

Artículo original

Correlación clínica, dermatoscópica e histopatológica de nevos melanocíticos displásicos

Yuvisela Méndez Aguilar,* Fermín Jurado Santa Cruz,** María Luisa Peralta Pedreros,***
Armando Medina Bojórquez,**** Luz Tania Simancas Llanos,***** Daniel Alcalá Pérez*****

RESUMEN

Introducción: Los nevos melanocíticos displásicos corresponden a nevos con características clínicas atípicas que se asocian con un alto riesgo de transformación maligna, por lo que se consideran potenciales precursores de melanoma. La prevalencia de los nevos displásicos es difícil de determinar y oscila entre el 2 y el 53%, dependiendo de los criterios diagnósticos, tanto clínicos como histológicos, empleados en los diferentes estudios que se han realizado. La dermatoscopia es un método diagnóstico no invasivo que aumenta la exactitud en el diagnóstico de las lesiones pigmentadas. El examen histopatológico es considerado el estándar de oro. Las características clínicas atípicas no se correlacionan de manera adecuada con la presencia de displasia histológica. **Objetivo:** Determinar las características más frecuentes en los nevos displásicos, tanto clínicas como dermatoscópicas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, comparativo, transversal y descriptivo en pacientes con diagnóstico de nevo displásico de junio del 2013 a mayo del 2014 en el Servicio de Dermatooncología del Centro Dermatológico Pascua (CDP); las imágenes clínicas y dermatoscópicas de los casos de nevo displásico confirmados y no confirmados por histopatología fueron evaluadas de manera individual por dos dermatooncólogos expertos. **Resultados:** En 41 pacientes se realizó el diagnóstico clínico de 50 nevos displásicos; por histopatología se confirmó el diagnóstico de nevo displásico en 22 de las lesiones, tres fueron diagnosticadas como melanoma, mismas que se eliminaron del estudio. Se formaron dos grupos: los nevos confirmados como displásicos por histopatología y los no displásicos, y se compararon las características clínicas y dermatoscópicas entre ellos. Encontramos que la presencia de dos o más colores se observa con más frecuencia en los nevos displásicos (86.4%). En la dermatoscopia, el patrón reticular globular es el más frecuente (7/22). **Conclusiones:** No encontramos características clínicas ni dermatoscópicas estadísticamente significativas que nos orienten al diagnóstico definitivo de nevo displásico; sin embargo, confirmamos que la dermatoscopia es una herramienta útil, que aumenta la certeza diagnóstica. **Limitantes:** Se requieren estudios con mayor número de lesiones en pacientes con los fototipos más frecuentes en nuestra población.

Palabras clave: Nevo, displásico, nevo displásico, dermatoscopia.

ABSTRACT

Introduction: *Dysplastic melanocytic nevus is nevus with atypical clinical findings that is associated with a high risk of malignant transformation; it is a potential precursor of melanoma. The prevalence of dysplastic nevi is difficult to determine; it ranges from 2 to 53%, depending on both the clinical and histological diagnostic criteria used in the different studies that have been conducted. Dermoscopy is a noninvasive diagnostic method that increases the accuracy in the diagnosis of pigmented lesions.*

* Dermatóloga.

** Director.

*** M. en C., Profesora titular de Metodología de la Investigación.

**** Jefe del Servicio de Dermatooncología.

***** Residente de Dermatooncología y Cirugía Dermatológica.

***** Dermatooncólogo, Servicio de Dermatooncología.

Histopathological examination is considered the gold standard for the diagnosis of dysplastic nevi. The atypical clinical features do not correlate properly with the presence of histological dysplasia. Objective: To determine the most frequent clinical features in dysplastic nevus and the most prevalent dermatoscopic signs. **Material and methods:** It is an observational, comparative, transversal and descriptive study that was conducted in patients with a diagnosis of dysplastic nevi in the service of Dermatooncology at the Pascua Dermatological Center (CDP) between June 2013 to May 2014. Clinical and dermoscopic images of cases of dysplastic nevi confirmed and not confirmed by histopathology were evaluated individually by two dermatooncology experts. **Results:** Dysplastic nevus diagnosis was performed in 50 cases in 41 patients; the diagnosis of dysplastic nevi lesions was confirmed by histopathology in 22 cases; three were diagnosed as melanoma and, therefore, eliminated from the study. Two groups were formed: the nevus confirmed as dysplastic by histopathology and the non-dysplastic, and the clinical and dermoscopic characteristics of both groups were compared. We found that the presence of two or more colors is most often seen in dysplastic nevi (86.4%). In dermoscopy, the reticular globular pattern is the most common. (7/22). **Conclusions:** No clinical or dermoscopic statistically significant characteristics were found to guide us to the definitive diagnosis of dysplastic nevi. However, dermoscopy is a useful tool that increases diagnostic accuracy. **Limitations:** More studies are needed, using a higher number of lesions in patients with more common phototypes in our population.

