



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
CENTRO DERMATOLÓGICO “DR. LADISLAO DE LA PASCUA”

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
DERMATOLOGÍA

“CORRELACION CLINICA, DERMATOSCÓPICA E HISTOPATOLÓGICA DE
NEVOS MELANOCITICOS DISPLASICOS EN POBLACION MEXICANA DEL
CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
OBSERVACIONAL TRANSVERSAL



PRESENTADO POR: DRA. YUVISELA MÉNDEZ AGUILAR
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA

DIRECTOR:	Dr. FERMÍN JURADO SANTA CRUZ
ASESORES DE TESIS:	Dr. DANIEL ALCALÁ PÉREZ
ASESOR METODOLOGICO	MCA MARÍA LUISA PERALTA PEDREROS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“Correlacion clinica, Dermatoscópica e Histopatológica de
nevus melanociticos displasicos en población mexicana del
centro dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua”**

Dra. Yuvisela Méndez Aguilar

Vo. Bo.

**Dr. Fermín Jurado Santa Cruz
Profesor Titular del Curso de Especialización
en Dermatología**

Vo. Bo.

**Dr. Antonio Fraga Mouret
Director de Educación e Investigación**

**“Correlacion clinica, Dermatoscópica e Histopatológica de
nevus melanociticos displasicos en población mexicana del
centro dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua”**

Dra. Yuvisela Méndez Aguilar

Vo. Bo.

**Dra. Martha Morales Sánchez
Jefe de Enseñanza e Investigación**

Vo. Bo.

**Dr. Daniel Alcalá Pérez
Profesor adjunto del Centro Dermatológico Pascua**

ÍNDICE

ANTECEDENTES.....	3
GENERALIDADES.....	3
ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	5
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	7
PATOGENIA	10
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	12
DIAGNÓSTICO	19
DERMATOSCOPIA.....	20
HISTOLOGÍA.....	31
CORRELACIÓN CLÍNICO-HISTOLÓGICA	34
SEGUIMIENTO	35
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	36
TRATAMIENTO	36
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
JUSTIFICACIÓN.....	38
OBJETIVOS.....	39
GENERAL.....	39
ESPECÍFICOS.....	40
HIPOTESIS.....	40
HIPOTESIS SECUNDARIA	41
MATERIAL Y MÉTODOS.....	41
ÁREA DE INVESTIGACIÓN	41
DISEÑO DEL ESTUDIO	41
UNIVERSO DE ESTUDIO	41
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	41
POBLACIÓN	42
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	42
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	42

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	42
DEFINICIÓN DE VARIABLES	42
PROCEDIMIENTO.....	47
ASPECTOS ÉTICOS	48
RECURSOS	48
RECURSOS HUMANOS	48
RECURSOS MATERIALES	48
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	49
RESULTADOS	50
ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	50
VARIABLES CLÍNICAS.....	54
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES	69
BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXOS.....	76

ANTECEDENTES

GENERALIDADES

La palabra nevo deriva del latín *naevus* que significa marca de nacimiento y se utiliza para describir un hamartoma, el apellido que se le da al nevo nos indica el origen celular del mismo. ¹

Los nevos se pueden clasificar en nevos melanocíticos y nevos de células de componentes dérmicos. ¹ (Tabla 1)

Tabla 1. Clasificación de nevos

Clasificación	
Nevos melanocíticos	
1. De células névicas	Nevos adquiridos comunes
	<ul style="list-style-type: none">• De unión• Compuesto• Intradérmico
2. Displásico	
3. Congénito	
<ul style="list-style-type: none">• Tipo I (< 2 años)• Tipo 2 (> 2 años)• Pequeño (< 1.5 cm)• Mediano / Grande (1.6 cm-19.9 cm)• Gigante (> 20 cm)	
4. Nevo de Spitz	
Melanocitos epidérmicos	Lénigo simple Léntigo solar Léntigo segmentario Nevo Spilus Nevo de Becker
Melanocitos dérmicos	Mancha mongólica Nevo de Ito Nevo de Ota Nevo Azul Nevo fuscoceruleus
Nevos de células de componente dérmicos	
Sebáceo	
Verrugoso	
Comedónico	
Ecrino	

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.²

Los nevos melanocíticos displásicos son nevos con características atípicas en relación a su forma, tamaño y color; que se asocian a un alto riesgo de transformación maligna por lo que se consideran precursores de melanoma, que aunque este corresponde solo al 4% de todos los tipos de cáncer de piel, es responsable del 80% de las muertes reportadas por esta causa.³

En la literatura se utilizan diferentes nombres para referirse a un nevo displásico; incluyendo nevo B-K, nevo de Clark, nevo atípico y nevo con trastorno de la arquitectura. El término de nevo con trastorno de la arquitectura fue recomendado por el consenso del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH) en 1992, aunque no ha sido totalmente aceptado.³⁻⁴

Algunos autores describen a los nevos displásicos como cualquier lesión que se encuentre entre los conceptos bien definidos de nevo melanocítico común y melanoma.

Por lo tanto su definición debe de ser exclusivamente dermatopatológica, ya que en general no se observa buena correlación clínico patológica.²

Muchos estudios definen la presencia de nevos displásicos como el mayor factor de riesgo asociado para el desarrollo de melanoma.⁵ Se cree también que los nevos melanocíticos comunes y los nevos displásicos son lesiones precursoras de melanoma. La mayor evidencia para esta teoría se basa en las asociación clínica e histológica observada entre los nevos y el melanoma.⁶

El principal desafío con los nevos displásicos radica en que aún existe controversia con respecto a su nomenclatura, definición clínica, criterios dermatoscópicos, patrones histológicos y de sus aspecto moleculares y genéticos.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1820, Norris describe la presencia de melanoma en familias en las que había pacientes con múltiples lesiones melanocíticas.

En 1978 Clark y colaboradores reportaron un aumento de la incidencia de melanoma en familias con múltiples lesiones pigmentadas , introduciendo el modelo de progresión tumoral de un nevo melanocítico a melanoma, denominándolo “Síndrome de nevos B-K” nombrado así por las iniciales de los apellidos de los primeros pacientes descritos.⁷⁻⁸

Clark acuñó el término de nevos displásicos para lesiones que se presentaban en pacientes con historia familiar y personal de melanoma y que presentaban entre 10 y 100 nevos de más de 5 mm, de forma irregular y pigmentación variable, además de esto el agregó que histológicamente estas lesiones se caracterizan por la presencia de hiperplasia melanocítica atípica.

En 1980, Greene y colaboradores utilizaron el término de “Síndrome de nevos displásicos” para casos similares a los descritos por Clark.

En 1983 Elder y colaboradores describieron a los nevos displásicos en un contexto no familiar y se refirieron a él como “ Síndrome del nevo displásico esporádico” en relación con la presencia de un número menor de estos nevos en pacientes sin historia familiar de melanoma. Posteriormente Ackerman y Magaña García denominaron estas lesiones como “nevos melanocíticos adquiridos de Clark”.⁹

Clark y Elder en 1984 sugirieron un modelo de desarrollo y progresión del melanoma basado en modelos experimentales y observaciones clínicas e histológicas, que consta de 6 pasos: (1) precursor de melanocitos, (2) nevos melanocíticos comunes adquiridos o congénitos con la presencia de melanocitos normales, (3) nevos displásicos con atipia estructural y arquitectónica, (4) melanoma de crecimiento radial, (5) melanomas primarios no tumorigénicos sin capacidad de hacer metástasis y (6) melanomas metastásicos. En este modelo los nevos displásicos son considerados como lesiones precursoras de melanoma.

Desde la descripción inicial de los nevos displásicos por Clark y Lynch, la relación exacta de estas lesiones con el melanoma familiar y con el riesgo de melanoma individual han sido fuente de controversia, la cual continua hasta nuestros días.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

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.¹

Estimaciones más precisas consideran que del 2 al 8% de los caucásicos desarrollarán nevos displásicos durante su vida, con una predilección por los individuos jóvenes.¹⁰

La presencia de nevos displásicos en los pacientes con historia de melanoma es mucho mayor; oscila del 34 al 59%.¹⁰

Estudios epidemiológicos han demostrado que el riesgo para el desarrollo de melanoma se correlaciona de forma estadísticamente significativa con la presencia de nevos clínicamente displásicos.¹¹⁻¹²

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 vs 10 por 100,000/año).¹³

Se ha calculado que uno de cada 300 nevos melanocíticos comunes tiene el potencial de evolución a melanoma, lo mismo ocurre en el 10% de los nevos displásicos.¹⁴

El número de nevos melanocíticos comunes y displásicos es considerado un factor independiente de riesgo para el desarrollo de melanoma.¹⁵ Si una persona tiene entre 100 y 115 nevos, el riesgo de desarrollar melanoma es de 7 a 12 veces mayor que el de una persona con un máximo de 10 a 15 nevos melanocíticos comunes.¹⁶⁻¹⁷ La presencia de un nevo displásico implica un riesgo 2 veces mayor de desarrollo de melanoma, mientras que la presencia de 10 o más nevos displásicos implica un riesgo 12 veces mayor. Por lo tanto el nevo displásico puede considerarse un marcador de riesgo para el paciente más que una lesión de riesgo en sí misma.¹¹

Hay reportes en la literatura en los que el riesgo relativo se encuentra en rangos del 3.9 al 8.8% basado solo en el diagnóstico clínico de nevos displásicos en un contexto no familiar. Titus-Ernstoff y colaboradores encontraron un riesgo relativo del 6.2% considerando el diagnóstico clínico e histológico.¹⁸

Entre un 29 y un 49% de los melanomas no familiares se dan en pacientes con presencia de nevos displásicos.

En personas con historia familiar o personal de melanoma, la presencia de nevos displásicos es un marcador de riesgo muy significativo. El riesgo se multiplica por 100 y el 50% de ellos desarrollarán algún melanoma antes de los 50 años.¹⁹⁻²⁰

Los nevos displásicos tienen una prevalencia mayor en individuos jóvenes debajo de los 40 años de edad de fototipos I y II.¹⁰ La predilección de los nevos displásicos por áreas fotoexpuestas esta asociado con la historia familiar de quemaduras solares intensas en la infancia y adolescencia.¹⁰

La evidencia sugiere que la exposición solar sumada a la susceptibilidad genética aumenta la aparición de este tipo de nevos.²¹

Bataille y colaboradores han demostrado que la exposición al sol puede modificar de manera significativa la incidencia del nevo displásico. De acuerdo a lo publicado por estos autores, la prevalencia del fenotipo “síndrome de nevos displásicos” era del 6% de la población expuesta de forma crónica al sol frente al 2% de la cohorte que no lo está.³⁵

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

Se consideran lesiones dinámicas que progresivamente pueden ser más o menos atípicas; sin embargo la mayoría presentan regresión o permanecen estables durante toda la vida.

PATOGENIA

La evidencia sugiere que la susceptibilidad genética puede aumentar la aparición de nevos displásicos. Diversos estudios revelan anomalías en el DNA.¹⁰ Los sitios asociados con susceptibilidad genética son los cromosomas 9p21 y 1p36.²² Está comprobado que la presencia de nevos displásicos aumenta el riesgo de melanoma en pacientes con mutaciones en la línea germinal CDKN2A, el locus principal para la susceptibilidad de melanoma. Este locus involucra dos genes importantes involucrados en el control del ciclo celular y la apoptosis: p16 y P14ARF.

