



Dermatoscopia y lesiones melanocíticas

A. Boespflug, L. Thomas, S. Dalle

La incidencia del melanoma no deja de aumentar en los países industrializados, y en la actualidad, en Francia, el melanoma ocupa el noveno lugar dentro de los cánceres más frecuentes, independientemente del sexo. Aunque su pronóstico es muy malo si se diagnostica en un estadio tardío, el melanoma detectado precozmente impacta poco la esperanza de vida. En un contexto de escasez de dermatólogos, el reto de la dermatoscopia es doble: llegar a detectar precozmente el máximo número de melanomas mientras se disminuye la vigilancia y las exéresis de lesiones benignas. En múltiples estudios, tanto experimentales como clínicos, el uso de la dermatoscopia por clínicos experimentados ha demostrado un aumento de la sensibilidad y especificidad en la detección precoz del melanoma. Permite establecer el diagnóstico más precoz de lesiones melanocíticas malignas disminuyendo a la vez el número de biopsias negativas. Esta introducción a la dermatoscopia tiene por objetivo ofrecer un primer enfoque de esta herramienta, que por supuesto no constituye una información completa. Se abordan los principios generales para analizar las lesiones melanocíticas y diferenciar las lesiones benignas de aquellas sospechosas de malignidad. Se describe su uso en algunas localizaciones específicas como la cara y las zonas acrales, pero los autores de este artículo no abordan las zonas ungueales ni mucosas. La dermatoscopia requiere un aprendizaje específico, que no puede ser tratado de manera completa en este artículo. Así como la dermatoscopia es útil en el análisis de lesiones melanocíticas, también lo es en otras situaciones clínicas que no pueden ser abordadas en este artículo, como las lesiones no melanocíticas, las parasitosis y las lesiones inflamatorias.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Dermatoscopia; Lesión melanocítica benigna; Lesión melanocítica maligna; Melanoma; Detección precoz; Cáncer cutáneo

Plan

■ Introducción	1	■ Algunas lesiones específicas	4
■ Retos de la dermatoscopia	2	Nevo de Spitz/Reed	4
■ Principios de la dermatoscopia	2	Nevo congénito	7
■ Estrategia diagnóstica: lesión melanocítica o no melanocítica	2	Lesiones acrales	7
■ Lesión benigna, sospechosa o maligna	3	Lesiones de la cara	7
Reglas «asimetría, bordes, color, estructuras dermoscópicas» (ABCD)	3	■ Conclusión	9
Algoritmo australiano de Menzies	3		
Lista italiana de siete puntos	3		
Análisis de los patrones y «color, estructura, simetría, homogeneidad» (CASH)	3		
■ Seguimiento	4		

■ Introducción

Los cánceres cutáneos en los pacientes de fototipo claro presentan un rápido aumento en los países desarrollados; representan una mayor morbilidad y una mayor mortalidad potencial, costosas para el sistema sanitario ^[1]. La

detección y el tratamiento precoces de los cánceres cutáneos, incluido el melanoma, son importantes retos de salud pública.

El interés de la dermatoscopia en la detección precoz del melanoma ha sido demostrado por la medicina basada en la evidencia. Las sociedades científicas de dermatología de Australia y Nueva Zelanda recomiendan, con base en evidencias de nivel A, la formación y uso de la dermatoscopia por todos los médicos que atienden lesiones pigmentadas [2].

Varios metaanálisis han demostrado, tanto en contexto experimental como clínico, que la dermatoscopia aumenta la sensibilidad y la especificidad del diagnóstico de melanoma en relación con el estudio a simple vista [3-5]. También se ha demostrado que la dermatoscopia permite establecer el diagnóstico de melanoma con un índice promedio de Breslow más bajo que con el estudio a simple vista, por lo que su uso se ha desarrollado considerablemente [6].

Así como su uso por profesionales experimentados permite aumentar la rentabilidad en el diagnóstico del melanoma, existe una curva de aprendizaje que muestra que la dermatoscopia en manos de profesionales no expertos no resulta interesante, incluso puede llegar a ser nociva [7,8]. Por lo tanto, es necesaria la formación rigurosa en el manejo de la dermatoscopia antes de que se realice en la práctica cotidiana.

En este artículo, los autores tratan el tema de la utilidad de la dermatoscopia en la diferenciación entre lesión melanocítica maligna y benigna. No abordan el tema de la aplicación de la dermatoscopia para lesiones no melanocíticas ni ungueales.