Key words: Nevus, dysplasia, dysplastic nevus, dermoscopy.

INTRODUCCIÓN

Los nevos melanocíticos son tumores melanocíticos benignos caracterizados por la proliferación de melanocitos que, a diferencia de los melanocitos normales, se agrupan en nidos cercanos a la unión dermoepidérmica. Sus principales problemas son el riesgo de transformación maligna, como es el caso de los nevos melanocíticos displásicos y el diagnóstico diferencial con melanoma.¹

Los nevos melanocíticos displásicos corresponden a nevos con características atípicas en relación con su forma, tamaño y color, que se asocian a un alto riesgo de transformación maligna, por lo que se consideran potenciales precursores de melanoma –neoplasia maligna con un porcentaje bajo de presentación, aproximadamente 4% de todos los tipos de cáncer de piel, responsable del 80% de las muertes reportadas por esta causa–.²

En la literatura se utilizan diferentes nombres para referirse a un nevo displásico, entre ellos, nevo B-K, nevo de Clark, nevo atípico y nevo con trastorno de la arquitectura.^{2,3}

La definición debe ser exclusivamente dermatopatológica, ya que en general no existe una adecuada correlación clinicopatológica.¹

En 1820, Norris describe la presencia de melanoma en familias en las que había pacientes con múltiples lesiones melanocíticas. En 1978, Clark y colaboradores describen el «síndrome de nevos BK», por las iniciales de los apellidos de los primeros pacientes descritos.^{4,5} Clark acuñó el término de «nevos displásicos» en pacientes con historia familiar y personal de melanoma. En 1983, Elder y su grupo describieron los nevos

displásicos en un contexto no familiar. Posteriormente, Ackerman y Magaña García denominaron a estas lesiones «nevos melanocíticos de Clark».⁶

Los nevos displásicos son relativamente comunes en la población general; la prevalencia oscila del 2 al 53% en diferentes estudios, dependiendo de los criterios diagnósticos tanto clínicos como histológicos.⁷ Se ha observado que la incidencia de melanoma es 15 veces mayor en pacientes con nevos clínicamente displásicos en comparación con la población en general (154 versus 10 por 100,000/año).⁸

La presencia de un nevo displásico implica un riesgo dos veces mayor para desarrollar melanoma, mientras que 10 o más nevos displásicos aumentan esa probabilidad hasta 12 veces; por esta razón, se considera marcador de riesgo para el paciente, más que una lesión de riesgo por sí misma.⁹ En personas con historia personal o familiar de melanoma, la presencia de nevos displásicos multiplica el riesgo por 100, y es posible que el 50% de ellas desarrollen algún melanoma antes de los 50 años.^{10,11}

La prevalencia de nevos displásicos es difícil de documentar debido a la gran variabilidad en los criterios diagnósticos empleados en los diferentes estudios que se han realizado.

La predisposición genética favorece el desarrollo de nevos displásicos.¹² Los sitios asociados con susceptibilidad genética se encuentran sobre todo en los cromosomas 9p21 y 1p36; también se ha observado en el cromosoma 7q21.3 en pacientes con mutaciones en el gen p16. La presencia de nevos displásicos aumenta el riesgo de melanoma en pacientes con mutaciones en la línea germinal CDKN2A. Los pacientes con nevos displásicos tienen disminuida la habilidad de reparar el

daño del DNA producido por la radiación UV.¹³ Otros cambios genéticos descritos en los nevos displásicos incluyen inestabilidad microsatélite y disminución en la actividad de la telomerasa.¹⁴

Para el abordaje clínico de lesiones pigmentadas sospechosas, se puede aplicar la regla nemotécnica del ABCDE que es utilizada para la detección de melanoma. Se consideran lesiones atípicas si tienen dos o más de las siguientes características: una forma asimétrica (A = asimetría), bordes irregulares o policíclicos (B = bordes), colores variados (C = color), diámetro mayor a 5 mm (D = diámetro) y elevación de la lesión, con presencia simultánea de un componente de aspecto papular y macular (E = elevación).^{14,15} Este método tiene inconsistencias, ya que fue diseñado para diferenciar entre nevos melanocíticos comunes y melanoma, y no es específico para distinguir nevos displásicos.¹⁶ Los nevos displásicos pueden estar presentes en cualquier topografía; la cara posterior del tronco es la localización más frecuente. Desde el punto de vista clínico, los nevos displásicos pueden evolucionar a partir de un nevo melanocítico común o mostrar características atípicas desde su origen.¹⁵