La presencia de un gen de susceptibilidad para el desarrollo de nevos displásicos también ha sido observado en el cromosoma 7q21.3 en pacientes con mutaciones en el gen p16.

El gen supresor p16 codifica la síntesis de una cinasa dependiente de ciclina que impide la proliferación celular en la fase G1 a través de la unión a CDK 4 y 6, lo que impide la fosforilación de la proteína de retinoblastoma, activando así el crecimiento celular.

Una alta incidencia de mutaciones somáticas del gen BRAF, también ha sido detectada en pacientes con nevos displásicos y melanoma. Las lesiones melanocíticas de crecimiento rápido son más susceptibles a tener mutaciones en este gen, comparándolas con las lesiones sin historia de cambios en su aspecto clínico.²¹

Otros cambios genéticos descritos en los nevos displásicos incluyen inestabilidad microsatélite y disminución de la actividad de la enzima telomerasa.²⁴

Los pacientes con nevos displásicos tienen disminuida la habilidad de reparar el daño en el DNA producido por la radiación UV.²¹

Existen interacciones genéticas y ambientales que están claramente involucradas en la transformación de las lesiones melanocíticas, sin embargo sus mecanismos moleculares continúan sin entenderse por completo.

Casi la totalidad de las anomalías moleculares, genéticas, biológicas, inmunológicas y estructurales que han sido identificadas en el melanoma han sido observadas también en los nevos displásicos.

Los cambios observados en el nevo displásico lo sitúan en una posición intermedia entre el nevo melanocítico común y el melanoma, lo que apoya la teoría de progresión del tumor.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Originalmente Clark y colaboradores describieron a los nevos displásicos como lesiones planas, mayores a 10 mm de diámetro y de color negro, azul, rosa o en ocasiones despigmentadas. Pero debido a su baja reproducibilidad, esta definición no ha sido bien aceptada.

La falta de un consenso en relación con el diagnóstico de nevos displásicos ha dado lugar a la existencia de diferentes definiciones clínicas. Una de ellas se basa en la presencia de al menos tres de las siguientes cinco características: (1) diámetro mayor de 5 mm, (2) bordes poco definidos, (3) márgenes irregulares, (4) múltiples colores, (5) presencia de componente macular y papular.²³ (Fig. 1)



Fig. 1 Nevo displásico; características clínicas

Por lo tanto para la detección de lesiones pigmentadas clínicamente sospechosas, se puede aplicar la regla nemotécnica más estructurada del ABCD(E), que es utilizada para la detección de melanoma, ya que existe una importante

superposición con la misma, es decir las lesiones se consideran como 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), un diámetro mayor a 5 mm (D= diámetro) y la elevación de la lesión, presentando simultáneamente un componente papular y macular (E= elevación).²⁴

(Tabla 2)

Tabla 2. Regla ABCD

Asimetría	Al trazar una línea imaginaria que divida la lesión en dos partes, éstas deben ser superponibles. Se considera asimétrica si no es superponible en uno o dos ejes.		
Bordes	Bordes regulares y bien delimitados sin entrantes ni salientes. Los bordes dentados y angulosos serán atípicos.		
Color	Coloración homogénea en toda la lesión. En general, se permiten pequeñas variaciones de intensidad y tono de un mismo color, pero no deben estar presentes otros colores (rojo, negro, gris, blanco, azul)		
Diámetro	El diámetro mayor debe ser inferior a 5 mm		

Aún así, esta técnica también presenta problemas, ya que aunque esta bien diseñada para distinguir entre nevos melanocíticos comunes y melanoma, no es específica para distinguir nevos displásicos. (Fig. 2) ²⁵

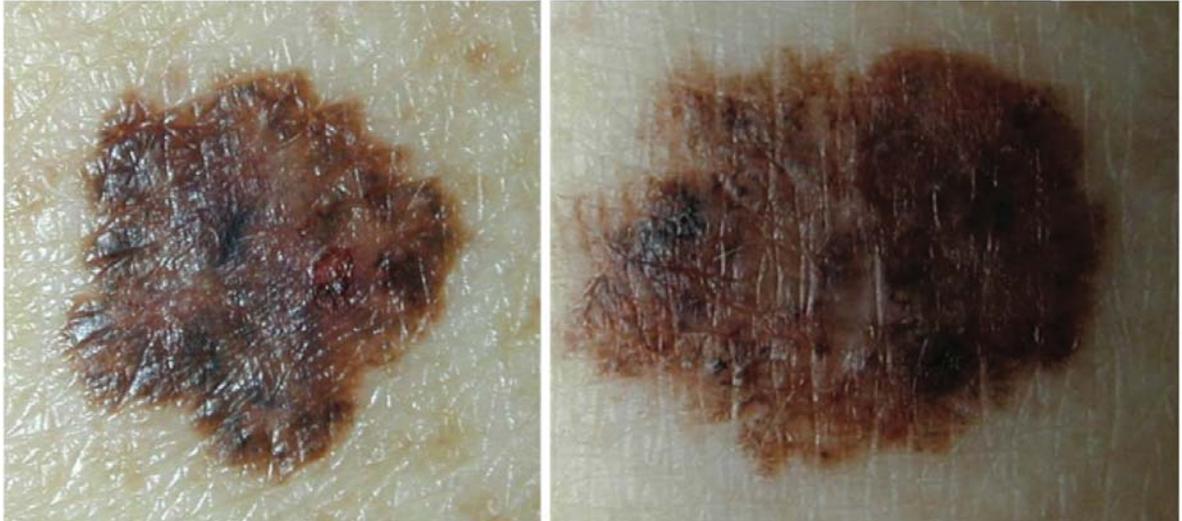


Fig. 2 Imagen macroscópica de dos lesiones melanocíticas cuyas características se superponen por la regla del ABCD (asimetría, bordes irregulares, diferentes tonos de pigmento y diámetro mayor a 6 mm) Izquierda: Nevo displásico; Derecha: Melanoma

Los nevos displásicos pueden estar presentes en cualquier topografía, siendo el tronco posterior la localización más frecuente.

El número de nevos displásicos se correlaciona directamente con el recuento individual de nevos melanocíticos comunes. Además desde el punto de vista clínico se sabe que los nevos displásicos pueden evolucionar a partir de un nevo melanocítico común o mostrar características atípicas desde que emergen. ²³

Se han descrito variedades clínicas de nevos displásicos, éstas son:

-
1. *Nevo en huevo frito*: lesión pigmentada, levada, central y rodeada de un anillo macular más claro de márgenes mal definidos.
 2. *Nevo en ojo de buey o en diana*: nevo más claro en el centro que en la periferia.
 3. *Variante lentiginosa o de tipo lentigo*: nevo de superficie plana y homogénea de color pardo claro que se confunde con un lentigo.
 4. *Variante parecida a queratosis seborreica*: nevo con superficie empedrada y pseudoquistes córneos.
 5. *Variante eritematosa*: lesión carente de pigmento que muestra una superficie homogénea rosada o rojiza.
 6. *Simuladores de melanoma*: corresponde a lesiones con un grado de asimetría y variedad de colores que sugieren melanoma. ¹⁴ (Fig. 3)

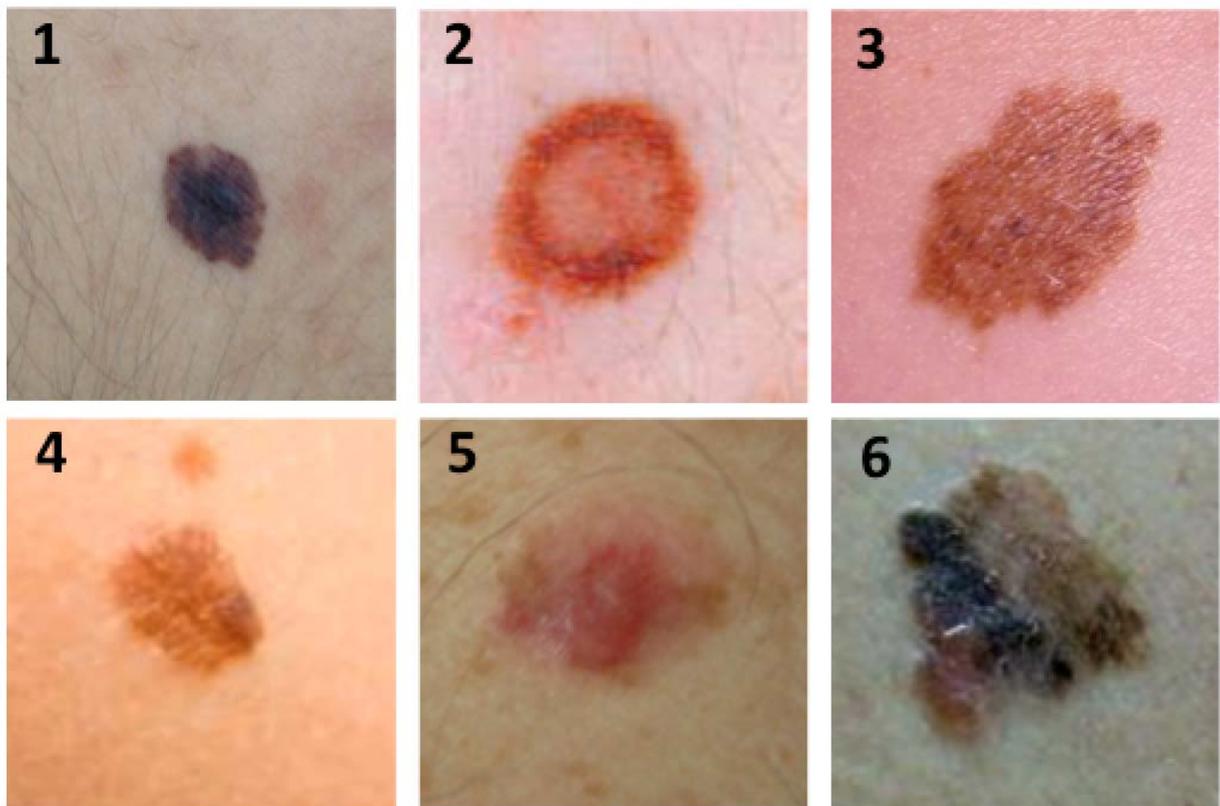


Fig. 3 Variantes clínicas de nevos displásicos

Existen características clínicas que nos permiten sospechar de lesiones premalignas. (Tabla 3)

Tabla 3. Comparación de características clínicas de nevos melanocíticos comunes, nevos displásico y melanoma.

Característica	Nevo común	Nevo displásico	Melanoma
Número	Varios o muchos	Uno o varios	Uno
Distribución	Tronco y extremidades	Tronco y extremidades	Tronco posterior y piernas
Inicio	Infancia y adolescencia	Adolescencia temprana	Cualquier edad, adultos jóvenes
Tamaño	< de 6 mm	3 – 15 mm	> 10 mm
Margen	Regular y bien definido	Irregulares y mal definidos	Más irregulares y poco definidos
Simetría	Sí	No	Gran asimetría
Color	Pardo, café, café oscuro, color piel.	Pardo, café, café oscuro, negro, rosado.	Pardo, café, café oscuro, negro, rojo, gris, azul, blanco.
Superficie	Papulosa	Componente macular	Macular, nodular, elevado.
Marcas cutáneas	Acentuadas	En empedrada	Acentuación, desaparición y/o ulceración.

