



Dermatoscopia en melanoma cutáneo

José Francisco Gallegos Hernández*

Resumen

Antecedentes: La mortalidad del melanoma cutáneo no ha disminuido en los últimos 50 años, y las únicas medidas que permitirían hacerlo son la prevención primaria y el diagnóstico oportuno; la evaluación dermatoscópica es fundamental para lograrlo pues permite identificar características del melanoma que pasarían desapercibidas al ojo desnudo. El objetivo del presente artículo es reportar los hallazgos dermatoscópicos más frecuentes en pacientes con melanoma. **Material y métodos:** Se realizó dermatoscopia de contacto utilizando dermatoscopio LED DermLite^{MR} y cámara fotográfica DermLite^{MR}; se evaluaron asimetría en dos ejes, asociación de colores, falta de pigmento, puntos irregulares, red atípica, pseudópodos, velo azul, ulceración y anillo rosa perilesional. Se comparó el diagnóstico histológico con los hallazgos dermatoscópicos.

Resultados: 65 pacientes con melanoma cutáneo; 10 *in situ* y 55 invasores. La media de Breslow en invasores fue de 3 mm. La mayoría de los individuos (35) tuvieron localización en extremidades. Hallazgo más frecuente: asimetría en dos ejes, seguida de asociación de dos o más colores y presencia de pseudópodos en invasores. **Conclusión:** La asimetría en dos ejes es el hallazgo dermatoscópico más frecuente en melanoma, ya sea *in situ* o invasor; la presencia de dos colores o más en una lesión pigmentada debe hacer sospechar un melanoma invasor.

Palabras clave: Dermatoscopia, melanoma, melanoma cutáneo, melanoma maligno.

Summary

Background: The mortality of cutaneous melanoma has not declined over the past 50 years, and the only interventions that can reduce it are primary prevention and early diagnosis; the dermoscopic evaluation is essential to achieve this. Dermoscopy identifies characteristics of melanoma that would go unnoticed to the naked eye. The aim of this paper is to report the most frequent dermoscopic findings in patients diagnosed with melanoma. **Material and methods:** Contact dermoscopy was performed using dermatoscope LED DermLiteTM and camera DermLiteTM; the findings evaluated were asymmetry in two axes, association of colors, lack of pigment, irregular points, atypical network, pseudopods, blue veil, ulceration and perilesional pink ring. Dermoscopic findings were compared with the histological diagnosis. **Results:** 65 patients with cutaneous melanoma were included; 10 *in situ* and 55 invasive. The mean Breslow was 3 mm. Most patients (35) had localization in extremities. In all of them the most frequent dermoscopic finding was asymmetry in two axes, followed by association of two or more colors and pseudopods in invasive melanoma. **Conclusion:** Asymmetry in two axes is the most common dermoscopic finding in melanoma either *in situ* or invasive; the presence of two or more colors in a pigmented lesion should be suspicious of an invasive melanoma.

Key words: Dermoscopy, melanoma, cutaneous melanoma, malignant melanoma.

ANTECEDENTES

La dermatoscopia es una forma no invasiva de evaluar las lesiones pigmentadas con objeto de descartar la presencia de melanoma cutáneo; su correcta aplicación permite decidir qué lesiones son clínicamente sospechosas y candidatas a resección o biopsia con objetivo diagnóstico. Permite evaluar las estructuras de la piel *in vivo*, desde la epidermis hasta la dermis papilar, que no son perceptibles a simple vista. Las características y distribución del pigmento en estas áreas son diferentes en lesiones benignas y en melanoma; la certeza diagnóstica de una lesión pigmentada evaluada con dermatoscopia mejora en 30%.¹

* Cirujano Oncólogo, Ángeles Lomas.

Correspondencia:

Dr. José Francisco Gallegos Hernández
Consultorio 435. Hospital Ángeles Lomas.
Correo electrónico: gal61@prodigy.net.mx
www.govame.com

Aceptado: 15-05-2015.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

Escindir toda lesión pigmentada nos lleva a una elevada tasa de falsos positivos y biopsias innecesarias; por otro lado, el no sospechar de una lesión pigmentada que corresponda a un melanoma incipiente podría implicar un diagnóstico tardío.