El síndrome de nevos displásicos fue descrito por Clark y colaboradores, y se caracteriza por la siguiente tríada: 1. presencia de 100 nevos o más, 2. al menos un nevo mayor de 8 mm con características clínicas atípicas, 3. pacientes con antecedentes familiares de melanoma.¹² Según el NIH (National Institutes of Health) en el consenso de 1992, se considera como síndrome de nevo displásico cuando cumple con las siguientes características: 1. antecedentes de melanoma en uno o más familiares de primero o segundo grado, 2. más de 50 nevos melanocíticos, algunos de los cuales con características clínicas atípicas, y que existan alteraciones histológicas en varios de los nevos melanocíticos.⁸ La sensibilidad y especificidad de estos criterios para el diagnóstico clínico de nevos displásicos es de 58.4 y 66.6%, respectivamente.¹⁷

La distinción clínica entre lesiones pigmentadas malignas y benignas puede ser difícil en algunos casos. Sin embargo, con el uso de la dermatoscopia, método de diagnóstico no invasivo auxiliar en el examen dermatológico, es posible aumentar la exactitud del diagnóstico de las lesiones pigmentadas. En un metaanálisis de 27 estudios, Kittler y colaboradores demostraron un incremento del 49% en la exactitud del diagnóstico, con 6% de mejora en la especificidad y 9% en la sensibilidad.¹⁸ Las lesiones pigmentadas con patrones dermatoscópicos atípicos o no específicos deben ser extirpadas para el diagnóstico definitivo por histopatología. La evaluación microscópica se considera el estándar de

oro para el diagnóstico de nevos displásicos y para su diagnóstico diferencial con melanoma.

La dermatoscopia se debe considerar el paso intermedio entre la observación clínica y el estudio histopatológico de una lesión pigmentada.¹⁹ A través de este método, se aumenta la exactitud diagnóstica del 5 al 30% sobre la exploración clínica.²⁰ Se han descrito varios algoritmos diagnósticos para el reconocimiento de lesiones pigmentadas malignas; el método de las dos etapas es el más utilizado: en la primera etapa se debe discernir si una lesión es melanocítica o no melanocítica; si la lesión es melanocítica, se aplica la segunda etapa, la cual se centra en el diagnóstico diferencial entre melanoma y lesiones melanocíticas benignas. Los criterios para lesiones melanocíticas son: 1. retículo pigmentado: red de líneas cafés o negras sobre un fondo claro; 2. pseudorretículo pigmentado: se presenta principalmente en la cara, se caracteriza por áreas hiperpigmentadas con zonas ovaladas no pigmentadas en su interior que corresponden con las aperturas foliculares; 3. agregado de glóbulos marrones-negro-grisáceos: estructuras redondas u ovales mayores a 0.1 mm; 4. proyecciones lineales y pseudópodos: estructuras lineales, localizadas en la periferia, que nacen del cuerpo de la lesión; 5. pigmentación azul homogénea: pigmentación azul, sin estructuras, en ausencia de retículo pigmentado u otros hallazgos dermatoscópicos; 6. patrón paralelo: distribución del pigmento en forma lineal o a lo largo de los surcos o de las crestas de la piel acral; éste puede presentar dos variantes: A. patrón paralelo del surco: si la pigmentación se encuentra en el surco profundo del dermatoglifo; es característico de los nevos melanocíticos; y B. patrón paralelo de la cresta: en éste, las células pigmentadas se sitúan en la cresta intermedia del dermatoglifo; característico de nevos displásicos y melanoma.²¹

En la segunda etapa se pueden aplicar algoritmos diagnósticos como el análisis de patrones, el método ABCD de Stolz, el método de Menzies o la lista de los siete puntos de Argenziano. El modelo de diagnóstico para las lesiones melanocíticas, llamado análisis de patrones, tiene una precisión diagnóstica del 76% en comparación con el 58% del examen clínico sin dermatoscopia.^{22,23}

Este modelo utiliza características dermatoscópicas que se encuentran más comúnmente en los nevos displásicos en comparación con las que se encuentran en un melanoma (**Cuadro I**). El método de análisis de patrones es el preferido por los expertos y ha demostrado tener la misma sensibilidad, pero mejor especificidad que otros algoritmos, aunque es el método que requiere más entrenamiento para ser utilizado con precisión.²⁴

CUADRO I. CRITERIOS DERMATOSCÓPICOS DE NEVOS DISPLÁSICOS (ANÁLISIS DE PATRONES).