*Adaptado de Bologna *et al.*

El síndrome de nevos displásicos se ha descrito por varios autores en base a las características clínicas de los pacientes y su historia personal y/o familiar de melanoma, con o sin confirmación histológica de nevos displásicos.

El síndrome de nevos displásicos clásico fue descrito por Clark y colaboradores y se caracteriza por la siguiente triada: (1) presencia de 100 o más nevos, (2) al menos un nevo mayor a 8 mm y con características clínicas de atipia, (3) en pacientes con antecedentes familiares de melanoma.¹⁰

Según Kopf y colaboradores el síndrome de nevos displásicos se puede clasificar en 5 tipos: (A) Nevo displásico esporádico y sin melanoma; (B) Nevo displásico familiar sin melanoma; (C) Nevo displásico esporádico con melanoma; (D1) Nevo displásico familiar con una persona e la familia con melanoma; (D2) Nevo displásico familiar con dos o más miembros en la familia con melanoma. ²⁶

Según el NIH en el consenso de 1992, se considera como Síndrome de nevo displásico cuando existe diagnóstico de melanoma en uno o más familiares de primero o segundo grado, más de 50 nevos melanocíticos, que algunos de ellos tengan características de atipia y que existan cambios histológicos en algunos de los nevos melanocíticos. ¹³



Fig. 4 Paciente joven con múltiples nevos displásicos.

De acuerdo con Newton y colaboradores el síndrome de nevo displásico se puede definir por un sistema de puntos, asignando un punto por cada característica, como se ve en la tabla 4.²⁷

Tabla 4. Síndrome de nevos displásico, clasificación y características.

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS	COMENTARIOS
Newton y colaboradores (1993)	(1) Dos o más nevos clínicamente displásicos, (2) Más de 100 nevos en pacientes entre 20 y 50 años, (3) Más de 50 nevos en pacientes en menores de 20 años o en mayores de 50 años, (4) Más de un nevo en tronco posterior, (5) nevos en la piel cabelluda, (6) una o más lesiones pigmentadas en el iris.	Puntajes mayores o iguales a 3 caracterizan el fenotipo del síndrome de nevos displásicos.
Clásico (1990)	(1) 100 o más nevos melanocíticos, (2) un nevo melanocítico mayor o igual a 8 mm en su diámetro mayor y (3) uno o más nevos clínicamente displásicos.	Requiere de todos los criterios para su diagnóstico. Baja sensibilidad.
NIH (1992)	(1) Historia de melanoma en uno o más familiares de primer o segundo grado, (2) Más de 50 nevos, algunos displásicos, de diferentes tamaños y (3) Nevos melanocíticos con cambios histológicos de atipia.	Requiere cambios histológicos y considera únicamente pacientes con historia familiar de melanoma.

Por lo tanto la presencia de nevos displásicos o de síndrome de nevos displásicos puede considerarse como un espectro de expresiones fenotípicas, que les confiere a los portadores diferentes riesgos de producir melanoma.²⁷

La sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico de los nevos displásicos es de 58.4% y 66.6% respectivamente.⁴¹

DIAGNÓSTICO

La distinción clínica entre las lesiones pigmentadas malignas y benignas puede ser difícil en algunos casos. Sin embargo con el uso de la dermatoscopia, un método de diagnóstico no invasivo auxiliar en el examen dermatológico de inicio es posible aumentar la exactitud de diagnóstico de las lesiones pigmentadas, incluyendo melanomas. En un metaanálisis de 27 estudios, Kittler y colaboradores demostró un incremento del 49% en la exactitud del diagnóstico, con 6% y 9% de incremento en la especificidad y sensibilidad respectivamente.

Por otra parte Carli y colaboradores demostró una reducción del 9% en el número de pacientes remitidos para una biopsia.

En las últimas décadas se han descrito en la dermatoscopia varios algoritmos diagnósticos para el reconocimiento de lesiones pigmentadas malignas, incluyendo el método de patrón de análisis, la regla ABCD, la lista de verificación de los 7 puntos, el algoritmo CASH, el método de Menzies y otros.

Las lesiones pigmentadas de la piel con patrones dermatoscópicos atípicos o no específicos deben ser extirpados 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 el melanoma.

DERMATOSCOPIA

La dermatoscopia es una técnica de diagnóstico in vivo no invasiva que permite la observación de las lesiones cutáneas. Con ella se pueden visualizar estructuras cutáneas que a simple vista no se aprecian. Esta técnica se basa en el uso de una lente de aumento y un sistema de iluminación incidente cuya radiación es absorbida por la melanina.

Se debe considerar el paso intermedio entre la observación clínica y el estudio histopatológico de una lesión.²⁸ Mediante su utilización se aumenta la exactitud diagnóstica del 5 al 30% sobre la observación clínica³⁶.

Existen signos característicos que nos permiten diferenciar lesiones melanocíticas o no melanocíticas.

El método de las dos etapas es el más utilizado en la dermatoscopia, en la primera etapa se debe discernir si una lesión pigmentada es melanocítica o no melanocítica; si la lesión es melanocítica se aplica la segunda etapa que se centra en el diagnóstico diferencial entre melanoma y lesiones melanocíticas benignas.

(Fig. 5)

Ante una lesión pigmentada, la primera cuestión es si existen criterios de lesión melanocítica, los cuales se enumeran en seguida:

Retículo pigmentado: Red de líneas cafés o negras sobre un fondo claro. (Fig. 6)

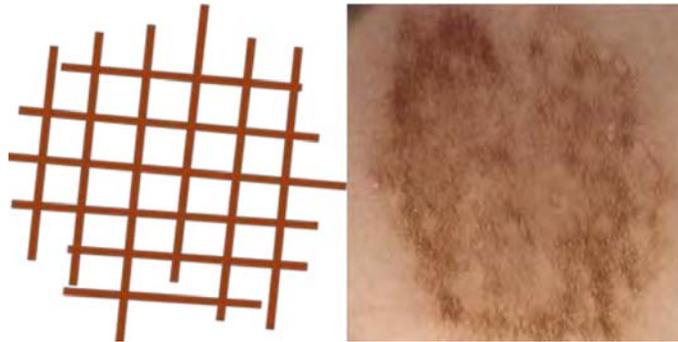


Fig. 6 Retículo pigmentado

Pseudoretículo pigmentado: Se presenta principalmente en cara, se caracteriza por áreas hiperpigmentadas con zonas ovaladas no pigmentadas en su interior que corresponden con las aperturas foliculares. (Fig. 7)

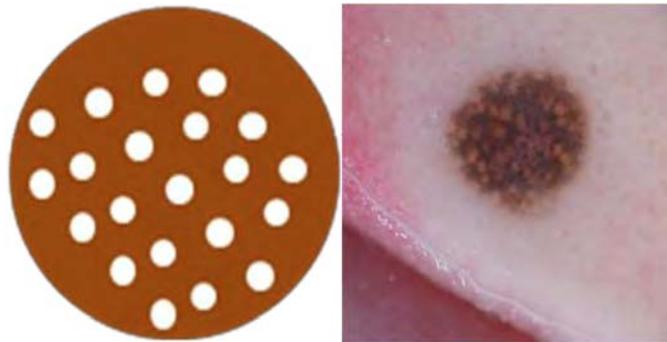


Fig. 7 Pseudoretículo pigmentado

Agregado de glóbulos marrones-negro-grisáceos: Estructuras redondas u ovales, mayores a 0.1mm. (Fig. 8)



Fig. 8 Agregado de glóbulos de pigmento

Proyecciones lineales o pseudópodos: Estructuras lineales, localizadas en la periferia, que nacen del cuerpo de la lesión. (Fig. 9)

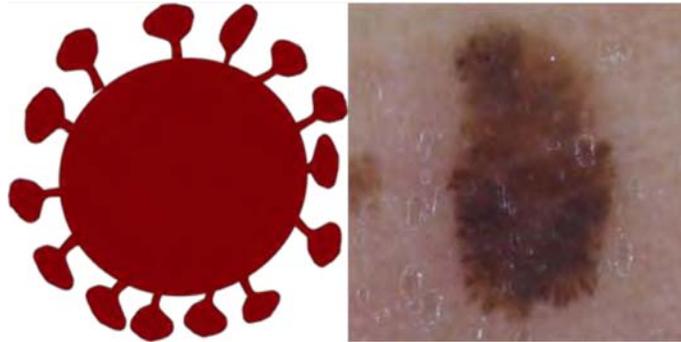


Fig. 9 Proyecciones lineales o pseudópodos

Pigmentación azul homogénea: Pigmentación azul, sin estructuras, en ausencia de retículo pigmentado u otros hallazgos dermatoscópicos. (Fig. 10)

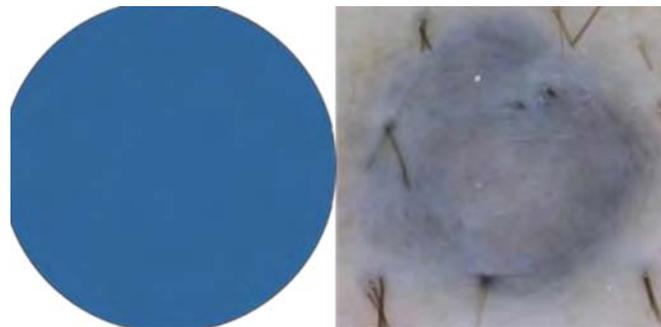


Fig. 10 Pigmentación azul homogénea

Patrón paralelo: Distribución del pigmento en forma lineal o a lo largo de los surcos o de las crestas de la piel acral. Lo podemos encontrar en dos formas: *patrón paralelo del surco* en donde la pigmentación se encuentra en el surco profundo del dermatoglifo, es característico de los nevos melanocíticos (Fig. 11); y en el *patrón paralelo de la cresta* las células pigmentadas se sitúan en la cresta intermedia del dermatoglifo, característico de nevos displásicos y melanomas (Fig. 12).

