

Carta al editor

Diagnóstico precoz de melanoma con dermatoscopia

María Elena de las Heras Alonso ^{1,*}

¹ Universidad de Alcalá, Departamento de Medicina y Especialidades Médicas; Servicio de Dermatología, Hospital Ramón y Cajal; melena.heras@uah.es; <https://orcid.org/0000-0001-6373-0818>

* Autor correspondencia: melena.heras@uah.es; <https://orcid.org/0000-0001-6373-0818>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2022.7.2.340>

Resumen: La dermatoscopia es una técnica diagnóstica de amplio uso en dermatología, que fue inicialmente diseñada para el diagnóstico precoz de melanoma y se ha extendido a la patología tumoral benigna y la patología inflamatoria. Recientemente se ha publicado una muy importante revisión Cochrane sobre la dermatoscopia, con y sin inspección visual, para el diagnóstico de melanoma en adultos que indica que es más exacta cuando se interpreta con el paciente presente. Existen diferentes equipos y tipos de luz, polarizada y no polarizada. Aunque existen aplicaciones de la dermatoscopia en patología inflamatoria y tumoral benigna, nos centraremos en la mejoría diagnóstica del melanoma pues un retraso diagnóstico de una lesión que es un melanoma puede conllevar un retraso en la extirpación, mayor espesor de Breslow y un peor pronóstico con riesgo de metástasis y fallecimiento. Se han descrito los diferentes criterios dermatoscópicos para los diferentes tipos de melanomas (extensión superficial, nodular, lentigo maligno melanoma, lentiginoso acral, subungueal, de mucosas, nevoide y melanoma sobre nevus congénito). Se debe tener especial cuidado con la detección de melanomas en cuero cabelludo, por su peor pronóstico. En pacientes de alto riesgo de melanoma, con múltiples nevus atípicos y o antecedentes de varios melanomas en familiares; se aconsejan las pruebas de seguimiento con fotografía corporal total y dermatoscopia digital.

Palabras Clave: Dermatoscopia, Melanoma, Diagnóstico.

Abstract: Dermoscopy is a widely used diagnostic technique in dermatology, initially designed for early diagnosis of melanoma extended to diagnosis of benign tumors and inflammatory pathology. Recently a very important Cochrane about dermoscopy, with and without visual inspection, has been published; indicating that dermoscopy is more accurate for diagnosis of melanoma when patient is present. There are different types of dermoscopy, polarized and non polarized. Although there are applications of dermoscopy for inflammatory and benign pathology, we will concentrate on improvement on diagnosis of melanoma. A delay in diagnosis of melanoma will lead to delay in surgery, greater Breslow thickness and worse prognosis with risk of metastasis and death. Criteria for different types of melanoma have been described (superficial spreading, nodular, lentigo maligno melanoma, acral lentiginous, subungueal, mucosa, nevoid and melanoma in congenital nevus). Detection of scalp melanoma may be taken into consideration due to worse prognosis. In high risk patients for melanoma, total photography and digital dermoscopy are recommended.

Key words: Dermoscopy, Melanoma, Diagnosis.

1. Importancia de la dermatoscopia

El melanoma tiene uno de los índices más rápidos de incremento de supervivencia entre todos los tumores. Supone un porcentaje bajo dentro de los cánceres cutáneos, siendo responsable de la mayoría de los fallecimientos. La dermatoscopia es una técnica in vivo mínimamente invasiva que

magnifica la piel y reduce el reflejo de la luz de la superficie de la piel permitiendo que se visualicen mejor las estructuras que se encuentran debajo de su superficie. Su uso es particularmente importante para el diagnóstico y seguimiento de lesiones pigmentadas, en especial para el diagnóstico precoz de melanoma. Es una técnica simple que ha alcanzado un uso extenso con hasta casi un 100% de los dermatólogos empleándola en su práctica diaria [1], por lo que se denomina el estetoscopio del dermatólogo. Recientemente la están empleando también los médicos de atención primaria.