Estructura	Características
Red de pigmento	Irregular, discreto, prominente focalmente, que termina abruptamente o se adelgaza en la periferia
Pigmentación difusa	Irregular, intensa, no homogénea, central, termina abruptamente en la periferia
Despigmentación	Irregular, periférica
Glóbulos cafés	Variados en tamaño y forma, distribuidos irregularmente
Puntos negros	Raro, distribuidos regularmente en la lesión
Estrías radiantes	Muy raro
Pseudópodos	Ausentes
Velo azul gris	Ausentes

Stolz y otros investigadores crearon en 1994 la regla ABCD, la cual se basa en un análisis multivariable de cuatro criterios dermatoscópicos. Las lesiones pigmentadas en el área facial, piel lamiña y las mucosas no pueden analizarse por este método, que toma en cuenta los siguientes criterios dermatoscópicos: asimetría, bordes, color y presencia de estructuras dermatoscópicas (retículo pigmentado, áreas desestructuradas u homogéneas, ramificaciones lineales, puntos y glóbulos de pigmento). A cada criterio se le da una puntuación; si la puntuación global es menor de 4.75, se considera como lesión benigna; entre 4.8 y 5.45, sospechosa, y mayor de 5.45, altamente sospechosa de melanoma.²¹

El examen histopatológico es considerado el estándar de oro para el diagnóstico de tumores melanocíticos; sin embargo, existen limitaciones para distinguir entre nevos displásicos y melanomas en estadios tempranos. Bronchez y colaboradores realizaron un estudio en el que un grupo de lesiones fueron histológicamente diagnosticadas como nevos displásicos por patólogos experimentados; posteriormente, el 21% de dichas lesiones fueron diagnosticadas como melanoma por otro grupo de patólogos expertos. Los melanomas *in situ* y los melanomas superficiales fueron diagnosticados como nevos displásicos en un 12%.²⁵

La creación de un modelo de diagnóstico basado en criterios mayores y menores ha facilitado el diagnóstico histológico de nevo displásico. Se requiere la presencia

CUADRO II. CRITERIOS MAYORES Y MENORES PARA EL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE NEVO DISPLÁSICO.

Criterios mayores	Criterios menores
1. Nevo melanocítico con proliferación atípica en la membrana basal que se extiende sobre tres crestas epidérmicas en relación con el componente intradérmico	1. Fibroplasia laminar o fibrosis concéntrica eosinofílica que involucra las crestas epidérmicas
2. Proliferación melanocítica intraepidérmica (lentiginosa o epitelioide)	2. Neovascularización 3. Infiltrado inflamatorio dérmico 4. Fusión de crestas

de criterios mayores y al menos dos criterios menores para realizar el diagnóstico (**Cuadro II**).¹²⁻²⁷

Las características clínicas atípicas no se correlacionan de manera adecuada con la presencia de displasia histológica. En un estudio, se observó que el aspecto clínico atípico correlacionó con displasia en el 7% de los casos, en 23% de los casos con dos características clínicas de atipia, y en el 62% con tres características clínicas.²⁵ En el estudio de Piepkorn y colaboradores, se observaron características histológicas de nevos displásicos en un 53% de nevos que clínicamente no fueron clasificados como nevos displásicos.¹⁷

El seguimiento de los individuos con nevos displásicos debe realizarse cada tres a seis meses; se recomienda llevarlo a cabo con fotografías o dibujos de las características y localizaciones. Es conveniente extirpar las lesiones displásicas que no son visibles para los sujetos (cara posterior del tronco).⁸

El tratamiento depende de varios factores, entre ellos, el número de nevos y los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos del paciente. Como regla general, cualquier lesión sospechosa debe resecarse con 2 mm de margen para estudio histopatológico. En caso de que los datos histopatológicos sean compatibles con atipia grave, se deben ampliar los márgenes a 5 mm por la alta frecuencia de desarrollo de melanoma *in situ*.⁸