■ Retos de la dermatoscopia

La dificultad de la detección precoz radica en el hecho de que el melanoma puede parecerse a un nevo, y así como el melanoma es relativamente raro, el nevo es extremadamente frecuente. El reto que supone la dermatoscopia es, por lo tanto, doble: aumentar el número de melanomas de bajo grosor detectados y reducir el número de lesiones benignas extirpadas y controladas, con el fin de no prolongar el tiempo de espera para la consulta con el especialista, que en la actualidad, como promedio, es superior a 1 mes en Inglaterra y Escocia [9,10].

En un reciente estudio, se ha demostrado que el 50% de los dermatólogos sólo emplean la dermatoscopia para las lesiones clínicamente sospechosas, y que sólo el 40% explora el conjunto del tegumento de sus pacientes [11]. Esta actitud no es la adecuada cuando se considera que el interés de la dermatoscopia radica en detectar de forma precoz melanomas en lesiones que a simple vista son indistinguibles de los nevo. Por lo tanto, es importante analizar todas las lesiones pigmentadas al dermatoscopio. Se ha demostrado que con ello no aumenta significativamente la duración de la consulta [12].

“ Punto importante

- Se deben visualizar con el dermatoscopio todas las lesiones pigmentadas del paciente sin provocar un sesgo por un análisis previo a simple vista.
- Esta actitud no aumenta de forma considerable la duración media de una consulta.
- El examen del conjunto del tegumento de todos los pacientes es un factor clave de la detección precoz de los cánceres cutáneos.

■ Principios de la dermatoscopia

Una gran parte de la luz visible es reflejada por la capa córnea, ya que existen diferencias entre la densidad óptica y el índice de refracción de la piel y del aire. La dermatoscopia es una prueba epiluminiscente que permite visualizar elementos en la dermis reticular, no visibles a simple vista, al reducir esta reflexión y añadir un sistema óptico de aumento.

Se pueden aplicar dos principios para reducir la reflexión de la capa córnea: el principio de inmersión y el principio de polarización. En los dermatoscopios de inmersión, se aplica una gota de líquido de inmersión (agua, aceite, alcohol o geles) con un cubreobjetos de vidrio, mientras que en los dermatoscopios de polarización se emplea una técnica de polarización donde la fuente luminosa se polariza y atraviesa un segundo filtro de polarización cruzado delante del objetivo.

El líquido de inmersión que resulta más útil es el etanol al 70%, salvo en algunas localizaciones como las palmas de las manos, las plantas de los pies y el aparato ungueal, donde es preferible emplear geles como el gel de ecografía o geles desinfectantes para fricción hidroalcohólica. Para las zonas alrededor de los ojos y de las mucosas se aconseja emplear agua o un gel antes en lugar de alcohol.

Se puede aplicar la polarización con o sin lente de contacto, lo que puede resultar interesante en el análisis de la estructura vascular de una lesión.

“ Punto importante

- Existen dermatoscopios de inmersión y de polarización.
- El líquido de inmersión más idóneo es el alcohol al 70%, salvo en las lesiones ungueales, acrales y próximas a mucosas, en las que se recomienda emplear geles como el gel de ecografía.

■ Estrategia diagnóstica: lesión melanocítica o no melanocítica

El melanoma es una lesión melanocítica. Para analizar una lesión pigmentada y, por lo tanto, valorar si esta lesión puede ser un melanoma, se debe primero determinar si esta lesión es melanocítica. En 2001, el Comité de Consenso Internacional de Dermatoscopia recomendó un procedimiento de dos niveles para clasificar lesiones pigmentadas de la piel lampiña [13].

En el primer nivel, se determina si la lesión es melanocítica o no empleando un algoritmo de seis puntos detallado en la Fig. 1. En la primera etapa se buscan signos positivos de una lesión melanocítica (Fig. 2). En la segunda etapa, se descarta un nevo azul, una queratosis seborreica (Fig. 3), un carcinoma basocelular (Fig. 4) y un angioma o angioqueratoma (Fig. 5). Si no se observan signos positivos de lesión melanocítica y se descartan los cuatro diagnósticos citados (cf supra), por defecto se confirma la existencia de una lesión melanocítica.

Una vez que la lesión ha sido identificada como melanocítica, con base en criterios positivos de la etapa 1 o con base en criterios negativos en las etapas 2 a 6, se procede al nivel 2 con el fin de determinar si la lesión es benigna (no

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3196849>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3196849>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)