

Importancia del seguimiento de lesiones melanocíticas con dermatoscopia digital para el diagnóstico temprano de melanoma

María Julia Cura, Karen Y. Cueto Sarmiento, María Luz Bollea Garlatti, Florencia Gallo, Rosa M. Rodrigues Vasconcelos, Paula A. Enz, María Victoria Rodríguez Kowalczuk y Luis D. Mazzuocolo

RESUMEN

La dermatoscopia digital es una herramienta que permite el diagnóstico de melanomas en estadios tempranos, por medio del seguimiento de las lesiones pigmentarias a largo plazo.

Se comunican tres casos de pacientes con alto riesgo de melanoma, en los cuales –a través del seguimiento con dermatoscopia digital– se realizó el diagnóstico de la enfermedad mediante la detección de cambios morfológicos, arquitecturales y de pigmentación de las lesiones estudiadas.

Palabras clave: dermatoscopia digital, melanoma.

THE IMPORTANCE OF DIGITAL DERMOSCOPY IN FOLLOW-UP OF MELANOCYTIC LESIONS TO THE EARLY DIAGNOSIS OF MELANOMA

ABSTRACT

Digital dermoscopy is a tool that allows the early diagnosis of melanomas, through the long-term follow up of pigmentary skin lesions.

We report three cases of patients with high-risk of melanoma, in which the diagnosis had been made by morphological, architectural and pigmentary changes observed by the digital dermoscopy follow-up.

Key words: digital dermoscopy, melanoma.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(3): 105-109.

INTRODUCCIÓN

La dermatoscopia, también conocida como microscopia de epiluminiscencia, es una herramienta diagnóstica no invasiva, de utilidad en el diagnóstico temprano del melanoma. Permite el análisis de estructuras que se encuentran ocultas al examen clínico y evita escisiones innecesarias de lesiones benignas¹⁻⁵.

La dermatoscopia digital –de la cual son pioneros Stolz, Schiffner y cols.⁶– brinda la posibilidad de grabar y almacenar las imágenes de las lesiones pigmentadas, para luego recuperarlas y realizar seguimiento longitudinal. De este modo permite identificar melanomas en estadios tempranos, que se caracterizan por la ausencia de rasgos clínicos y/o dermatoscópicos específicos, sugestivos de lesiones malignas^{7,8}.

En esta oportunidad comunicamos tres casos de diagnóstico temprano de melanoma, por escisión de lesiones, que presentaron cambios en el seguimiento dermatoscópico digital.

CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo femenino, de 54 años, con antecedente familiar paterno de melanoma y múltiples nevos atípicos. Luego del control clínico y dermatoscópico manual se solicitó dermatoscopia digital y se evidenció una lesión simétrica, con múltiples glóbulos de pigmento irregulares, localizada en pierna izquierda (Fig. 1A). Se sugirió reevaluación de todas las lesiones en 6 meses.

En la dermatoscopia digital de control, la lesión descrita evidenció los siguientes cambios: asimetría, áreas rosadas desestructuradas, velo azul blanquecino central, más de cuatro colores, crisálidas y glóbulos periféricos irregulares en tamaño (Fig. 1B).

Se realizó escisión local de la lesión, cuyo estudio histopatológico fue compatible con melanoma extensivo superficial, Breslow 0,25 mm, Clark II.

Recibido 4/01/18

Aceptado 22/08/18

Servicio de Dermatología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: maria.cura@hospitalitaliano.org.ar