La dermatoscopia lleva empleándose desde hace más de 20 años en dermatología y se han publicado muchos artículos sobre ella, recientemente se ha publicado un artículo en la Cochrane Library [2]. Un metaanálisis de 104 estudios publicados (66 de ellos realizados en Europa) encontró que la dermatoscopia incrementa la sensibilidad frente al ojo desnudo de 76 a 92% con una especificidad fija del 80%. Sin embargo, es fundamental una formación adecuada: la experiencia en el uso y el entrenamiento en dermatoscopia mejoran la exactitud diagnóstica. Según este metaanálisis, la dermatoscopia es más exacta cuando se interpreta con el paciente presente que solo con las imágenes de dermatoscopia solas y esto es muy significativo de cara a los nuevos proyectos de teledermatología ya que los hallazgos dermoscópicas precisan de un contexto clínico adecuado (edad del paciente, localización, evolución de la lesión, cambios referidos por el propio paciente...).

La mayoría de los estudios se realizaron en entornos de referencia hospitalarios más que en atención primaria. El uso de la dermatoscopia con formación adecuada por los médicos de atención primaria se ha asociado con aumento de la exactitud diagnóstica y menores excisiones innecesarias y derivaciones siendo necesarios estudios para establecer los mínimos de formación para alcanzar competencia adecuada [3]. En Atención Primaria se debe utilizar como triaje para derivación de lesiones pigmentadas, y no como diagnóstico. Esta idea se ve avalada por los resultados de la mencionada revisión Cochrane [2].

2. Equipos y tipos de luz

En la actualidad, existen muchos modelos y fabricantes de equipos manuales y digitales de dermatoscopia. Los diferentes tipos de luz permitirán una mejor visualización de determinadas estructuras: con luz polarizada no se utiliza un medio de inmersión, y es la ideal en tiempos COVID; la lente del dermatoscopio se desinfecta en un minuto empleando alcohol de 70°. Los dermatoscopios suelen ser mixtos y combinan sistemas de luz polarizada con no polarizada que requiere medio de inmersión como alcohol, clorhexidina o gel).

En la tabla I se reflejan ejemplos de lesiones para las que es más útil la luz polarizada o no polarizada.

Tabla I Tipos de dermatoscopia: Polarizada/No polarizada

Tipos dermatoscopia según la luz	Estructuras	Ejemplos de lesiones
Polarizada	Epidermis superficial a unión dermoepidérmica	Queratosis seborreica
No polarizada	Dermis superficial Vasos sin compresión	Epitelioma basocelular Melanoma amelanótico

Con el mayor uso de la teledermatología, hay cada vez más equipos portátiles disponibles en el mercado que se adaptan a los teléfonos móviles para facilitar la toma de imágenes dermatoscópicas no solamente por parte del especialista sino también de médicos de familia, personal de farmacias e incluso público general.

3. Aplicaciones en patología cutánea inflamatoria

La dermatoscopia se puede aplicar en una gran variedad de patología tanto inflamatoria como infecciosa. De ahí que se hayan adoptado los términos de inflamoscopia y entomodermatoscopia. De uso más habitual se emplea para el diagnóstico de psoriasis versus eccema, liquen plano, lupus cutáneo crónico y en patología infecciosa habría que destacar escabiosis, moluscos contagiosos y leishmaniasis tipo Botón de Oriente. También es muy útil en tricología, hablándose en este caso de tricoscopia. El dermatoscopio ayuda al diagnóstico tanto de alopecias no cicatriciales (alopecia androgénica, alopecia areata, tricotilomanía...) como cicatriciales (alopecia frontal fibrosante, liquen plano pilar, lupus cutáneo crónico, foliculitis decalvante...). También es útil para la valoración de las uñas denominándose onicoscopia. En la tabla II se reflejan todas las patologías inflamatorias en las que puede aplicarse la dermatoscopia.

Tabla II Dermatoscopia en patología inflamatoria

Dermatosis eritematodescamativas	Psoriasis, eccema, pitiriasis rosada, micosis fungoide y lupus eritematoso cutáneo subagudo.
Dermatosis papuloescamosas/ papuloqueratóticas	Liquen plano, pitiriasis rosada, pitiriasis liquenoide crónica, sarcoidosis, Grover
Enfermedades faciales inflamatorias	Rosácea, dermatitis seborreica, lupus cutáneo crónico
Alopecias cicatriciales	Alopecia frontal fibrosante, liquen plano pilar, foliculitis decalvante, lupus cutáneo crónico
Alopecias no cicatriciales	Alopecia areata, alopecia androgénica, tricotilomanía

4. Aplicaciones en patología tumoral benigna

La dermatoscopia también es útil en una amplia variedad de tumores cutáneos como por ejemplo el dermatofibroma del que se han descrito 20 patrones, o el más raro acantoma de células claras con su característico collar de perlas.