Se realizó un estudio observacional, comparativo, transversal y descriptivo en población mexicana con diagnóstico clínico de nevo displásico de junio del 2013 a mayo del 2014, en pacientes atendidos en el Servicio de Dermatooncología del Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua» (CDP) de

la Ciudad de México, el cual atiende a población abierta de todo el país. Las imágenes clínicas y dermatoscópicas de los casos confirmados y no confirmados por histopatología fueron evaluadas con el propósito de determinar las características clínicas más frecuentes en los nevos displásicos de nuestra población y determinar los signos dermatoscópicos más frecuentes en éstos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el diagnóstico clínico de nevo displásico en el Servicio de Dermatooncología del CDP; las imágenes clínicas y dermatoscópicas de los casos de nevo displásico confirmados y no confirmados fueron evaluadas de manera individual por dos dermatooncólogos expertos en el periodo comprendido de junio del 2013 a mayo del 2014. En todos los casos, se registraron las variables demográficas (sexo, edad, fototipo), topografía, morfología, signos dermatoscópicos y diagnóstico histológico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se calculó el índice de concordancia Kappa interobservador para la evaluación de los signos dermatoscópicos.

Se realizó comparación entre grupos de pacientes con nevos displásicos y nevos no displásicos con prueba χ^2 . De las variables, se realizó un análisis descriptivo, calculando medias, frecuencias y proporciones. Los resultados se presentaron mediante tablas y gráficas. Se estableció la $p = 0.05$ como significativa.

RESULTADOS

De 41 pacientes estudiados, 23 (56%) fueron mujeres y 18 (44%) hombres, con una edad entre 11 y 91 años, el 82.9% pertenecía al grupo etario de 10 a 40 años. Los fototipos predominantes fueron III y IV, con una frecuencia del 24 y el 54%, respectivamente; no se registró ningún paciente con fototipo VI.

En 50 lesiones se realizó el diagnóstico clínico de nevo displásico; se corroboró mediante histología en 22 (44%) de ellas. En tres de las lesiones, el diagnóstico histológico fue de melanoma, por lo que se eliminaron de la investigación (**Figura 1**). Se formaron dos grupos de estudio: en uno se incluyeron los nevos displásicos confirmados histológicamente (22) y en el otro, los nevos no displásicos (25) para comparar las características entre ellos. El fototipo más frecuente en los nevos displásicos fue el IV, con 13 casos (59.1%); en los nevos no displásicos predominó el fototipo III (48%). La topografía más frecuente para los nevos displásicos fue el tronco, con 15 casos (68.2%), seguido de las extremidades inferiores, 4 (18.2%); para los nevos no displásicos, en 12 casos (48%) el tronco fue la principal topografía, seguido de las extremidades superiores, 9 (36%).

En cuanto a las características clínicas de asimetría, bordes, color, diámetro y elevación, no se encontró correlación entre estas variables con el diagnóstico histológico (**Cuadro III**). En el análisis dermatoscópico, dos observadores llevaron a cabo el análisis de los patrones para determinar el grado de concordancia y disminuir el riesgo de apreciación, encontrándose una buena concordancia en la mayoría de los casos (**Cuadro IV**).

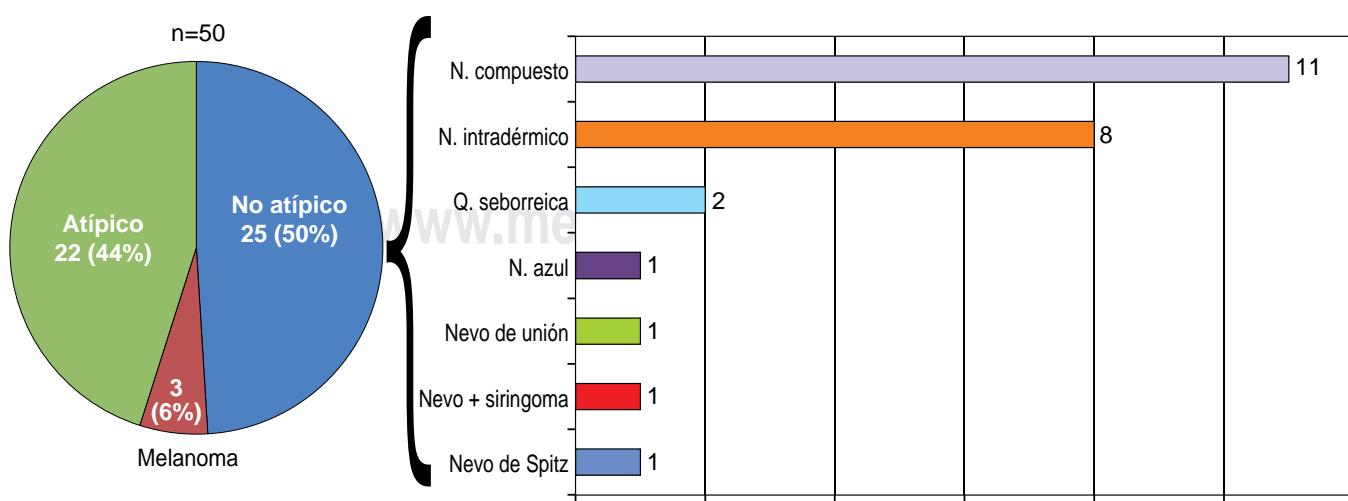


Figura 1. Estudio histopatológico.