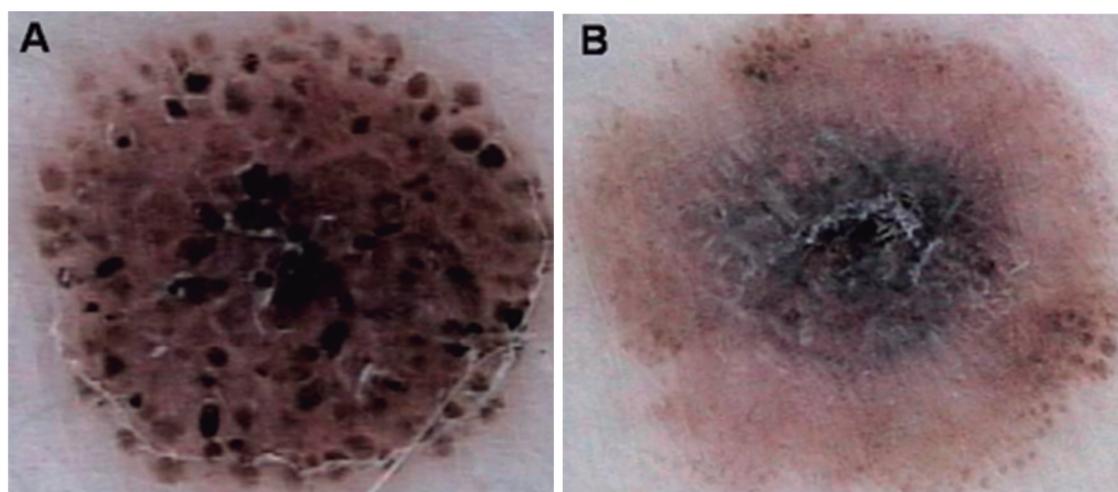


Figura 1. A. Imagen dermatoscópica que evidencia lesión simétrica, con múltiples glóbulos de pigmento irregulares. **B.** Control dermatoscópico a los 6 meses, que muestra asimetría, áreas rosadas desestructuradas, velo azul blanquecino central, más de cuatro colores, crisálidas y glóbulos periféricos irregulares.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo masculino y 54 años, con antecedente personal de melanoma extensivo superficial fino en pierna derecha y tronco, melanoma *in situ* en región supraclavicular derecha y una hermana afectada por la misma enfermedad.

Luego de la resolución quirúrgica de las lesiones se realizó seguimiento clínico, dermatoscópico manual y con dermatoscopia digital.

En la dermatoscopia digital se destacó, entre las múltiples lesiones melanocíticas observadas, la presencia de una lesión asimétrica con eritema perilesional de distribución irregular, localizada en flanco izquierdo (Fig. 2A). A los 7 meses, la lesión presentó aumento de tamaño asimétrico, red negativa, más de cuatro colores y eritema acentuado y focalizado en un sector de la lesión (Fig. 2B).

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de melanoma extensivo superficial, Breslow 0,5 mm, Clark III.

CASO CLÍNICO 3

Paciente de sexo femenino y 64 años, con múltiples lesiones melanocíticas asimétricas. Se realizó control clínico, con dermatoscopia manual y digital.

Se observó lesión pigmentada, asimétrica, con patrón reticular, localizada en brazo izquierdo (Fig. 3A). Se sugirió nuevo estudio de control en 6 meses para seguimiento, pero la paciente regresó luego de 20 meses.

En esta oportunidad se objetivaron cambios en la lesión previamente descripta, observándose área desestructurada con velo azul blanquecino, puntos azul-grises, área blanca compatible con regresión, eritema y más de cinco colores

(Fig. 3B). Se realizó escisión y la histopatología fue compatible con melanoma *in situ*.

COMENTARIOS

Diferenciar las lesiones melanocíticas atípicas de los melanomas incipientes es un verdadero desafío, de importancia en el pronóstico de los pacientes y posible con las estrategias de seguimiento por dermatoscopia digital⁹. En el seguimiento a largo plazo, que se realiza entre los 6 y 12 meses, es posible objetivar cambios significativos en la morfología, arquitectura y pigmentación^{4,10,11}. Así, las lesiones que presentan aumento focal del tamaño, cambios focales en la pigmentación, aparición de nuevos colores o nuevas estructuras como puntos negros de distribución irregular, pseudópodos, red irregular y prominente de pigmento o rasgos de regresión tienen indicación de escisión^{12,13} (Cuadro 1). Esta estrategia permite el diagnóstico de melanomas de crecimiento lento⁵.