Debido a la falta de tratamientos adyuvantes efectivos y a que la mortalidad por melanoma no ha cambiado en los últimos años, la única alternativa para mejorar la supervivencia es el diagnóstico oportuno en fases en las que el melanoma es delgado. Sin embargo, decidir cuáles lesiones son un melanoma y cuáles no lo son es complejo, sobre todo cuando se trata de melanomas *in situ* o muy delgados (menores a 1 mm y no ulcerados).

La dermatoscopia es probablemente el mejor estudio clínico que nos permite identificar lesiones pigmentadas con sospecha de melanoma; se basa en la evaluación microscópica de la lesión pigmentada, lo que permite evaluar características en la pigmentación que están relacionadas con melanoma.

En México, la mayoría de los melanomas cutáneos históricamente han sido diagnosticados en etapas localmente avanzadas,^{2,3} con datos no sólo dermatoscópicos sino clínicos macroscópicos evidentes de la neoplasia, como ulceración, sangrado y fase de crecimiento vertical (Figura 1). En estos pacientes la dermatoscopia no ofrece más datos para el diagnóstico de MC; sin embargo, en aquellos individuos que se presentan con lesiones incipientes, si bien son la minoría, la decisión de escindirlas o no depende de numerosos factores y cobra importancia, sobre todo, cuando se encuentra en áreas que pueden comprometer la estética o la función (cara, plantas y palmas, por ejemplo).



Figura 1. Melanoma en dedo meñique, invasor, grueso y ulcerado, clasificado como pT4B; la evidencia clínica es suficiente para el diagnóstico.

Imagen en color en:

www.medigraphic.com/actamedica

Existen numerosas características dermatoscópicas que se asocian a melanoma cutáneo; muchas dependen de la experiencia del observador y pueden ser un tanto subjetivas. Sin embargo, las más frecuentes son la asimetría y los cambios en el patrón de distribución del color, caracterizado ya sea por asociación de dos o más colores y la presencia de puntos irregulares de pigmento. La presencia de una o más está asociada generalmente al espesor del tumor (Breslow); los cambios son menos evidentes en melanomas superficiales e *in situ*. La intensidad de los cambios y el número de hallazgos dermatoscópicos en una lesión pigmentada son inversamente proporcionales al nivel de Breslow del melanoma.

Clásicamente se ha recomendado la “regla del ABCD” (asimetría, borde, color y diámetro)⁴ para la evaluación clínica de toda lesión pigmentada; sin embargo, este algoritmo no siempre nos permite distinguir lesiones pigmentadas de las que no lo son y en melanomas superficiales no es considerada fiable: los cambios –sobre todo en la elevación– se presentan en melanomas con grosores intermedios a gruesos.

El objetivo del presente artículo es identificar los hallazgos dermatoscópicos más frecuentes en pacientes con melanoma cutáneo sin franca evidencia clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio observacional, transversal y retrospectivo en el que se incluyeron individuos con diagnóstico histológico de melanoma cutáneo evaluados clínicamente y con dermatoscopia antes de la resección de la lesión.

Todos los sujetos que consultaron en el periodo de un año por lesiones pigmentadas fueron evaluados dermatoscópicamente utilizando un dermatoscopio DermLite^{MR} y posteriormente fotografiados con cámara dermatoscópica con luz LED DermLite^{MR}. Las lesiones se analizaron con luz polarizada y/o aceite de inmersión y luz blanca LED; se registraron las características dermatoscópicas. En los pacientes en los que se comprobó melanoma, se correlacionaron los hallazgos dermatoscópicos con las características histológicas de la neoplasia.

Los hallazgos dermatoscópicos analizados fueron asimetría en dos ejes, asociación de colores, áreas con falta de pigmento, puntos irregulares y atípicos de pigmento, red de pigmento atípica, pseudópodos, presencia de velo azul, ulceración y eritema periférico (anillo rosa).

Se incluyeron pacientes con melanomas cutáneos localizados en cualquier parte del cuerpo; fueron excluidos los melanomas de mucosas, subungueales, de la piel cabelluda e interdigitales.

Debido a que existen lesiones pigmentadas con características clínicas que hacen el diagnóstico de melanoma invasor en las que la dermatoscopia sólo confirma los hallazgos

pero no es decisiva en el diagnóstico (Figura 1), este tipo de lesiones fueron excluidas del análisis y se incluyeron sólo las lesiones en las que la clínica no era evidente o mostraba hallazgos dudosos de melanoma (Figura 2).