Fuente: consulta externa del CDP.

CUADRO III. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ENTRE NEVOS DISPLÁSICOS Y NO DISPLÁSICOS.

	Displásicos n = 22	No displásicos n = 25	χ^2	p
Asimetría			0.01	0.97
Sí	8 (36.4%)	9 (36%)		
No	14 (63.6%)	16 (64%)		
Bordes			0.00	0.95
Regular	6 (27.3%)	7 (28%)		
Irregular	16 (72.7%)	18 (72%)		
Color			1.44	0.2
Un color	3 (13.6%)	7 (28%)		
Dos o más	19 (86.4%)	18 (72%)		
Diámetro			0.23	0.54
≤ 0.5	1 (4.5%)	2 (8%)		
≥ 0.5	21 (95.5%)	23 (92%)		
Elevación			0.011	0.59
Sí	5 (22.7%)	6 (24%)		
No	17 (77.3%)	19 (76%)		

CUADRO IV. PRUEBAS DE CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR.

	Observador 1	Observador 2	Kappa (p)
Reticular			
No	35	3	0.61 (000)
Sí	3	9	
Total	38	12	
Globular			
No	42	1	0.84 (000)
Sí	1	6	
Total	43	7	
Homogéneo			
No	44	0	0.898 (000)
Sí	1	5	
Total	45	5	
Multicomponente			
No	37	1	0.831 (000)
Sí	2	10	
Total	39	11	
Estrella			
No	48	0	0
Sí	2	0	
Total	50	0	
Paralelo			
No	49	0	1 (000)
Sí	0	1	
Total	49	1	
Reticular globular			
No	35	1	0.90 (000)
Sí	1	13	
Total	36	14	

El patrón dermatoscópico predominante en los nevos displásicos fue el reticular globular, seguido del multicomponente (**Cuadro V**).

Los criterios dermatoscópicos según el método de Stolz entre displásicos y no displásicos se presentan en el **cuadro VI**.

La correlación dermatoscópica-histológica entre observadores se presenta en la **figura 2**.

DISCUSIÓN

Según nuestros resultados, no existen características clínicas estadísticamente significativas para orientarnos al diagnóstico histológico de nevo displásico; sin embargo, pudimos observar que la presencia de dos o más colores se observa con más frecuencia en este tipo de nevos. Según Annesi y colaboradores, los nevos displásicos presentan con mayor frecuencia un componente macular, lo que puede orientarnos al diagnóstico; sin embargo, en nuestro estudio el componente macular no fue un dato de apoyo para el diagnóstico. En cuanto a la dermatoscopia, encontramos el patrón reticular globular como el más frecuente tanto en los nevos displásicos como en los no displásicos, a diferencia de Morales-Callaghan y su grupo, quienes encontraron con mayor frecuencia el patrón multicomponente en los nevos displásicos.