El seguimiento a corto plazo es el que se realiza luego de 3 meses y en el que los cambios en las lesiones pigmentarias se consideran sugestivos de melanoma, con la excepción de las modificaciones de color inducidas por la exposición solar¹⁸.

Se describen múltiples factores de riesgo asociados al desarrollo de melanoma: fototipo I, numerosas efélides, ojos azules, pelirrojos, antecedentes de quemaduras solares, exposición solar intermitente, más de 100 nevos melanocíticos, más de 5 nevos atípicos, antecedentes de lesiones cutáneas premalignas, de cáncer de piel no melanoma o melanoma previo, antecedentes familiares de melanoma y tratamiento con inhibidores de BRAF¹⁹⁻²². Haenssle y cols.

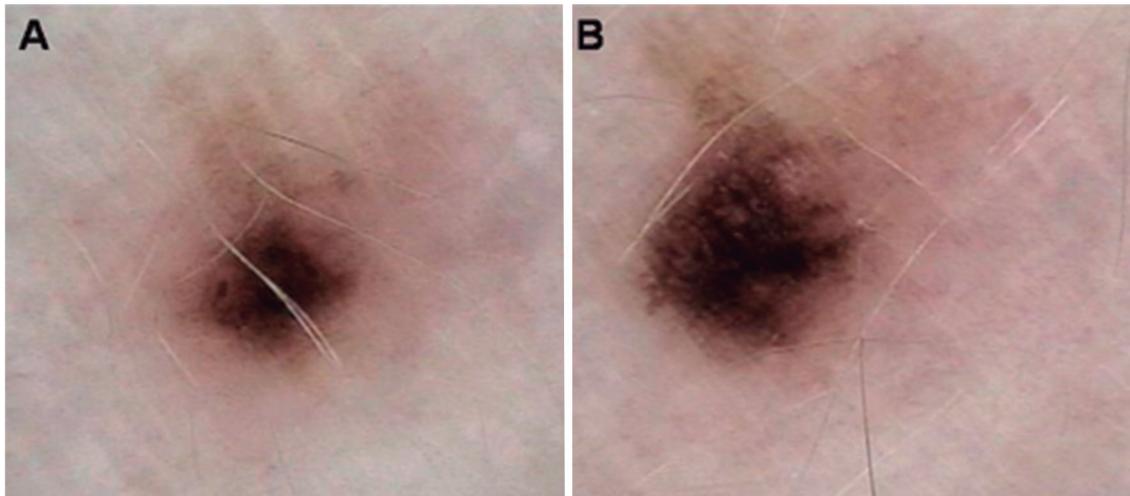


Figura 2. A. Imagen dermatoscópica de lesión asimétrica con eritema perilesional de distribución irregular. **B.** Dermatoscopia de control a los 7 meses que evidencia lesión con aumento de tamaño asimétrico, red negativa, más de cuatro colores y eritema acentuado y focalizado en un sector.