RESULTADOS

Fueron incluidos 65 pacientes con diagnóstico de MC, 40 mujeres y 25 hombres, con rangos de edad de 18 a 90 años y media de 65.

Los sitios anatómicos del melanoma pueden verse en el cuadro I.

En 10 pacientes el diagnóstico fue de melanoma *in situ* y en 55, de melanoma invasor; los tipos de melanoma diagnosticados fueron lentigo en 10, extensión superficial en 20 y lentiginoso acral en 30.

El fototipo dérmico más frecuente fue III en 50 pacientes y II en 15. Los hallazgos dermatoscópicos más frecuentes se enlistan en el cuadro II. El más común fue la asimetría en dos ejes tanto para melanomas *in situ* como invasores –se presentó en todos los pacientes–, seguido de la asociación de dos colores (91%) y pseudópodos (63%).

En melanoma *in situ* el hallazgo más frecuente después de la asimetría fue la presencia de dos colores (10%); hubo hallazgos que no se presentaron en ninguno de los pacientes con melanoma *in situ*, como las áreas con falta de pigmento, la ulceración, los pseudópodos y el velo azul.

En melanoma invasor, el tercer hallazgo más frecuente después de la asimetría y la asociación de dos colores fue la presencia de pseudópodos (63%), seguida de

áreas con falta de pigmento (50%) y puntos irregulares atípicos (36%).

La presencia de dos o más colores, áreas con falta de pigmento, pseudópodos, velo azul y ulceración son hallazgos que se encontraron más frecuentemente en melanomas invasores con nivel de Breslow mayor a 1 mm.

DISCUSIÓN

Se ha demostrado con nivel de evidencia clínica 1 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”;¹ permite identificar hallazgos microscópicos que pasarían desapercibidos en el análisis clínico y lesiones no sólo 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.

La extirpación de toda lesión pigmentada, aún en sujetos con riesgo por sus características físicas (evidencia de fotodafío, fenotipo I-II, piel tipos 1 a 3), basados únicamente en la evaluación clínica lleva a una tasa elevada de falsos positivos y a procedimientos quirúrgicos y estrés innecesarios.^{5,6} La evaluación dermatoscópica nos permite, con base en hallazgos objetivos, decidir qué tipo de lesión pigmentada tiene posibilidades de ser melanoma y, además, identificar aquellas que no son superficiales, sino tienen ya un grado importante de invasión, aunque clínicamente no sea evidente.^{7,8}

Los hallazgos dermatoscópicos dependen del tipo de melanoma, *in situ* o invasor. En los invasores, los hallazgos varían con base en el nivel de invasión.^{9,10} Existen características dermatoscópicas que hacen pensar en melanomas invasores mayores a 1 mm de espesor;^{11,12} en la presente serie, éstas fueron la presencia de dos colores o más, la ulceración, las áreas con falta de pigmento, los pseudópodos (Figura 3) y la presencia de velo azul (Figura 4).

Existen otras características que comparten los melanomas invasores, ya sea menores o mayores de 1 mm



Figura 2. Lesión pigmentada en pulpejo del tercer artejo en un masculino de 37 años de edad, fenotipo 1 que clínicamente hace dudar si se trata o no de un melanoma; correspondió a un melanoma *in situ*.

Imagen en color en:

www.medigraphic.com/actamedica

Cuadro I. Localización de melanomas *in situ* e invasores, la mayoría en extremidades (59%); el 50% de los melanomas *in situ* se ubicaron en la cabeza y el cuello, principalmente en la cara.

Localización	<i>In situ</i> (%)	Invasor (%)
Cabeza y cuello	5 (50)	12 (21)
Extremidad superior	2 (20)	10 (18)
Extremidad inferior	3 (30)	20 (36)
Tronco	—	8 (14)
Total	10	55

Cuadro II. La asimetría en dos ejes es el hallazgo más frecuente y consistente en todos los melanomas; características como áreas con falta de pigmento, asociación de dos colores, pseudópodos, velo azul y ulceración son más frecuentes en melanomas invasores; la presencia de ulceración, velo azul y pseudópodos se asocia a melanomas mayores a 1 mm de Breslow.