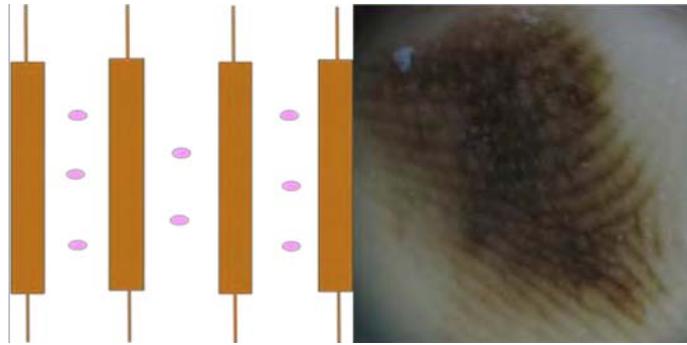


Fig. 11. Patrón paralelo del surco

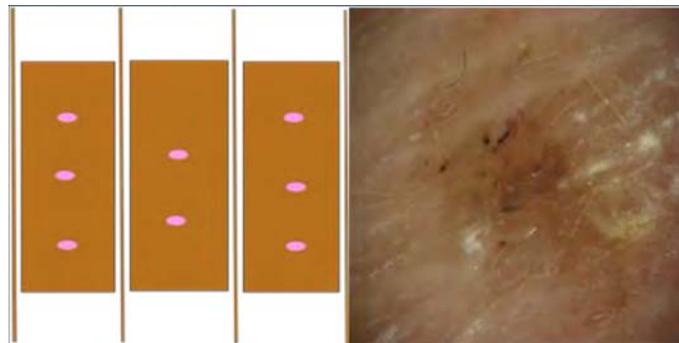


Fig. 12 Patrón paralelo de la cresta

Siguiendo el procedimiento de las dos etapas las lesiones clasificadas como melanocíticas se analizarán en una siguiente etapa. Mediante los diferentes criterios y patrones definidos por consenso se pueden clasificar en lesiones benignas, lesiones sospechosas (como es el caso de los nevos displásicos) las cuales requieren estudio histopatológico para descartar malignidad y melanomas.²⁹

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 7 puntos de Argenziano.

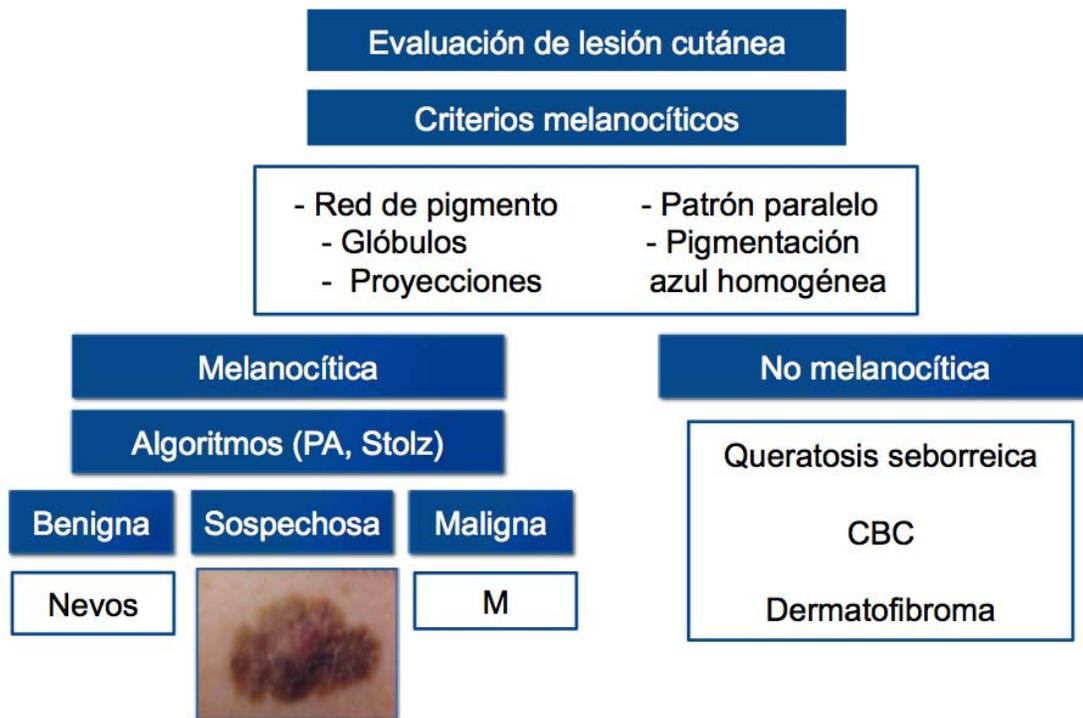


Fig. 13 Método de las dos etapas para análisis de lesiones pigmentadas

Los parámetros dermatoscópicos que se pueden observar en los nevos displásicos son los descritos anteriormente, con la particularidad de que se pueden combinar diferentes características que darán un aspecto más atípico, en ocasiones difícil de diferenciar de un melanoma.

Por lo que la definición de criterios dermatoscópicos que ayuden a establecer el diagnóstico de nevos displásicos con buena precisión continua considerándose un desafío.

En 1993 Pehamberger y colaboradores propusieron un modelo dermatoscópico de diagnóstico para las lesiones melanocíticas, llamado análisis de patrones, con una

precisión diagnóstica del 76% en comparación con el 58% del examen clínico sin dermatoscopia.³⁰⁻³¹

Este modelo utiliza características dermatoscópicas que se encuentran más comúnmente en los nevos displásicos en comparación con las que se encuentran en un melanoma. (Tabla 5)³²

Tabla 5. 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

Los criterios principales para diferenciar los nevos displásicos de los nevos melanocíticos comunes son: la red y los glóbulos de pigmento. En los nevos displásicos, la red de pigmento es usualmente irregular, focalmente prominente y termina abruptamente en algunas áreas periféricas; en los nevos comunes la red de pigmento es irregular y se desvanece en la periferia de la lesión. Con respecto a los glóbulos de pigmento, en los nevos displásicos son de diferentes tamaños y formas y muestran una distribución irregular; en los nevos comunes son uniformes en forma y tamaño y de distribución regular. Las estrías radiantes, los pseudópodos y el velo azul gris generalmente están ausentes.³²

El método de análisis de patrones es el preferido por los expertos y demostró tener la misma sensibilidad pero mejor especificidad que otros algoritmos, aunque es el método que requiere más entrenamiento para ser utilizado con precisión.

En el 2001 Hofmann- Wellenhof y colaboradores describieron los patrones dermatoscópicos de los nevos displásicos y los clasificaron según su estructura y la distribución de su pigmento, con el objetivo de establecer modelos estandarizados tanto para la descripción, la valoración de cambios evolutivos, como para el manejo de estos pacientes con mayor riesgo. (Tabla 5)

Tabla 6. Clasificación de Hofmann de nevos displásicos

Según su estructura predominante	
Tipo reticular	Retículo pigmentado, más o menos prominente, regular.
Tipo globular	Múltiples puntos y glóbulos con distribución uniforme.
Tipo homogéneo	Pigmentación difusa apenas estructurada. Puede combinarse con las anteriores: Homogéneo reticular, al menos tres celdas de red. Homogéneo globular, al menos tres glóbulos.
Tipo globular reticular	Asociación de ambos patrones. La presencia de glóbulos simétricamente distribuidos en la periferia se puede observar hasta en 50% de los nevos en crecimiento.
Según la distribución del pigmento	
Pigmentación uniforme	Coloración uniforme de la lesión.
Hipopigmentación central	Estructuras pigmentadas de tipo anular, sobre todo se combina con el tipo reticular homogéneo.
Hipopigmentación excéntrica	Áreas menos pigmentadas focales, que llegan al borde de la lesión. Aunque poco frecuente pueden simular un melanoma con áreas de regresión.
Hiperpigmentación central	Tipo en “diana” con una mancha central causada por hipermelanosis superficial, frecuentemente asociado al tipo reticular (periferia) homogéneo (centro hiperpigmentado)

Hiperpigmentación excéntrica	Área focal más oscura que el resto de la lesión en la periferia alcanzando el borde. Son considerados los grandes simuladores del melanoma.
Hipo/hiperpigmentación multifocal	Patrón en parche, con áreas hipopigmentadas salpicadas a lo largo de la lesión. Suele combinarse con los tipos reticular homogéneo o reticular globular.

Esta clasificación se basa en los datos obtenidos tras la observación y seguimiento de 829 nevos displásicos, los cuales fueron definidos clínicamente por la presencia de tres de las siguientes características: diámetro mayor de 6mm, bordes mal definidos, márgenes irregulares, varias tonalidades en la lesión y presencia simultánea de componentes maculares y papulares. La pigmentación uniforme fue la más frecuente en los patrones reticular, globular, homogéneo y homogéneo-globular. La hipo/hiperpigmentación multifocal fue la más frecuente en patrones retículo-globular y homogéneo-reticular. Los patrones dermatoscópicos más frecuentes según la estructura fueron el reticular, seguido del homogéneo-reticular y después el homogéneo-globular.²³

Más recientemente Annessi y colaboradores llegaron a un modelo final que consta de cinco variables: red periférica hiperpigmentada, pigmentación irregular, patrón de regresión, glóbulos marrones con forma y distribución irregular y red pigmentaria que termina abruptamente en la periferia.

Stolz y otros investigadores crearon en 1994, la regla del ABCD; la cuál se basa en el análisis multivariable de 4 criterios dermatoscópicos. Las lesiones pigmentadas en el área facial, piel lampiña y las mucosas no pueden analizarse

con este método. La regla del ABCD tiene en cuenta los siguientes criterios dermatoscópicos: la asimetría, los bordes, el color y la presencia de estructuras dermatoscópicas. A cada criterio se le da una puntuación y si la puntuación global es menor de 4.75 es considerada lesión benigna, entre 4.8 y .45 sospechosa y mayor de 5.45 altamente sospechosa de melanoma (Tabla 7).³³

Tabla 7. Regla ABCD de Stolz

Criterio dermatoscópico	Puntuación	Factor de corrección
Asimetría	0 a 2	x 1.3
Bordes	0 a 8	x 0.1
Color	1 a 6	x 0.5
Estructuras dermatoscópicas	1 a 5	x 0.5
< 4.75 Benigno	4.75 – 5.45 Sospechoso	> 5.45 Maligna

Criterios:

Asimetría: Las lesiones se dividen en 4 mediante dos ejes perpendiculares y se considera la asimetría en uno o dos ejes considerando color, estructuras y forma. Las lesiones pueden ser: simétricas (0 puntos), asimétricas en un eje (1 punto), asimétricas en dos ejes (2 puntos).³³

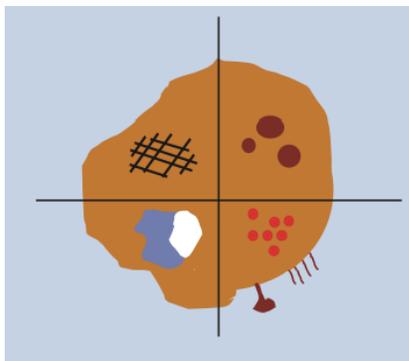


Fig. 14 Asimetría

Bordes: Se divide cada lesión en 8 partes y se evalúa cada segmento. Se puntúa de 0 a 8 según las partes con finalización abrupta. ³³

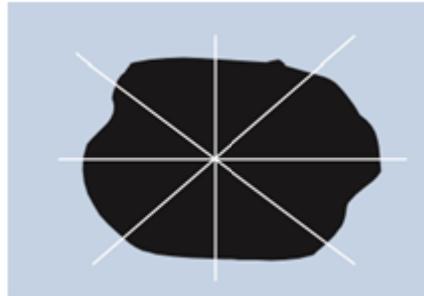


Fig. 15 Bordes

Color: Se puntúa de 0 a 6 la presencia de los siguientes colores: blanco, rojo, marrón claro, marrón oscuro, azul-gris, negro. ³³