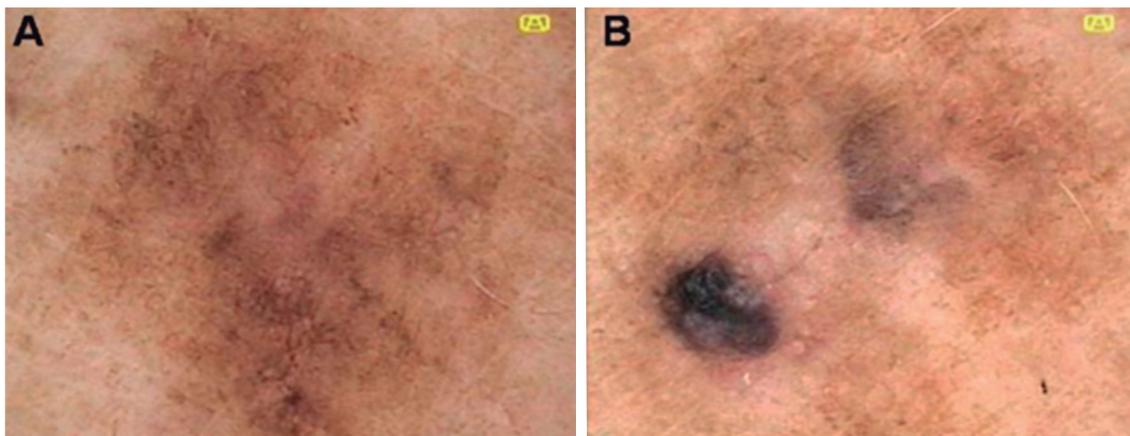


Fig. 3. A. Lesión pigmentada, asimétrica, con patrón reticular. **B.** Control, a los 20 meses, de lesión con área desestructurada, velo azul blanquecino, puntos azul-grises, área blanca compatible con regresión, eritema y más de cinco colores.

demonstraron beneficio con el seguimiento dermatoscópico digital a largo plazo en pacientes con síndrome del nevo atípico, que son aquellos que presentan más de 50 nevos comunes y más de 3 nevos atípicos. También se observó beneficio en aquellos con síndrome de melanoma familiar con nevos atípicos múltiples, quienes presentan antecedentes familiares de dos o más melanomas en parientes de primero o segundo grado junto con características de síndrome del nevo atípico. Por el contrario, aquellos con múltiples nevos melanocíticos, en ausencia de otros factores de riesgo para el desarrollo de melanoma, no se beneficiaron con el seguimiento dermatoscópico digital²³.

Los casos comunicados tenían indicación de seguimiento dermatoscópico digital por presentar factores de alto riesgo para el desarrollo de melanoma: síndrome del nevo atípico, antecedentes personales y familiares de melanoma.

Destacamos el uso de la dermatoscopia digital como herramienta diagnóstica, que nos permite detectar tempranamente signos de melanoma, disminuir el número de intervenciones necesarias, y así mejorar la calidad de vida y sobrevida de los pacientes con riesgo de padecer esta neoplasia altamente agresiva y metastatizante.

Cuadro 1. Estructuras dermatoscópicas y correlación histopatológica

Estructuras dermatoscópicas		Correlación histopatológica
Red de pigmento ¹⁴	Líneas de color marrón o negro que causan un aspecto reticulado sobre un fondo más claro, con forma de orificios	Es la representación de la red de crestas de la epidermis Los orificios corresponden a células pigmentadas de la papila dérmica y las líneas corresponden a las células que se ubican en la zona interpapilar
Red negativa ¹⁵	Malla formada por orificios muy pigmentados y líneas más claras	Nidos grandes de células pigmentadas en las papilas dérmicas con crestas epidérmicas elongadas
Glóbulos ¹⁴	Estructuras ovales o redondeadas, bien delimitadas, de tamaño superior a 0,1 mm, de color marrón, gris o negro	Nidos de melanocitos en la unión dermoepidérmica
Puntos ^{14,16}	Estructuras redondeadas de tamaño inferior a 0,1 mm, de color marrón, negro o azul grisáceo	-Pigmento en estrato córneo, epidermis o dermis -Macrófagos intensamente pigmentados en la dermis -Pequeñas y solitarias células de melanoma en epidermis
Proyecciones radiadas y pseudópodos ¹⁴	Extensiones radiales de pigmento en la periferia de la lesión	Nidos de melanocitos con disposición lineal en la unión dermoepidérmica
Regresión ¹⁴	Áreas de pérdida de estructuras que corresponden a la parte no elevada de la lesión - Áreas blancas - Áreas azules	Fibrosis
Velo azul blanquecino ^{14,16}	Áreas sin estructuras, de color azul, azul grisáceo o azul blanquecino, con aspecto de vidrio esmerilado Corresponde a la parte elevada de la lesión	Melanosis o melanófagos -Melanocitos intensamente pigmentados dermis reticular -Infiltrados de melanófagos en la profundidad
Manchas hiperpigmentadas ¹⁴	Áreas de hiperpigmentación sin estructuras en su interior	Acúmulos densos de melanina en epidermis o dermis superficial
Crisálidas ¹⁷	Líneas blanquecinas brillantes	Alteración de colágeno en dermis papilar

