29. Menzies SW, Crotty K, Ingvar C, McCarthy WH: An atlas of surface of pigmented skin lesions. Sixth edition, Sydney, Australia: McGraw-Hill Book Co, 2018. pp. 48-72.

30. Sadozai H, Gruber T, Hunger RE, Miram Schenk M. Recent Successes and Future Directions in Immunotherapy of Cutaneous Melanoma. *Front Immunol*. 2017; [acceso:20/7/2019]8:1617. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29276510/>

31. Palacios Martínez D, Díaz Alonso RA. Dermatoscopía para principiantes (ii): estructuras dermatoscópicas y métodos diagnósticos. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2017[acceso:20/7/2019];43(4):312-7. Disponible en:

<https://medes.com/publication/122103>

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Annabell del Carmen Castro Turuseta: Metodología, conceptualización, análisis, procesamiento, investigación y redacción.

Elena Mary Cortina Morales: Metodología, conceptualización, análisis, procesamiento, investigación y redacción.

Cynthia Alvarado Verduzco: Metodología, conceptualización, análisis, procesamiento, investigación y redacción.

Pilar Labori Quesada: Metodología, conceptualización, análisis, procesamiento, investigación y redacción.

Maria del Carmen Seijas Sende: Metodología, conceptualización, análisis, procesamiento, investigación y redacción.