Hallazgo dermatoscópico	<i>In situ</i> (%)	Invasor (%)	< 1 mm (%)	> 1 mm (%)
Asimetría en 2 ejes	10 (100)	55 (100)	20 (100)	35 (100)
Asociación de colores	1 (10)	45 (81)	15 (75)	30 (85)
Falta de pigmento	—	28 (50)	8 (40)	20 (57)
Puntos irregulares-atípicos	4 (4)	20 (36)	5 (25)	15 (42)
Red de pigmento atípica	3 (3)	10 (18)	5 (25)	6 (17)
Pseudópodos	—	35 (63)	13 (65)	22 (62)
Velo azul	—	15 (27)	1 (5)	14 (40)
Ulceración	—	10 (18)	—	10 (28)
Anillo perilesional rosa	2 (2)	5 (9)	—	5 (14)

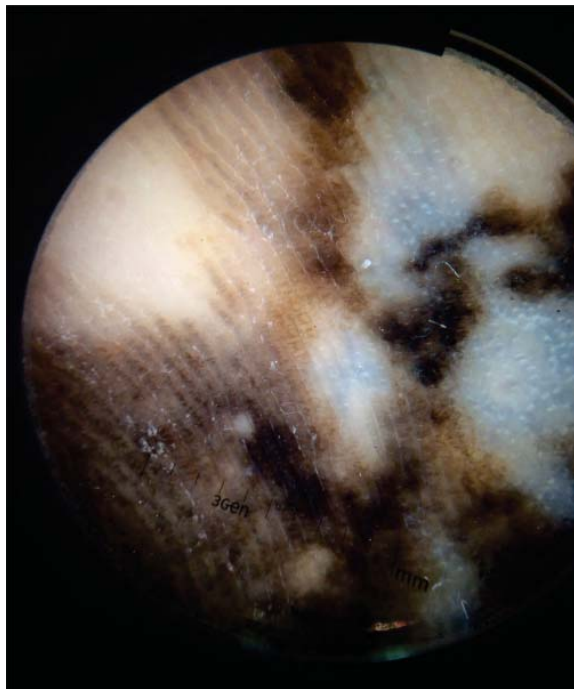


Figura 3. Melanoma invasor mayor a 2 mm de Breslow con pseudópodos; en la superficie se aprecia área de despigmentación o regresión.

Imagen en color en:

www.medigraphic.com/actamedica

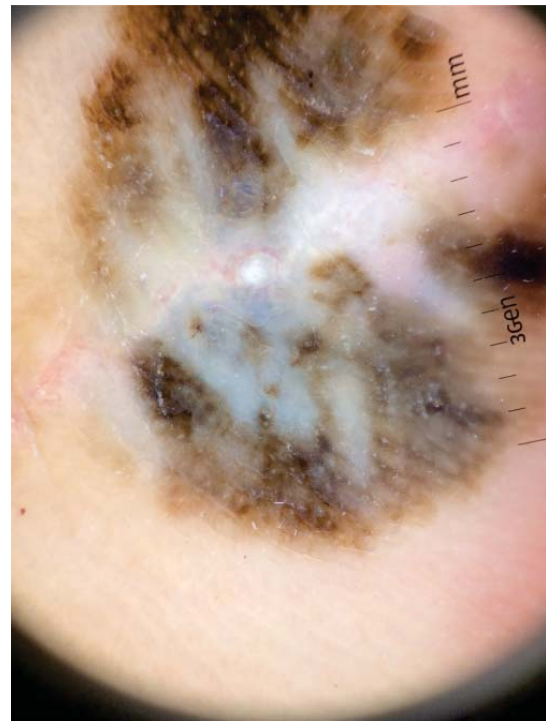


Figura 4. Melanoma invasor mayor a 1 mm de Breslow; se puede apreciar velo azul, más de tres colores, área de falta de pigmento, red atípica y eritema.

Imagen en color en:

www.medigraphic.com/actamedica

de grosor, como la asimetría en dos ejes y la red atípica (Figura 5).

En melanoma *in situ* el hallazgo más importante es la asimetría en dos ejes, aunque comparte algunas características con los melanomas invasores, como son la presencia de puntos atípicos, de red atípica y de anillo

perilesional rosa; sin embargo, existen características que no encontramos, como el velo azul, la ulceración y la presencia de pseudópodos. Cualquiera de estas características debe hacer pensar en melanoma invasor mayor a 1 mm de espesor.