Dentro de los tumores anexiales, se ha descrito la dermatoscopia de los tumores sebáceos (nevus sebáceos, hiperplasia sebácea, adenoma sebáceo/sebaceoma), tumores foliculares (nevus comedoniando, hamartoma folicular basaloides, triquilemoma, queratosis folicular invertida, pilomatrixoma, tricofoliculoma, tricoblastoma, tricoepitelioma, tricodiscoma/tricofoliculoma) y de los tumores ecrinos/apocrinos (hidrocistomas apocrinos, hidrocistomas ecrinos, siringocistodeno papilífero, hidradenoma nodular, cilindroma y espiradenoma, siringoma y poroma).

5. Aplicaciones en patología tumoral maligna: melanoma y no melanoma

Nos centraremos en el melanoma. La dermatoscopia puede implicar un algoritmo formal (análisis de patrones, lista de los 7 puntos, método de Menzies y regla ABCDE) que puede ser especialmente beneficioso para los que se inician en dermatoscopia; no hay evidencia clara de que el uso de un algoritmo mejore la sensibilidad o especificidad frente a su no uso [2].

La principal contribución de la dermatoscopia en dermatología ha sido el diagnóstico precoz de melanoma. De acuerdo con el análisis de patrones, cada lesión pigmentada se caracteriza por un patrón global y rasgos locales. Los principales patrones son reticular, globular, homogéneo o sin estructura, patrón en estallido de estrellas y multicomponente.

En una revisión reciente sobre dermatoscopia de melanoma según tipo, zona anatómica y estadio se recogen los principales criterios dermatoscópicos para diagnóstico precoz de melanoma [4] que se resumen a continuación.

5.1. Melanoma de extensión superficial

El melanoma de extensión superficial se caracteriza por patrón multicomponente. La mayoría de los criterios diagnósticos bien conocidos de melanoma se han hecho en el contexto del melanoma de extensión superficial. De hecho, la dermatoscopia tiene el potencial de revelar la asimetría morfológica del melanoma de extensión superficial antes de que sea evidente al ojo desnudo. En estadios iniciales, puede ocurrir que una proporción de melanomas solo tengan patrón reticular o globular. De hecho, los melanomas in situ se caracterizan por un patrón reticular predominantemente y solo un 14% muestran patrón multicomponente [5]. Los melanomas in situ cumplen pocos de los criterios clásicos de melanoma y solo las áreas pigmentadas irregulares y marcas cutáneas prominentes predijeron significativamente melanoma in situ sobre nevus. Sin embargo, cuando la localización corporal en el cuerpo se integra en un algoritmo clínico-dermoscópico la exactitud diagnóstica del melanoma mejora significativamente.

5.2. Melanoma Nodular

El melanoma nodular se caracteriza por tres criterios dermoscópicos y la detección de cualquiera de ellos en una lesión nodular obliga a escisión inmediata: color azul-negro, cualquier patrón vascular atípico y color rojo lechoso en ausencia de cualquier estructura reconocible teniéndose que extirpar cualquier lesión nodular que no pueda ser clasificada de forma segura con un diagnóstico clínico específico