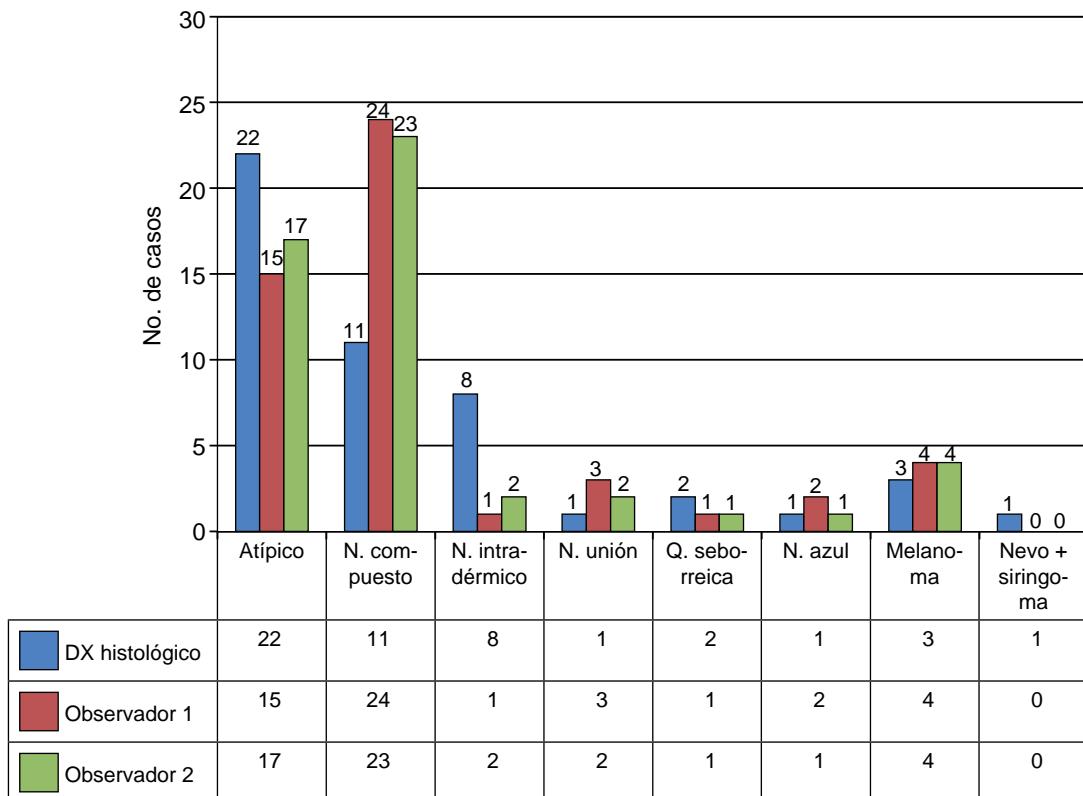
Con el método de Stolz, la mayoría de las lesiones sumaron un puntaje menor a 4.75, lo que corresponde a lesiones benignas; en seis lesiones se obtuvo un puntaje mayor a 5.45, sugestivo de lesión maligna, y

CUADRO V. ANÁLISIS DE PATRONES.

Análisis de patrones	Displásicos n = 22	No displásicos n = 25	χ^2	p
Reticular				
Sí	6	5	0.345	0.403
No	16	20		
Globular				
Sí	2	5	1.09	0.265
No	20	20		
Homogéneo				
Sí	1	4	1.61	0.216
No	21	21		
Multicomponente				
Sí	6	3	1.76	0.17
No	16	22		
Estrella				
Sí	0	0	0	0
No	22	25		
Paralelo				
Sí	0	1	0.89	0.532
No	22	24		
Reticular globular				
Sí	7	7	0.082	0.512
No	15	18		

CUADRO VI. CRITERIOS DERMATOSCÓPICOS SEGÚN EL MÉTODO DE STOLZ ENTRE NEVOS DISPLÁSICOS Y NO DISPLÁSICOS.

	Displásico n = 22	No displásico n = 25	χ^2	p
Asimetría				
0	6	8	0.8	0.37
1	14	13		
2	2	4		
Bordes				
1	5	9	5.57	0.47
2	7	7		
3	9	6		
4	0	1		
5	1	0		
6	0	1		
7	0	1		
Color				
1	1	4	3.54	0.616
2	12	10		
3	6	7		
4	2	1		
5	1	2		
6	0	1		
Estructuras				
1	0	7	11.04	0.026
2	8	8		
3	13	8		
4	0	2		
5	1	0		
Puntuación				
< Media (3.6)	10	14	0.52	0.47
> Media	12	11		

**Figura 2.**

Correlación dermatoscópica-histológica entre observadores.

Fuente: consulta externa del CDP.

sólo en cuatro lesiones se obtuvo un puntaje entre 4.8 y 5.45, sugestivo de lesión sospechosa.

De las 50 lesiones diagnosticadas clínicamente como nevos displásicos se confirmó el diagnóstico mediante dermatoscopia en 15; en siete lesiones en las cuales por dermatoscopia se sospechó de otra lesión, el diagnóstico histológico fue de nevo displásico.

CONCLUSIÓN

No encontramos características clínicas ni dermatoscópicas estadísticamente significativas que nos orienten al diagnóstico definitivo de nevo displásico. Sin embargo, aun con estos resultados, consideramos que la dermatoscopia es una herramienta útil que puede aumentar la certeza diagnóstica en estas lesiones.

