

# Impacto de la dermatoscopia en la práctica clínica

**Blanca Carlos-Ortega,<sup>1</sup> Fernando Montes de Oca-Monroy<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Dermatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

<sup>2</sup>Departamento de Dermatología, Hospital Durango  
Distrito Federal, México

Comunicación con: Blanca Carlos-Ortega.

Correo electrónico: blancarlos\_1@hotmail.com

Durante siglos, la observación "a simple vista" ha sido el pilar fundamental de la exploración dermatológica; entre 1960 y 1970, el diagnóstico clínico del melanoma se basaba en síntomas y signos como prurito, ulceración y sangrado, datos asociados con mal pronóstico en el momento del diagnóstico. La incidencia y la mortalidad del melanoma maligno se han incrementado en todo el mundo, lo que ha estimulado retomar la dermatoscopia, la cual ha coadyuvado a prevenir y mejorar el pronóstico del melanoma maligno.

During a long time, the visual exploration had been the main strategy in dermatology. Melanoma diagnosis is established with symptoms like pruritus, scars and bleeding. The incidence of melanoma and its high mortality led to the use of dermoscopy, which had shown good results for identification, prevention and diagnosis of malign melanoma.

La dermatoscopia es una técnica de diagnóstico no invasiva muy útil fundamentalmente para el estudio de los tumores cutáneos pigmentados, que permite la observación de una serie de estructuras en cada lesión y traduce un parámetro histopatológico, formando así un enlace entre la dermatología clínica macroscópica y la dermatopatología microscópica.<sup>1-3</sup> Con la dermatoscopia se previene la exéresis de lesiones benignas que clínicamente puedan parecer malignas y mejora la precisión diagnóstica de las neoplasias melanocíticas. Su principal objetivo es la detección precoz del melanoma maligno y de sus lesiones precursoras, como el nevo displásico.<sup>2</sup>

Clínicamente los nevos melanocíticos benignos pueden simular melanoma debido a que esta neoplasia en su inicio presenta una forma regular y color homogéneo, y a su vez ésta puede ser diagnosticada erróneamente como benigna. En Australia ha sido informado que la proporción melanoma/neoplasias pigmentadas benignas removidas por dermatólogos y médicos familiares es 1:12 y 1:30, respectivamente.<sup>4</sup>

La forma más simple y sencilla a disposición de cualquier dermatólogo es el dermatoscopio manual, que a través de un sistema óptico amplifica la imagen y elimina la refracción de la capa córnea, con lo que se consigue la observación de estructuras epidérmicas y dérmicas que no pueden ser apreciadas a simple vista.<sup>2,5-7</sup>

Bafounta y colaboradores informaron los resultados de un metaanálisis que evaluó la certeza del diagnóstico dermatoscópico del melanoma por dermatólogos expertos *versus* la exploración a simple vista, concluyendo que la dermatoscopia tiene un poder de discriminación significativamente más alto que la exploración a simple vista, con una razón de momios de 76 *versus* 16, respectivamente.<sup>8</sup> Así, podemos estar seguros que el melanoma tendrá menos oportunidades de matar individuos en el siglo XXI.

El mejor tratamiento del melanoma maligno es su prevención y cuando se diagnostica en etapas tempranas de su desarrollo es altamente curable: 95 % de supervivencia a cinco años. Una vez avanzado, todos los pacientes con afección ganglionar tienen un riesgo mayor a 50 % de afección sistémica, de ahí que los tratamientos son paliativos y muy costosos;<sup>9</sup> en el Instituto Mexicano del Seguro Social actualmente alcanza la cifra de 90 mil pesos en forma general, sin la garantía de la sobrevida del paciente ni de su curación.

La forma digital de la dermatoscopia es una técnica muy valiosa para el seguimiento de los nevos melanocíticos, permite el almacenaje de las imágenes e identifica los cambios a través del tiempo que indican malignidad inminente y facilita la vigilancia de las lesiones de la piel, especialmente en pacientes con múltiples nevos atípicos.<sup>10,11</sup> Es de gran necesidad en instituciones como la nuestra para evitar tratamientos agresivos y costosos que comprometen la calidad de vida del paciente, así como la mejoría significativa en el diagnóstico precoz de melanoma.

Consideramos necesario que todo dermatólogo aplique esta técnica en la práctica clínica diaria: es barata, confiable y relativamente fácil de utilizar tras un adecuado entrenamiento y formación en dermatoscopia. Su utilidad depende de la experiencia y aplicación correcta por parte del dermatólogo. Permite identificar precozmente las lesiones sospechosas de malignidad. Sin ella, los resultados en cuanto a eficacia diagnóstica son peores que la exploración a simple vista.

Es muy poco el conocimiento en nuestro medio acerca del impacto de la dermatoscopia en el diagnóstico de las lesiones pigmentadas, incluyendo el melanoma maligno. Su aplicación correcta permite identificar el sitio idóneo para la toma de biopsia en el estudio del melanoma maligno, así como una me-

yor clasificación de las lesiones por la reducción en el número de biopsias innecesarias y en la decisión final de su manejo.

Sugerimos la inclusión del aprendizaje de esta técnica en los programas de formación de los médicos residentes de dermatología, tal como sucede en países del primer mundo.

## Referencias

1. Soyer HP, Argenziano G, Talamini R, Chimenti S. Is dermoscopy useful for the diagnosis of melanoma? *Arch Dermatol* 2001;137:1343-1350.
2. Herrero JE, Puig S, Malvey J. Utilidad de la microscopia de epiluminiscencia en el diagnóstico de tumores pigmentados no melanocíticos. *Piel* 2001; 16:290-306.
3. Malvey J, Llambrich A, Puig S. Signos guía en el diagnóstico diferencial en dermatoscopia. *Piel* 2004; 5:82-88
4. Marks R, Jolley D, McCormack C, Dorevitch A. Who removes pigmented skin lesion? *J Am Acad Dermatol* 1997;37:721-726.
5. Pehamberger H, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminiscence microscopy of pigmented skin lesions: pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:571-583.
6. Stolz W, Riemann A, Coggnetta AB, Pillet L, Abmayr W, Hoelzel D, et al. ABCD rule of dermatoscopy: a new practical method for early recognition of melanoma. *Eur J Dermatol* 1994; 4:521-577.
7. Carrera C, Zaballos P, Puig S, Malvey J, Mascaró-Galy J, J Palou. Correlación histológica en dermatoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Criterios dermatoscópicos de nevus melanocíticos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2004;32:47-60.
8. Bafounta M-L, Beauchet A, Aegerter P, Salag P. Is dermoscopy useful for the diagnosis of melanoma? results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnosis tests. *Arch Dermatol* 2001;137:1343-1350.
9. Guidelines For The Management of Cutaneous Melanoma. *Aust Cancer Net* 1997;(June):26-34.
10. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Follow-up of melanocytic skin lesions with digital epiluminiscence microscopy: patterns of modifications observed in early melanoma, atypical nevi and common nevi. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43:467-476.
11. Carli P, De Giorgi V, Chiarugi A, Nardini P, Weinstock M, Crocetti E, et al. Addition of dermoscopy to the conventional naked-eye examination in melanoma screening: a randomized study. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50:683-689.