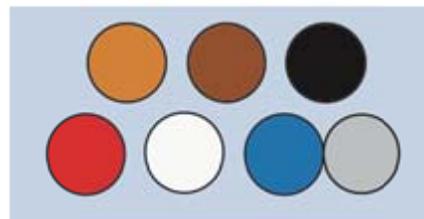


Fig. 16 Color

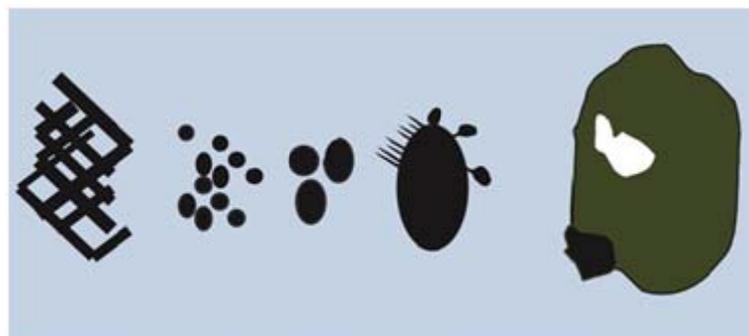


Fig 17 Estructuras dermatoscópicas

Estructuras dermatoscópicas: Se da un punto por la presencia de cada una de las siguientes estructuras: retículo pigmentado, áreas desestructuradas u homogéneas, ramificaciones lineales, puntos y glóbulos de pigmento. La puntuación oscila de 1 a 5.³³

El patrón vascular, las áreas de regresión y los pseudópodos son factores que debemos tener en cuenta en las lesiones sospechosas. El patrón vascular incluye: patrón vascular polimorfo (vasos irregulares con dirección vertical), glóbulos rojo-azulados o rojo-lechosos y los vasos en horquilla irregulares (vasos superficiales aberrantes). Las áreas de regresión son frecuentes en los melanoma. Los pseudópodos se definen como extensiones asimétricas e irregulares radiadas a la piel adyacente.

Los falsos positivos con este método son: los nevos melanocíticos con glóbulos, nevos melanocíticos papilomatosos, nevos de Spitz y fusocelulares, nevos de Spilus, los nevos recurrentes. Los falsos negativos son los melanomas amelanicos, hipomelanóticos y el melanoma nodular.

A pesar de sus limitaciones, la dermatoscopía ha demostrado su utilidad y capacidad de mejorar la precisión diagnóstica en el campo de las lesiones melanocíticas.

En una comparación de tres algoritmos (análisis de patrones, la regla del ABCD y la lista de los 7 puntos), Annesi y colaboradores demostraron que el método de

análisis de patrones proporciona la mayor sensibilidad, especificidad y precisión en el diagnóstico de lesiones pigmentadas.

El análisis de patrones mostró una sensibilidad del 85.2 % y una especificidad del 60.9 % con una certeza diagnóstica del 68.7 %. La sensibilidad y especificidad de la regla de ABCD fue de 78.1% y 45.7% respectivamente, con una certeza diagnóstica de 56.1% y la lista de los 7 puntos tiene una sensibilidad del 91.9% y una especificidad de 35.2% con una certeza diagnóstica de 53.4%.³⁴

Sin embargo, las técnicas dermatoscópicas requieren capacitación formal y la habilidad en la interpretación de imágenes, son altamente dependientes del observador y son difícilmente reproducibles.³⁷

HISTOLOGÍA

Aunque el examen histopatológico es considerado el estándar de oro para el diagnóstico de tumores melanocíticos, 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 histológicamente diagnosticadas por patólogos experimentados como nevos displásicos se diagnosticó melanoma en 21% al ser revisadas por otro grupo de

patólogos expertos. Los melanomas in situ y los melanomas superficiales fueron diagnosticados como nevos displásicos en un 12%.³⁸

En diferentes estudios la reproducibilidad en la clasificación de atipia sigue siendo deficiente, debido a la falta de criterios bien definidos entre dermatopatólogos.

De acuerdo con Clark y Elder la displasia melanocítica se caracteriza por : hiperplasia lentiginosa de melanocitos, atipia melanocítica epiteloide, fibrosis lamelar, infiltrado linfocítico perivascular.

En 1993 el grupo de dermatopatólogos del grupo corporativo de melanoma EORTC publicó un estudio en el que validaba los criterios histopatológicos empleados en el diagnóstico de nevo displásico. Los criterios más reproducibles eran la presencia de una notable proliferación de la unión, núcleos melanocíticos grandes, teclas irregulares e infiltrado linfocitario, cuando tres o más de estas características estaban presentes observaron que el diagnóstico de nevo displásico tenía una sensibilidad del 86% y una especificidad del 91%. Dichos autores idearon un enfoque simplificado para el diagnóstico de lesiones melanocíticas (Tabla 8).³⁹

Tabla 8. EORTC MMCG: enfoque diagnóstico basado en las características histológicas de los tumores melanocíticos

Características morfológicas	Diagnóstico
Ninguna, dos o menos de dos de las características de nevo displásico mencionadas más adelante.	Nevo común
3 o mas de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Proliferación de la unión marcada • Tetas irregulares • Núcleos grandes • Infiltrado linfocitario 	Nevo displásico
Crecimiento pagetoide Proliferación de la unión continua	Melanoma in situ
Crecimiento pagetoide Proliferación de la unión continua Invasión hacia la dermis de melanocitos atípicos notables.	Melanoma de extensión superficial

La creación de un modelo de diagnóstico basado en criterios mayores y menores facilitó el diagnóstico histológico de nevo displásico y por lo tanto es ampliamente utilizado. Se requiere la presencia de los criterios mayores y al menos dos criterios menores para realizar el diagnóstico (Tabla 9).¹⁰

Tabla 9. 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 epitelioides)	2. Neovascularización.
	3. Infiltrado inflamatorio dérmico.
	4. Fusión de crestas.

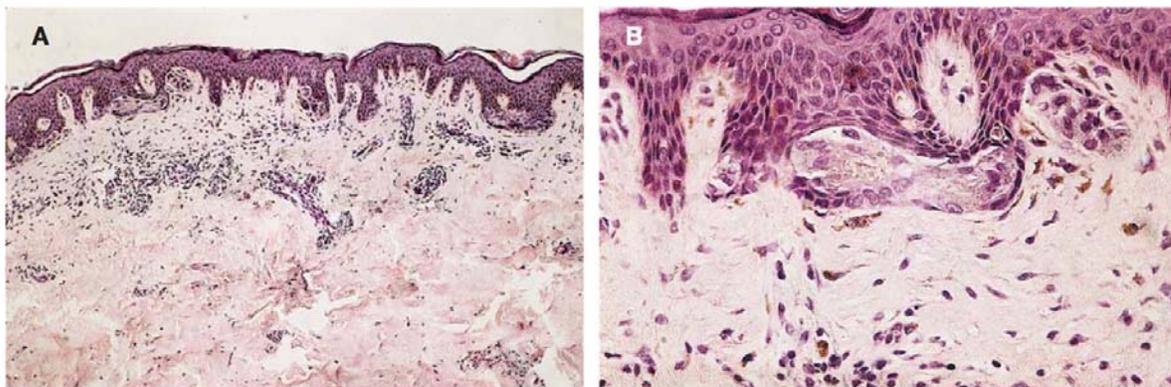


Fig. 18 Histología de nevo melanocítico displásico ⁴⁰.

CORRELACIÓN CLÍNICO-HISTOLÓGICA

La presencia de características clínicas de atipia se correlaciona de manera imperfecta con la presencia de displasia histológica; en un estudio se observó que la presencia de una característica clínica de atipia, detecto displasia histológicamente en 7% de los casos, en 23% de los casos con dos características clínicas de atipia y en el 62% con tres características clínicas. ³⁸

La correlación clínico-patológica de este tipo de nevos displásicos es un factor para tomar en cuenta sobre todo en estudios antes de la dermatoscopia, donde algunas lesiones clasificadas como nevos displásicos no eran confirmados histológicamente o viceversa por ejemplo los resultados de Roush y colaboradores en el que solo el 15% de los nevos clínicamente displásicos fueron confirmados histológicamente, o el de Grob y colaboradores, en el que solo fueron confirmados un 18%. Por otro lado, 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. ⁴¹

SEGUIMIENTO

A pesar de esto no se resuelven todas las dificultades diagnósticas que rodean a los nevos atípicos, la evaluación dermatoscópica y en general el seguimiento mejoran el manejo de estas lesiones de comportamiento incierto.

Existen recomendaciones acerca del seguimiento de los pacientes con nevos displásicos publicadas por el NIH y por el grupo de trabajo de Melanoma, las cuales se resumen en la tabla 10.

Estas recomendaciones incluyen una historia personal detallada sobre las lesiones melanocíticas, los episodios de quemaduras solares en la infancia y adolescencia, antecedentes familiares de melanoma o nevos displásicos, exploración clínica completa de todas las lesiones melanocíticas, monitoreo dermatoscópico y explicación amplia sobre la importancia de la fotoprotección.

Tabla 10. Recomendaciones y seguimiento de nevos displásicos.

Organización	Características del paciente	Seguimiento	Auto-examinación	Otras guías
Grupo de Trabajo del Melanoma	Historia de melanoma en al menos dos familiares y nevos displásicos en al menos un familiar.	Una vez por año (iniciar a los 10 años)	No se recomienda	Información oral y escrita sobre los signos y síntomas sospechosos y uso de fotoprotección.
	Al menos tres nevos displásicos e historia familiar de melanoma.	Una vez por año.		

	Al menos tres nevos displásicos sin historia familiar de melanoma.	No se recomienda.		Uso de fotoprotección
Instituto Nacional de Salud (NIH)	Más de 50 nevos con algunos clínica e histológicamente displásicos, historia de melanoma en familiares de primero o segundo grado.	Seguimiento intensivo, al inicio en intervalos de 4 a 6 meses, mapeo digital y dermatoscópico en algunos casos.	Una vez al mes	Uso de fotoprotección.

El seguimiento de los pacientes con nevos displásicos debe realizarse cada tres a seis meses; se recomienda el seguimiento con fotografías o dibujos de las características y localizaciones. Las lesiones displásicas que no son visibles al paciente (espalda) deben researse.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se puede realizar con nevo melanocítico, melanoma, granuloma piógeno o dermatofibroma.

TRATAMIENTO

La conducta a seguir depende de varios factores entre ellos el número de nevos, de los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos del paciente. Como regla general, cualquier lesión sospechosa debe researse con 2 mm de margen para estudio histopatológico. En caso de que 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*.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los nevos melanocíticos displásicos se consideran un factor asociado importante para el desarrollo de cáncer de piel melanoma; que aunque esté corresponde sólo al 4% de todos los tipos de cáncer de piel, es responsable del 80% de las muertes reportadas por esta causa.

Numerosos estudios han demostrado que la presencia de nevos displásicos aumentan considerablemente el riesgo para desarrollar melanoma; lo que demuestra que estas lesiones a parte de ser precursoras de la enfermedad pueden considerarse como marcadores de riesgo.

Los nevos displásicos son relativamente comunes en la población general, se ha descrito una prevalencia de entre 2 y 53% en diferentes estudios dependiendo de los criterios diagnósticos (clínicos o histológicos). La frecuencia de nevos displásicos en pacientes con historia de melanoma es del 34 al 53%.