Se requieren estudios con un mayor número de lesiones en pacientes con fototipos III-IV, que son los que predominan en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becuwe C et al. Naevus pigmentaries. *Encycl Méd Chir*. Paris, France: Elsevier; 2003. pp. 98, 590.
2. Miller AJ, Mihm MC Jr. Melanoma. *N Engl J Med*. 2006; 355: 51-65.
3. Bologna J et al. *Dermatología*. 2a ed. Madrid: Editorial Mosby; 200. pp. 1709-1733.
4. Fung MA. Terminology and management of dysplastic nevi: responses from 145 dermatologists. *Arch Dermatol*. 2003; 139: 1374-1375.
5. Clark WH Jr, Reimer RR, Greene MH et al. Origin of familial malignant melanomas from heritable melanocytic lesions: the B-K mole syndrome. *Arch Dermatol*. 1978; 114 (5): 732-738.
6. Ackerman AB, Magaña-García M. Naming acquired melanocytic nevi. Unna's, Miescher's, Spitz's Clark's. *Am J Dermopathol*. 1990; 12: 193-209.
7. Alcalá PD et al. Nevos melanocíticos y no melanocíticos. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2010; 19: 49-58.
8. NIH Consensus conference: diagnosis and treatment of early melanoma. *JAMA*. 1992; 251: 1314-1319.
9. Holly EA, Kelly JW, Shpall SN et al. Number of melanocytic nevi as a major risk factor for malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 1987; 17: 459-468.
10. Markovic SN, Erickson LA, Rao RD et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention and diagnosis. *Mayo Clin Proc*. 2007; 82: 364-380.
11. Burgués CM, Llamas MR. Factores de riesgo y detección temprana del melanoma maligno en pacientes con nevos melanocíticos. *Más Dermatol*. 2011; 14: 5-13.
12. Naeyaert JM, Brochez L. Dysplastic nevi. *N Engl J Med*. 2003; 349: 2233-2240.

13. Friedman RJ, Farber MJ, Warycha MA. The "displastic" nevus. *Clin Dermatol.* 2009; 27: 103-115.
14. Roesch A, Burgdorf W, Stolz W et al. Dermatoscopy of "dysplastic nevi": a beacon in diagnostic darkness. *Eur J Dermatol.* 2006; 16: 479-493.
15. Hoffman-Wellenhof R, Blum A, Wolf IH et al. Dermoscopic classification of atypical melanocytic nevi (Clark nevi). *Arch Dermatol.* 2001; 137: 1575-1580.
16. Hypolito SJ et al. Atypical mole syndrome and dysplastic nevi: identification of populations at risk for developing melanoma review article. *Clinics.* 2011; 66: 493-499.
17. Annesi G, Cattaruzza MS, Abeni D et al. Correlation between clinical atypia and histologic dysplasia in acquired melanocytic nevi. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 45: 77-85.
18. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K et al. Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol.* 2002; 3: 159-165.
19. Argenziano G, Soyer HP. Dermoscopy of pigmented skin lesions, a valuable tool for early diagnosis of melanoma. *Lancet Oncol.* 2001; 2: 443-449.
20. Ascierto PA, Palmieri G, Celentano E et al. Sensitivity and specificity of epiluminescence microscopy: evaluation on a sample of 2731 excised cutaneous pigmented lesions. The melanoma cooperative study. *Br J Dermatol.* 2000; 142: 893-898.
21. Carrera C, Zaballos P, Puig S et al. Correlación histológica en dermatoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Criterios dermatoscópicos de nevus melanocíticos. *Med Cutan IberLat Am.* 2004; 32: 47-60.
22. 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; 17: 571-583.
23. Rezze GG, Sá BCS, Neves RI. Dermatoscopia: o método de análise de padroes. *An Bras Dermatol.* 2006; 81: 261-268.
24. Rezze GG, León A, Duprat J. Dysplastic nevus (atypicalnevus). *An Bras Dermatol.* 2010; 85: 863-871.
25. Bronchez L, Verhaeghe E, Grosshans E et al. Inter-observer variation in the histopathological diagnosis of clinically suspicious pigmented skin lesions. *J Pathol.* 2002; 196: 459-466.
26. De Wit PE, van't Hof-Grootenboer B, Ruiter DJ et al. Validity of the histopathological criteria used for diagnosing dysplastic naevi. An interobserver study by the pathology subgroup of the EORTC Malignant Melanoma Cooperative Group. *Eur J Cancer.* 1993; 29A: 831-839.
27. Malvehy J et al. Handbook of dermatoscopy. Reino Unido: Editorial Taylor & Francis group; 2006: pp. 21-35.

Correspondencia:

Dr. Daniel Alcalá Pérez
 Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua».
 Dr. José María Vértiz Núm. 464,
 Colonia Buenos Aires, 06780,
 Delegación Cuauhtémoc,
 Ciudad de México,
 Distrito Federal.
 Tel: 55325638, ext. 221.
 E-mail: alcalad32@yahoo.com.mx