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Rigel DS. Epiluminescence microscopy in clinical diagnosis of pigmented skin lesions?. *Lancet*. 1997; 349:1566-7.
- Argenziano G, Soyer HP. Dermoscopy of pigmented skin lesions- a valuable tool for early diagnosis of melanoma. *Lancet Oncol*. 2001; 2:443-9.
- Haenssle HA, Korpas B, Hansen-Hagge C, et al. Selection of patients for long-term surveillance with digital dermoscopy by assessment of melanoma risk factors. *Arch Dermatol*. 2010; 146:257-64.
- Malvey J, Puig S. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital total-body photography and digital dermoscopy: a two-step method. *Clin Dermatol*. 2002; 20:297-304.
- Salerni G, Terán T, Puig S, et al. Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up of melanocytic skin lesions: a study on behalf of the International Dermoscopy Society. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; 27:805-14.
- Stolz W, Schiffler R, Pillet L, et al. Improvement of monitoring of melanocytic skin lesions with the use of a computerized acquisition and surveillance unit with a skin surface microscopic television camera. *J Am Acad Dermatol*. 1996; 35:202-7.
- Skvara H, Teban L, Fiebiger M, et al. Limitations of dermoscopy in the recognition of melanoma. *Arch Dermatol*. 2005; 141:155-60.
- Lucas CR, Sanders LL, Murray JC, et al. Early melanoma detection: nonuniform dermoscopic features and growth. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 48:663-71.
- Bono A, Bartoli C, Cascinelli N, et al. Melanoma detection. A prospective study comparing diagnosis with the naked eye, dermoscopy and telespectrophotometry. *Dermatology*. 2002; 205: 362-6.
- Kittler H, Guitera P, Riedl E, et al. Identification of clinically featureless incipient melanoma using sequential dermoscopy imaging. *Arch Dermatol*. 2006; 142:1113-9.
- Argenziano G. The impact of dermoscopy on the management of pigmented skin lesions: the role of follow-up. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52:178.
- Rubegni P, Cevenini G, Burrioni M, et al. Objective follow-up of atypical melanocytic skin lesions: a retrospective study. *Arch Dermatol Res*. 2010; 302:551-60.
- Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, et al. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital epiluminescence microscopy: patterns of modifications observed in early melanoma, atypical nevi, and common nevi. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43:467-76.
- Cabo H. *Dermatoscopia*. 2a ed. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2012.
- Carreras C, Zaballos P, Puig S, et al. Correlación histopatológica en dermoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. *Criterios dermatoscópicos de nevus melanocíticos*. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2004; 32:47-60.
- Ungureanu L, Şenilă S, Dănescu S, et al. Correlation of dermoscopy with the histopathological changes in the diagnosis of thin melanoma. *Rom J Morphol Embryol*. 2013; 54:315-20.
- Martín JM, Bella-Navarro R, Jordá E. Vascularización en dermoscopia. *Actas Dermosifiliogr*. 2012; 103:357-75.
- Menzies SW, Gutenev A, Avramidis M, et al. Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions. *Arch Dermatol*. 2001; 137:1583-9.
- Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma, III: family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer*. 2005; 41:2040-59.
- Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma, II: sun exposure. *Eur J Cancer*. 2005; 41:45-60.
- Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma, I: common and atypical naevi. *Eur J Cancer*. 2005; 41:28-44.
- Haenssle HA, Kraus SL, Brehmer F, et al. Dynamic changes in nevi of a patient with melanoma treated with vemurafenib: importance of sequential dermoscopy. *Arch Dermatol*. 2012; 148:1183-5.
- Haenssle HA, Korpas B, Hansen-Hagge C, et al. Selection of patients for long-term surveillance with digital dermoscopy by assessment of melanoma risk factors. *Arch Dermatol*. 2010; 146:257-64.