Aún existe controversia en la literatura acerca de la nomenclatura, la definición clínica, características dermatoscópicas e histológicas y de los patrones genéticos y moleculares de los nevos displásicos.

En la actualidad el uso de la dermatoscopia ha facilitado en gran medida la identificación de esta variante de nevos y actualmente se considera una técnica que ayuda a mejorar el diagnóstico de lesiones pigmentadas dudosas, por lo que

se debe considerar como un paso intermedio entre la observación clínica y el estudio histopatológico.

Sobre estas bases formulamos la siguiente **pregunta de investigación**:

¿Cuáles son las características clínicas y dermatoscópicas que se encuentran con mayor frecuencia en nevos displásicos confirmados con histología de los pacientes vistos en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, del mes de junio del 2013 al mes de mayo del 2014?

JUSTIFICACIÓN

Los nevos melanocíticos displásicos son las lesiones melanocíticas adquiridas que se asocian con mayor frecuencia a melanoma.

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que el riesgo de desarrollar melanoma se correlaciona en forma estadísticamente significativa con la presencia de nevos clínicamente displásicos, por lo que se consideran como un marcador de riesgo para el paciente.

En el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua en los últimos 5 años se diagnosticaron clínicamente 133 nevos displásicos, de los cuales se corroboró el diagnóstico mediante estudio histopatológico sólo en 89% de los casos lo que corresponde al 66%; por ello es importante identificar los signos clínicos y

dermatoscópicos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con nevos displásicos de nuestra población con la finalidad de realizar un diagnóstico más certero y decidir la opción terapéutica adecuada para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

Existen pocos estudios a nivel mundial y en México no existe ningún estudio previo reportado que describa la correlación y frecuencia entre los hallazgos clínicos y dermatoscópicos de los nevos displásicos.

Los nevos displásicos es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de melanoma, un tumor que representa el 80% de las muertes por cáncer de piel, debido a que el diagnóstico temprano de melanoma es de gran importancia pronóstica, la identificación de pacientes con nevos displásicos es esencial, por lo que es indispensable buscar las características clínicas y dermatoscópicas que más se relacionen con nevos displásicos.

OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar las características clínicas y dermatoscópicas de los nevos melanocíticos displásicos confirmados con histología en pacientes del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua.

ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con nevos displásicos.
- Determinar las características clínicas más frecuentes en los nevos displásicos de nuestra población, comparandolas con las características clínicas de nevos no displásicos.
- Determinar los signos dermatoscópicos más frecuentes en los nevos displásicos contra los nevos no displásicos de nuestra población.
- Determinar el índice de concordancia Kappa interobservador de los distintos hallazgos dermatoscópicos de los nevos displásicos en los casos incluidos.
- Determinar el porcentaje de nevos displásicos diagnosticados clínicamente que se confirman con estudio histológico.
- Comparar el número de nevos diagnosticados clínicamente con el número de nevos diagnosticados con dermatoscopia que se confirmaron por histología.

HIPOTESIS

Los diferentes tonos de pigmento es la principal característica clínica y dermatoscópica de los nevos displásicos confirmados con histología.

HIPOTESIS SECUNDARIA

La dermatoscopia aumenta la certeza diagnóstica de nevos displásicos en un 80%.

MATERIAL Y MÉTODOS

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Clínica

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, comparativo, transversal y descriptivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes que acudan a la consulta externa de dermatología general en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” entre el mes de junio del 2013 al mes de mayo del 2014.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestreo no aleatorio de casos consecutivos d nevos displásicos diagnosticados clínicamente entre junio dl 2013 y mayo del 2014.

POBLACIÓN

Pacientes que acudan a consulta general de Dermatología en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” y en quienes se realice el diagnóstico clínico de nevo displásico entre los meses de junio del 2013 a mayo del 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes de cualquier edad con cualquier estado socioeconómico.
2. Pacientes con diagnóstico clínico de nevo displásico.
3. Pacientes que acepten la toma de fotografía clínica inicial y dermatoscópica.
4. Pacientes que mediante el consentimiento informado expresen de manera voluntaria su deseo de participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con diagnóstico clínico diferente a nevo displásico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes en los que el diagnóstico en el estudio histopatológico sea melanoma.
2. Casos en los que las fotografías fueran de mala calidad y que no fuera posible repetirlas antes de la toma de la biopsia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Demográficas: edad, sexo, fototipo.

Clínicas: topografía, tiempo de evolución, antecedentes familiares o personales de melanoma, diagnóstico clínico, diagnóstico dermatoscópico, diagnóstico histológico, asimetría, bordes, color, diámetro, elevación, patrón homogéneo, patrón reticular, patrón globular, patrón en estrella, patrón multicomponente, patrón reticular-globular, patrón paralelo, red de pigmento, glóbulos, líneas o proyecciones radiadas, pigmentación azul-homogénea, estructuras de regresión, velo azul-blanquecino, manchas hiperpigmentadas, asimetría dermatoscópica, bordes dermatoscópicos, color dermatoscópico.

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Calificación	Fuente	Análisis / Control
Género	Cualitativa	Condición orgánica para designar hombre o mujer	Se observarán las características fenotípicas propias de cada sexo	Nominal	Femenino, Masculino	Paciente	Proporción
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona	Se preguntará por los años cumplidos	Discreta	Años	Paciente	Promedio y desviación estándar
Topografía	Cualitativa	Área anatómica que comprende una dermatosis	Se observará el lugar anatómico donde se encuentra la dermatosis	Nominal		Paciente	Proporción
Tiempo de evolución	Cuantitativa	Tiempo desde que inició la dermatosis hasta el momento actual	Se interrogará por el tiempo de evolución desde el inicio de la dermatosis hasta el momento actual	Discreta	Años, meses	Paciente	Promedio y desviación estándar
Antecedentes familiares o personales de melanoma	Cualitativa	Presencia o ausencia de antecedentes familiares o personales de melanoma	Se interrogará al paciente acerca de antecedentes personales o familiares de melanoma		Afirmativo Negativo	Paciente	Proporción
Diagnóstico clínico	Cualitativa	Diagnóstico por medio de la apreciación visual de una dermatosis	Se observará si cumple o no las características de atipia de acuerdo a la regla del ABCDE	Nominal		Expediente	Proporción
Diagnóstico dermatoscópico	Cualitativa	Diagnóstico dermatoscópico de una dermatosis	Se observará si cumple o no con los criterios dermatoscópicos de atipia según el análisis de	Nominal		Expediente	Proporción

			patrones.				
Diagnóstico histopatológico	Cualitativa	Diagnóstico microscópico de una dermatosis	Se observará si cumple o no los criterios histopatológicos para diagnóstico de nevos atípicos.	Nominal		Expediente	Proporción
Asimetría	Cualitativa	Que al dividir imaginariamente un nevo por la mitad, cada parte no sea igual a la otra.	Se observará si al dividir imaginariamente un nevo las partes son iguales	Nominal	Afirmativo Negativo	Expediente	Proporción
Bordes	Cualitativa	Contornos del nevo precisos delimitando adecuadamente la lesión	Se observará si el contorno del nevo es preciso	Nominal	Afirmativo Negativo	Expediente	Proporción
Color	Cualitativo	El color que tiene un nevo, si muestra variaciones en el tono o en su distribución.	Se observará el color del nevo y si existen variaciones en el mismo.	Nominal		Expediente	Proporción
Diámetro	Cuantitativo	Medida de longitud del nevo que pasa a través del centro de la lesión	Se medirá el diámetro de los nevos	Discreta	mm o cm	Expediente	Proporción
Elevación	Cualitativo	Elevación de la lesión presentando componente macular y papular simultáneamente.	Se observará si la lesión presenta componente macular y papular simultáneamente		Afirmativo Negativo	Expediente	Proporción
Patrón globular	Cualitativo	Patrón dermatoscópico en el que se observan numerosas estructuras globulares de diferentes tamaños y distribución.	Se observará si la lesión presenta patrón dermatoscópico globular.		Afirmativo Negativo	Fotos dermatoscópicas	Proporción
Patrón reticular	Cualitativo	Patrón dermatoscópico en el que se observan las características de la red de pigmento	Se observará si la lesión presenta patrón reticular a la dermatoscopia.		Afirmativo Negativo	Fotos	Proporción.
Patrón en estrella	Cualitativo	Patrón dermatoscópico en el que se observan proyecciones regulares digitiformes en el	Se observará si la lesión presenta patrón en estrella a la dermatoscopia		Afirmativo Negativo	Fotos	Proporción

		borde de la lesión.					
Patrón homogéneo	Cualitativo	Patrón dermatoscópico en el que se observa pigmentación homogénea sin estructuras en ausencia de red de pigmento.	Se observará si la lesión presenta patrón homogéneo a la dermatoscopia		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción
Patrón reticular-globular	Cualitativo	Patrón dermatoscópico en el que se observa red de pigmento y glóbulos de pigmento simultáneamente.	Se observará si la lesión presenta patrón reticular-globular a la dermatoscopia.		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción.
Patrón multicomponente	Cualitativo	Patrón dermatoscópico en el que se evidencia reticulación periférica e hipopigmentación central, presenta estructuras vasculares atípicas y áreas sin estructura.	Se observará si la lesión presenta patrón multicomponente a la dermatoscopia.		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción
Patrón paralelo	Cualitativo	Pigmentación el surco o la cresta de los dermatoglifos	Se observará si la lesión presenta patrón paralelo				
Red de pigmento	Cualitativo	Líneas de color marrón que causan un aspecto reticulado sobre un fondo más claro con forma de orificios	Se observará si la lesión presenta red de pigmento a la dermatoscopia		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción
Glóbulos	Cualitativo	Múltiples estructuras ovales o redondas bien delimitadas de distintos tamaños marrón, gris o negro corresponden a nidos de melanocitos en la zona de UDE	Se observará si la lesión presenta glóbulos a la dermatoscopia		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción
Líneas o proyecciones radiadas	Cualitativo	Se incluye a las ramificaciones y a los pseudopodos, las ramificaciones son extensiones radiales de pigmento en la periferia de la lesión, los pseudopodos son	Se observará si la lesión presenta líneas o proyecciones radiadas a la dermatoscopia		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción

		prolongaciones del pigmento más gruesas que las ramificaciones son expresión de una red de pigmento alterada					
Pigmentación azul homogénea	Cualitativo	Zona azul grisácea que carece de componentes estructurales	Se observará si la lesión presenta pigmentación azul homogénea a la dermatoscopia		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción
Estructuras de regresión	Cualitativo	Se trata de áreas blancas y azules	Se observará si la lesión presenta estructuras de regresión.		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción
Velo azul-blanquecino	Cualitativo	Áreas que carecen de estructuras irregulares, color azul, azul-gris	Se observará si la lesión presenta velo azul-blanquecino.		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción
Manchas hiperpigmentadas	Cualitativo	Son áreas de pigmentación que no permiten reconocer ninguna estructura en su interior pueden ser localizadas o difusas.	Se observará si la lesión presenta manchas hiperpigmentadas.		Afirmativo o negativo	Fotos	Proporción
Asimetría dermatoscópica	Cuantitativo	Las lesiones se dividen en 4 mediante dos ejes perpendiculares y se considera la asimetría en uno o dos ejes.	Se observará si la lesión es simétrica o asimétrica y se otorgará una puntuación de 0 a 2.		Puntuación de 0 a 2	Fotos	Media
Bordes dermatoscópicos	Cuantitativo	Se divide la lesión en 8 partes y se evalúa la finalización abrupta en cada segmento.	Se observará si la lesión finaliza abruptamente en cada segmento y se otorgará una puntuación de 0 a 8		Puntuación de 0 a 8	Fotos	Media
Color dermatoscópico	Cuantitativo	Se evalúa la presencia de los siguientes colores: blanco, rojo, marrón claro, azul-gris y negro.	Se observará la presencia de diferentes colores en la lesión y se otorgará una puntuación de 1 a 6		Puntuación de 1 a 6	Fotos	Media
Estructuras dermatoscópicas	Cuantitativo	Se evaluará la presencia de cada una de las siguientes estructuras dermatoscópicas; retículo pigmentado, áreas desestructuradas	Se observará la presencia de estructuras dermatoscópicas y se dará un punto por cada una de ellas, puntuación de 1 a 5		Puntuación de 1 a 5	Fotos	Media

		u homogéneas, ramificaciones lineales, puntos y glóbulos.					
--	--	--	--	--	--	--	--