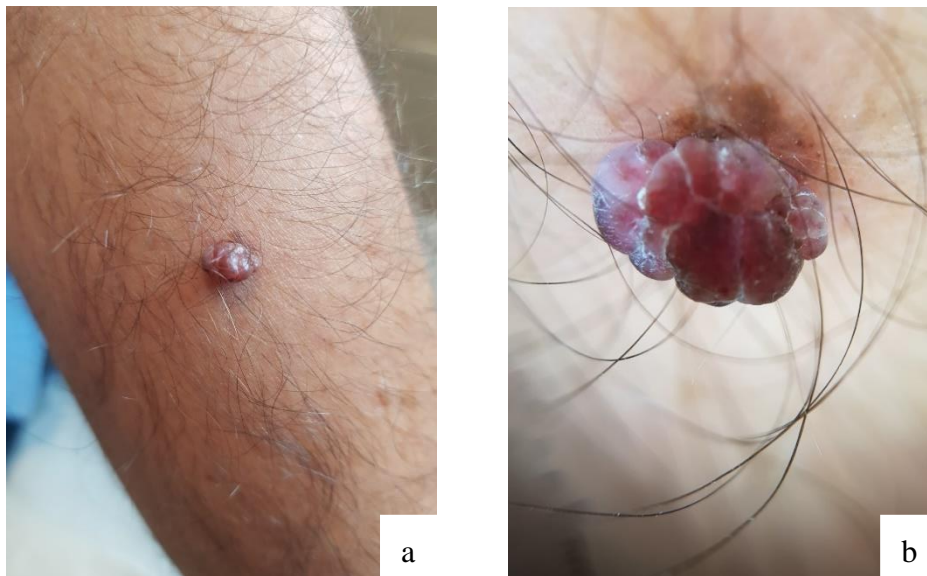


Figura 1 (a) Melanoma nodular: clínica; (b) Melanoma nodular: dermatoscopia

5.3. Léntigo maligno melanoma

El único predictor de léntigo maligno son las líneas grises romboidales y están presentes solo en la mitad de los léntigos malignos; se ha introducido recientemente la “aproximación inversa”. Según este nuevo enfoque, el diagnóstico de lentigo maligno se debería basar en la ausencia de rasgos prevalentes de queratosis actínica pigmentada o queratosis seborreica/léntigo solar. Los seis rasgos serían:

- Líneas paralelas o reticulares marrones.
- Demarcación nítida de los bordes
- Criterios clásicos de queratosis seborreica
- Escamas blancas o marrones
- Folículos blancos y anchos

- Eritema

5.4. Melanoma lentiginoso acral

En el melanoma lentiginoso acral el hallazgo más representativo es el patrón paralelo de la cresta. Recientemente se ha introducido una lista de verificación BRAAFF (Tabla III). Se necesita un puntuación igual o superior a 1 para el diagnóstico de melanoma [6].

Tabla III Criterios dermoscópicos de melanoma acral

Criterios Melanoma Acral	Puntos
Mancha irregular	+1
Patrón paralelo de la cresta	+3
Asimetría de estructuras	+1
Asimetría de colores	+1
Patrón paralelo del surco	-1
Patrón fibrilar	-1

5.5. Melanoma subungueal

Recordar que la banda pigmentada que provoca es mayor que la de los nevus (con excepción del nevus congénito). La dermatoscopia facilita diagnosticar la hemorragia subungueal, siendo las dos pistas más importantes la demarcación nítida de los bordes y la presencia de manchas satélites de sangre.

5.6. Melanoma de mucosas

Es una evaluación que puede ser difícil por:

- Localización poco accesible con el dermatoscopio
- Hallazgos dermoscópicos que se pueden ver afectados por el estiramiento de la mucosa
- Necesidad de proteger la parte de contacto

La discriminación entre melanoma y pigmentación benigna de mucosas se basa en la valoración del patrón global y la coloración. El melanoma de mucosas generalmente presenta un patrón sin estructura. Mientras que los tumores benignos a menudo tienen un patrón de líneas, glóbulos y círculos. Al contrario que en las uñas, el color gris, azul o blanco orienta a melanoma y es la pista más eficaz; mientras que en los nevus o máculas melanóticas benignas el color típico es marrón claro u oscuro.

5.7. Melanoma nevoide

Existen cuatro patrones dermoscópicos y en general cualquier lesión papilomatosa con vasos atípicos y/o puntos/glóbulos irregulares; debería examinarse con cuidado ante la posibilidad de melanoma nevoide.

5.8. Melanoma sobre nevus congénito

En relación con los melanomas sobre nevus congénitos, el retículo negativo es indicador de melanoma sobre nevus preexistente. También pueden presentar líneas grises angulosas los

melanomas sobre nevos de pequeño y mediano tamaño; lo cual es sorprendente porque también están descritas en melanomas sobre piel con daño solar crónico.

Sobre localizaciones especiales y en las que debe insistirse en la exploración clínica y dermoscópica destaca el cuero cabelludo. Recientemente se han revisado los melanomas de cuero cabelludo, que representan el 35% de los melanomas de cabeza y cuello; teniendo unos altos índices de mortalidad por lo que se han denominado el “asesino invisible”, incluso el riesgo de mortalidad es 2 veces superior al de los melanomas localizados en las extremidades. Existe una alta variabilidad dermoscópica debido a la posibilidad de encontrar en el cuero cabelludo diferentes tipos de melanoma. De hecho, el melanoma desmoplásico (un tipo raro de melanoma) es más frecuente en el área de cabeza y cuello. Los melanomas finos de cuero cabelludo muestran en la dermatoscopia retículo atípico o pseudoretículo y regresión. En lesiones más gruesas predomina el velo azul-grisáceo, manchas irregulares pigmentadas y un patrón inespecífico.