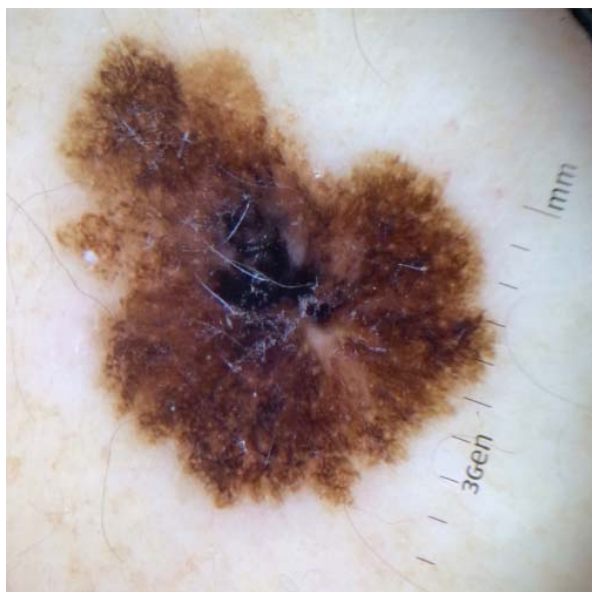


Figura 5. Red de pigmento atípica, asimetría en dos ejes y regresión.

Imagen en color en:

www.medigraphic.com/actamedica

CONCLUSIONES

La dermatoscopia es una herramienta útil en el diagnóstico oportuno del melanoma cutáneo; existen hallazgos que permiten identificar melanomas en etapas iniciales. Los hallazgos dermatoscópicos dependen del grosor de la lesión; en melanoma in situ la asimetría en dos ejes es el hallazgo más importante. La presencia de ulceración, velo azul y asociación de dos colores o más se relaciona más frecuentemente a melanoma invasor.

La ulceración y el velo azul son los hallazgos que deben hacer pensar en melanoma mayor a 1 mm de espesor.

REFERENCIAS

1. 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; 159: 669-676.
2. Alfeirán RA, Escobar AG, de la Barrera BF, Herrera GA, Padilla RA, Suchil BL. Epidemiología del melanoma de piel en México. *Rev Inst Nal Cancerol*. 1998; 44: 168-174.
3. Schmerling RA, Loria D, Cinat G, Ramos WE, Cardona AF, Sánchez JL et al. Melanoma cutáneo en América Latina: la necesidad de más datos. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30: 431-438.
4. Nachbar F, Stolz W, Merkle T, Cagnetta AB, Vogt T, Landthaler M et al. The ABCD rule of dermatoscopy. High prospective value in the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. *J Am Acad Dermatol*. 1994; 30: 551-559.
5. Rigel DS, Russak J, Friedman R. The evolution of melanoma diagnosis: 25 years beyond the ABCDs. *CA Cancer J Clin*. 2010; 60: 301-316.
6. Smith L, Macneil S. State of the art in non-invasive imaging of cutaneous melanoma. *Skin Res Technol*. 2011; 17: 257-269.
7. Malvey J, Puig S, Argenziano G, Marghoob AA, Soyer HP; International Dermoscopy Society Board members. Dermoscopy report: proposal for standardization. Results of a consensus meeting of the International Dermoscopy Society. *J Am Acad Dermatol*. 2007; 57: 84-95.
8. Gallegos HJF, Nieweg OE. Melanoma cutáneo (MC): diagnóstico y tratamiento actuales. *Gac Med Mex*. 2014; 150 Suppl 2: 175-182.
9. Martins da Silva V, Kida IJ, Mazzochi SM, Holthausen ND, Di Guinta D. Dermoscopic features of thin melanomas: a comparative study of melanoma *in situ* and invasive melanomas smaller than or equal to 1 mm. *An Bras Dermatol*. 2013; 88: 712-717.
10. 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; 105: 683-693.
11. Kitler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol*. 2002; 3: 159-165.
12. Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, Saiag P. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnosis tests. *Arch Dermatol*. 2001; 137: 1343-1350.

www.medigraphic.org.mx