PROCEDIMIENTO

1. Evaluar clínicamente todas las lesiones sospechosas de nevo displásico.
2. En caso de realizar diagnóstico clínico de nevo displásico se tomará foto clínica de la o las lesiones.
3. Evaluar mediante dermatoscopia las lesiones con diagnóstico clínico de nevo displásico y se tomará foto dermatoscópica.
4. Extirpar la lesión y realizar estudio histológico.
5. Evaluación de las imagenes dermatoscópicas por dos dermatooncologos experimentados y clasificar las lesiones según el método de análisis de patrones y el método de Stolz.
6. Revisar resultado histológico
7. Creación de base de datos en el programa estadístico SPSS version 15.0.
8. Análisis de resultados.
9. Reporte final.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos los procedimientos estarán de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Dr. Daniel Alcalá Pérez (Médico adscrito del curso de Dermatología y Dermatooncología en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”).
- Dra. Ma. Luisa Peralta Pedrero (Experta en Metodología de la Investigación).
- Dra. Yuvisela Méndez Aguilar (Residente de tercer año de la especialidad de Dermatología en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”).
- Servicio de Dermatopatología del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”
- Personal de enfermería del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”

RECURSOS MATERIALES

- Hojas de recolección de datos sociodemográficos y clínicos (Anexo 1)
- Plumas

-
- Computadora portátil
 - Impresora
 - Dermatoscopio Photofinder
 - Cámara fotográfica
 - Material de asepsia y antisepsia (Benzal, alcohol)
 - Material de curación (gasas, torundas)
 - Equipo de biopsia

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de variables, calculando medias, frecuencias y proporciones.

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 de χ^2 .

Se estableció la $p= 0.05$ como significativa.

RESULTADOS

Estudiamos 50 lesiones correspondientes a 41 pacientes en los que se identificó una o varias lesiones que cumplen con los criterios clínicos de nevo displásico (al menos dos de las siguientes cinco características clínicas; asimetría, bordes irregulares, dos o más tonos de pigmento, diámetro > de 5mm, componente papular y macular) con el fin de conocer sus características dermatoscópicas y confirmarlos mediante estudio histológico para formar dos grupos de estudio y conocer sus diferencias que nos orienten a la identificación de un nevo displásico del no displásico.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

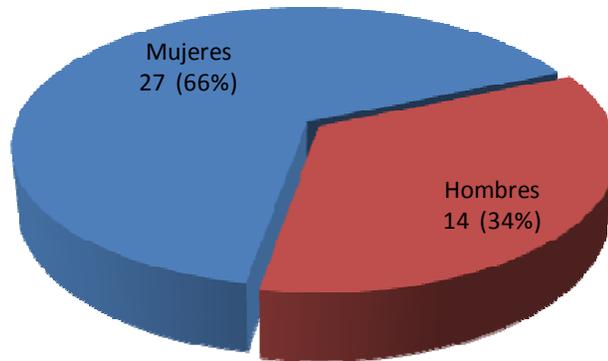
De los 41 pacientes estudiados, 23 (56%) correspondieron a mujeres y 18 (44%) a hombres.

Tabla 11. Sexo

Sexo	Pacientes n=41	%
Mujeres	27	66
Hombres	14	24

Edad

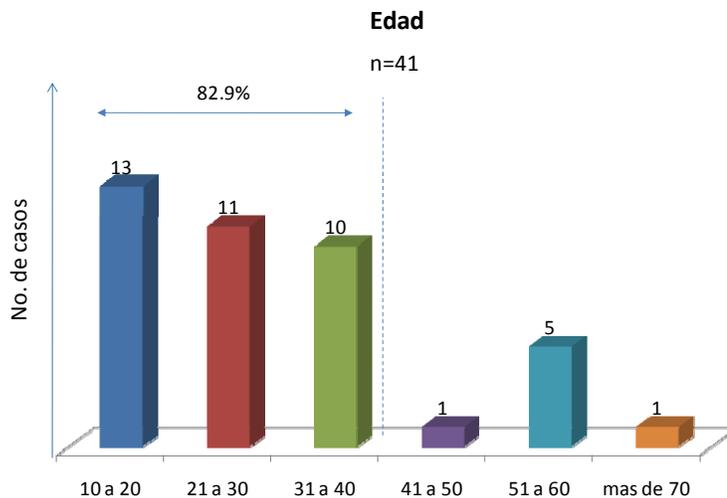
n=41



Fuente: Consulta externa del CDP

Gráfica 1. Sexo de los pacientes

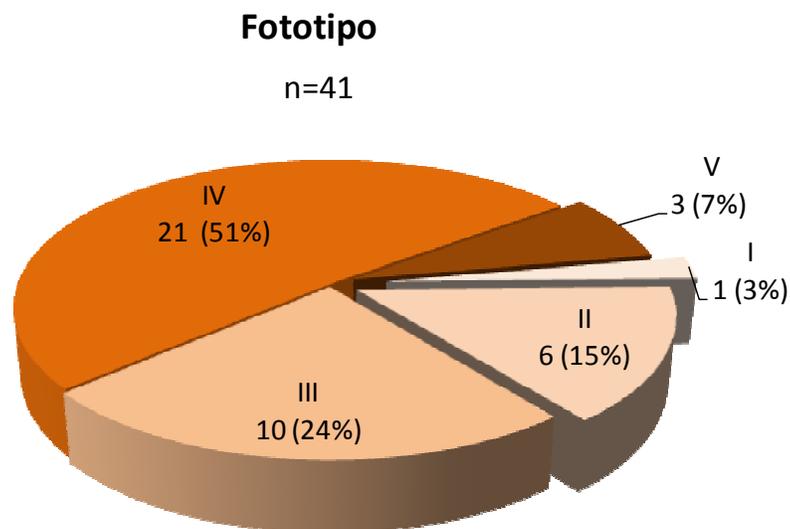
La edad de los pacientes estuvo comprendida entre los 11 y los 91 años, el grupo etario más frecuente fue entre los 10 y 40 años edad, que corresponde al 82.9% de la población estudiada. (Gráfica 2).



Fuente: Consulta externa del CDP

Gráfica 2. Edad

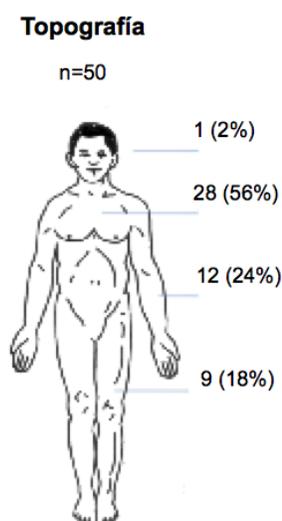
Los fototipos predominantes fueron III y IV con una frecuencia del 24% y el 54% respectivamente, no existiendo ningún paciente con fototipo VI. (Gráfica 3).



Fuente: Consulta externa del CDP

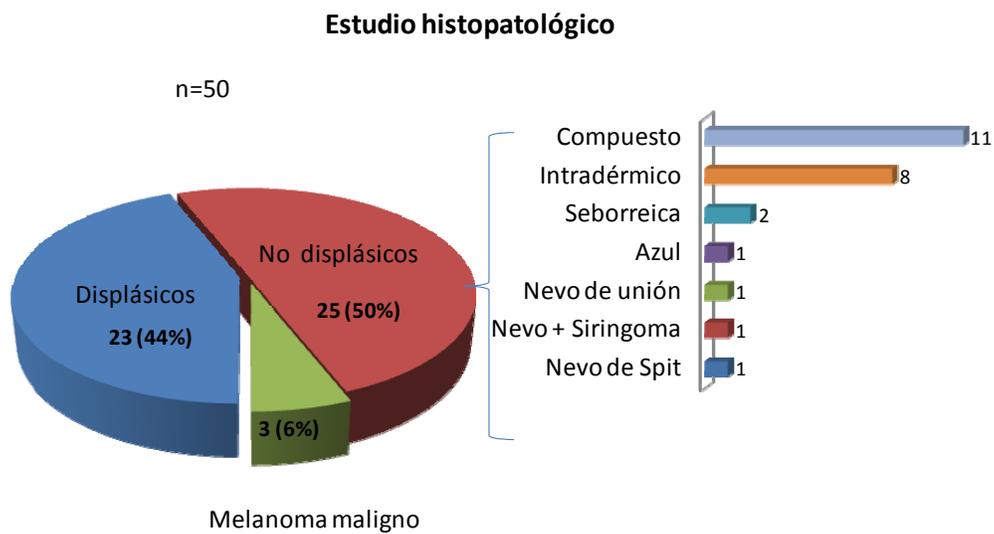
Gráfica 3. Fototipo

La topografía más frecuente fue en tronco, con un total de 28 lesiones, lo que corresponde al 56%.



Fuente: Consulta externa CDP

De las 50 lesiones con diagnóstico clínico de nevo displásico se corroboró el diagnóstico mediante histología en 22 de ellas, lo que corresponde al 44%, en tres de las lesiones el diagnóstico histológico fue de melanoma, por lo que se eliminaron del estudio. (Gráfica 3).