Sobre localizaciones especiales y en las que debe insistirse en la exploración clínica y dermoscópica destaca el cuero cabelludo. Recientemente se han revisado los melanomas de cuero cabelludo [7], que representan el 35% de los melanomas de cabeza y cuello; teniendo unos altos índices de mortalidad por lo que se han denominado el “asesino invisible”, incluso el riesgo de mortalidad es 2 veces superior al de los melanomas localizados en las extremidades. Existe una alta variabilidad dermoscópica debido a la posibilidad de encontrar en el cuero cabelludo diferentes tipos de melanoma. De hecho, el melanoma desmoplásico (un tipo raro de melanoma) es más frecuente en el área de cabeza y cuello. Los melanomas finos de cuero cabelludo muestran en la dermatoscopia retículo atípico o pseudoretículo y regresión. En lesiones más gruesas predomina el velo azul-grisáceo, manchas irregulares pigmentadas y un patrón inespecífico.

Los pacientes con antecedentes personales o familiares de melanoma, con muchos nevos melanocíticos o con el síndrome del nevus con atipia tienen un riesgo elevado de desarrollar un melanoma. El seguimiento con dermatoscopia digital (DD) es fundamental ya que nos ayuda a identificar las lesiones melanocíticas inestables. La DD detecta los cambios en los mapas corporales o en las imágenes dermoscópicas [8]. Los criterios de melanoma familiar en España son dos casos en familiares de primer grado o 3 en familiares de cualquier grado.

5. Conclusiones

La dermatoscopia es una técnica imprescindible para el diagnóstico precoz melanoma en adultos. Según la medicina basada en la evidencia (Cochrane) la exactitud diagnóstica mejora si el paciente está presente, lo cual es muy importante de cara a la exploración de pacientes con lesiones pigmentadas de forma presencial. Existen criterios dermoscópicos para las diferentes variedades de melanoma, siendo especialmente importantes los criterios para el diagnóstico de melanoma in situ recientemente descritos. Las pruebas de fotografía corporal total y dermatoscopia digital deben reservarse para pacientes con muy alto riesgo de melanoma con múltiples nevos atípicos y varios antecedentes de melanoma en la familia (dos casos de primer grado o tres de cualquier grado).

Agradecimientos: A la Dra. Lourdes Lledó por la invitación a escribir en esta revista.

Conflictos de Intereses: Los autores no declaran conflicto de intereses.

Referencias Bibliográficas

1. Young AT, Vora Niki B, Cortez J, et al. The role of technology in melanoma screening and diagnosis. *Pigment Cell Melanoma Res* 2021; 34: 288-300.
2. Dinnes J, Deeks JJ, Saleh D, et al. Cochrane Skin Cancer Diagnostic Test Accuracy Group (2018). Dermoscopy, with and without visual inspection, for diagnosing melanoma in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Dec 4;12(12):CD011902. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011902.pub2>
3. Jones OT, Jurascheck L, van Melle, et al. Dermoscopy for melanoma detection and triage in primary care: A systematic review. *BMJ Open* 2019; 9:e027529. doi:10.1136/bmjopen-2018-027529

4. Lallas A, Paschou E, Manoli SM, et al. Dermatoscopy of melanoma according to type, anatomic site and stage. *Italian Journal of Dermatology and Venereology* 2021 June;156(3):274-88 DOI: 10.23736/S2784-8671.20.06784-X
5. Lallas A, Longo C, Manfredini M, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of melanoma in situ. *JAMA Dermatol* 2018; 154: 414-9.
6. Lallas A, Kyrgidis A, Koga H, et al. The BRAAFF checklist: a new dermoscopic algorithm for diagnosing acral melanoma. *Br J Dermatol* 2015; 173: 1041-9.
7. Licata G, Scharf C, Ronchi A, et al. Diagnosis and management of melanoma of the scalp: a review of the literature. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2021:14. <https://www.dovepress.com/> by 213.0.53.146.
8. Adler NR, Kelly J, Guitera P, et al. Methods of melanoma detection and of skin monitoring for individuals at high risk of melanoma. *Medical Journal of Australia* 2019; 210 (1): 41-47.



© 2022 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.