Fuente: Consulta externa del CDP

Gráfica 4. Resultados del estudio histopatológico

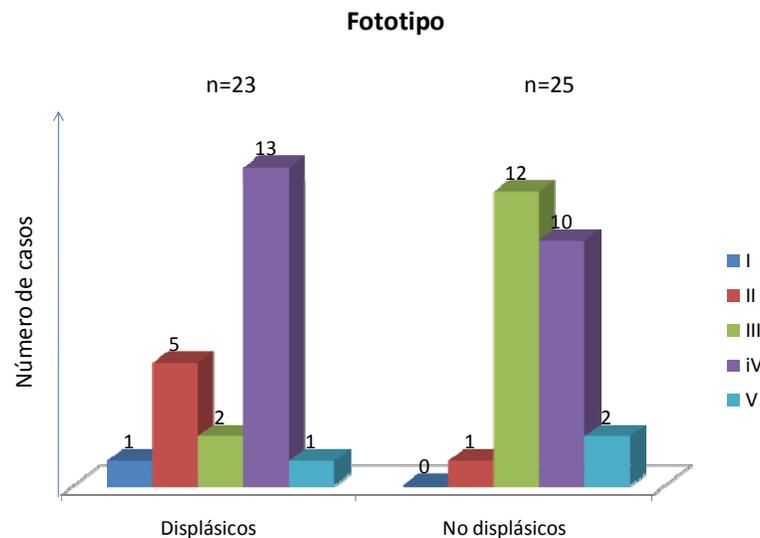
VARIABLES CLÍNICAS

Se formaron dos grupos de estudio, en uno se incluyeron los nevos displásicos confirmados histológicamente (22) y el otro grupo corresponde a los nevos no displásicos (25), para comparar las características entre ellos.

El fototipo más frecuente en los nevos displásico fue el IV con 13 casos (59.1%) comparado con los nevos no displásicos en los que el fototipo más frecuente fue el III (48%).(Tabla 12, Gráfica 4)

Tabla 12. Fototipo

Fototipo	Displásicos n=22	No displásicos n=25	chi	P
I	1 (4.5%)	0	11	0.023
II	5 (22.7%)	1 (4.0%)		
III	2 (9.1%)	12 (48.0%)		
IV	13 (59.1%)	10 (40%)		
V	1 (4.5%)	2 (8%)		



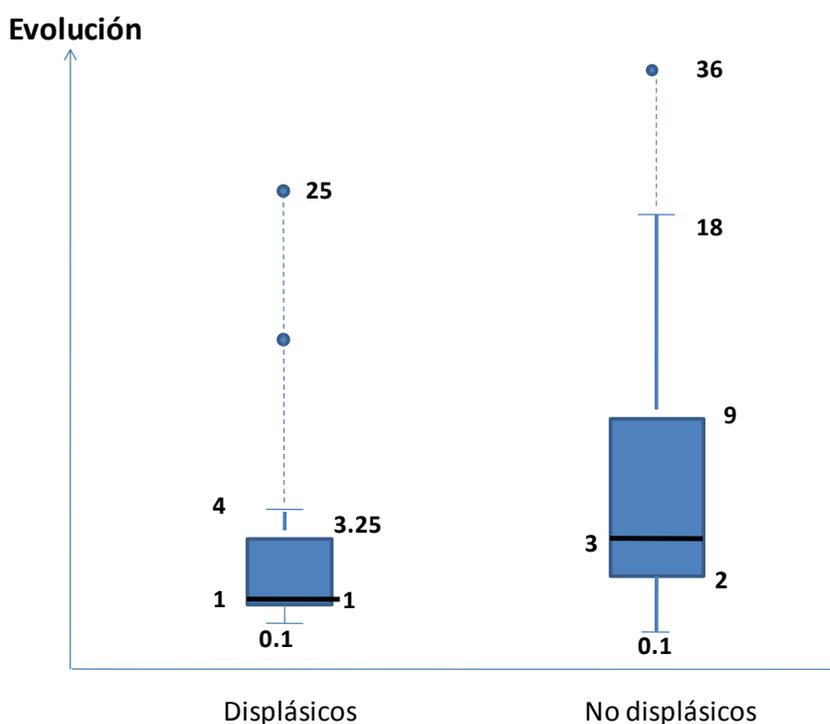
Fuente: Consulta externa del CDP

Gráfica 5. Fototipo

De acuerdo a la evolución, la mayoría de los pacientes no recordaba exactamente el tiempo que tenía con las lesiones, la media fue de un año para nevos displásicos y de 3 años para nevos no displásicos. (Tabla 13, Gráfica5)

Tabla 13. Evolución

Evolución	Displásicos =22	No displásicos =25	chi	P
< media (5)	18 (68%)	17 (81.8%)	1.17	0.27
> media	4 (32%)	8 (18.2%)		



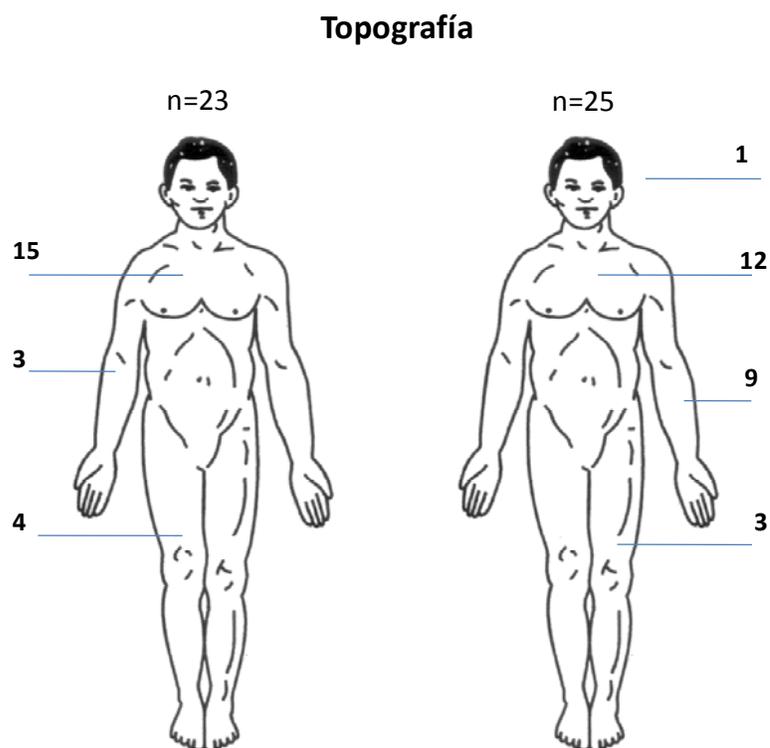
Fuente: Consulta externa del CDP

Gráfica 6. Evolución

Por topografía, el sitio más afectado para los nevos displásicos fue el tronco con 15 casos (68.2%), seguido de las extremidades inferiores en 4 casos (18.2%) y para nevos no displásicos fue el tronco en 12 casos (48%), seguido de extremidades superiores en 9 casos (36%). (Tabla 14, Gráfica 6)

Tabla 14. Topografía

Topografía	Displásicos =22	No displásicos =25	chi	P
Cabeza	0 (0%)	1(4%)	4.30	0.23
Tronco	15 (68.2%)	12 (48.0%)		
Ext. superior	3 (13.6%)	9 (36.0%)		
Ext. inferior	4 (18.2%)	3 (12%)		



Gráfica 7. Topografía

Las características clínicas entre nevos displásicos y no displásicos se presentan en la tabla 15 y en la gráfica 8.

1. Asimetría: La correlación con el diagnóstico histológico no fue estadísticamente significativa ($p < 0.97$), de manera que el 36.4 % de los nevos displásicos diagnosticados por estudio histológico presentaban asimetría, así como el 36% de los nevos no displásicos, porcentaje muy similar.

2. Bordes: El 72.7% de los nevos displásicos confirmados por histología presentaron clínicamente bordes irregulares, comparado con el 72% de los nevos no displásicos, obteniendo un resultado no significativo ($p < 0.95$).

3. Color: El 86.4% de los nevos displásicos presentaron dos o más colores, mientras que el 13.6% presentó un color. Los nevos no displásicos que presentaron más de dos colores fueron 18, lo que corresponde al 72%.

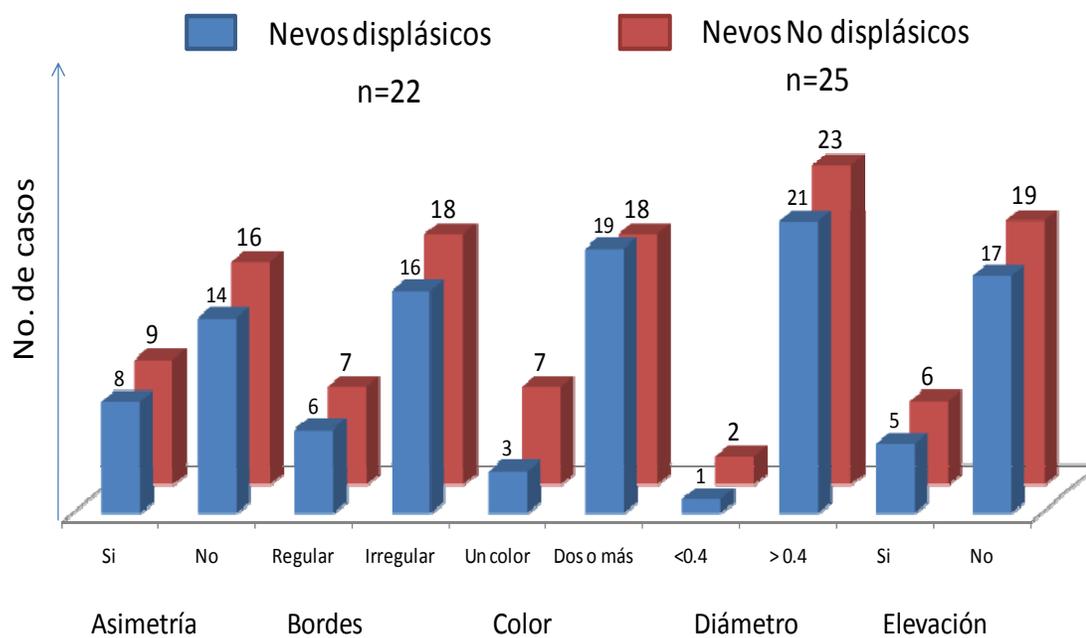
4. Diámetro: El 95.5% de los nevos displásicos y el 92% de los nevos no displásicos presentó un diámetro mayor de 0.5mm. Estadísticamente no significativo ($p < 0.54$).

5. Elevación: Se refiere al componente macular y papular, el componente papular estuvo presente en el 22.7% de los nevos displásicos y en el 24% de los nevos no displásicos.

Tabla 15. Características clínicas entre nevos displásicos y no displásicos

	Displásicos =22	No displásicos =25	chi	P
Asimetría				
Si	8 (36.4%)	9 (36%)	0.01	0.97
No	14 (63.6%)	16 (64%)		
Bordes				
Regular	6 (27.3%)	7 (28%)	0.00	0.95
Irregular	16(72.7%)	18 (72.0%)		
Color				
Un color	3 (13.6%)	7 (28.0%)	1.44	0.2
Dos o más	19 (86.4%)	18 (72.0%)		
Diámetro				
≤0.5	1 (4.5%)	2 (8.0%)	0.23	0.54
≥0.5	21 (95.5%)	23 (92%)		
Elevación				
Si	5 (22.7%)	6 (24.0%)	0.011	0.59
No	17 (77.3%)	19 (76%)		

Características clínicas



Fuente: Consulta externa del CDP

Gráfica 8. Características clínicas de nevos displásicos y no displásicos

Para el análisis dermatoscópico se observaron los patrones de las lesiones mediante dos observadores para determinar el grado de concordancia y disminuir el sesgo de apreciación, encontrando una buena concordancia en la mayoría de los casos (Tabla 16).

Tabla 16. Pruebas de concordancia interobservador

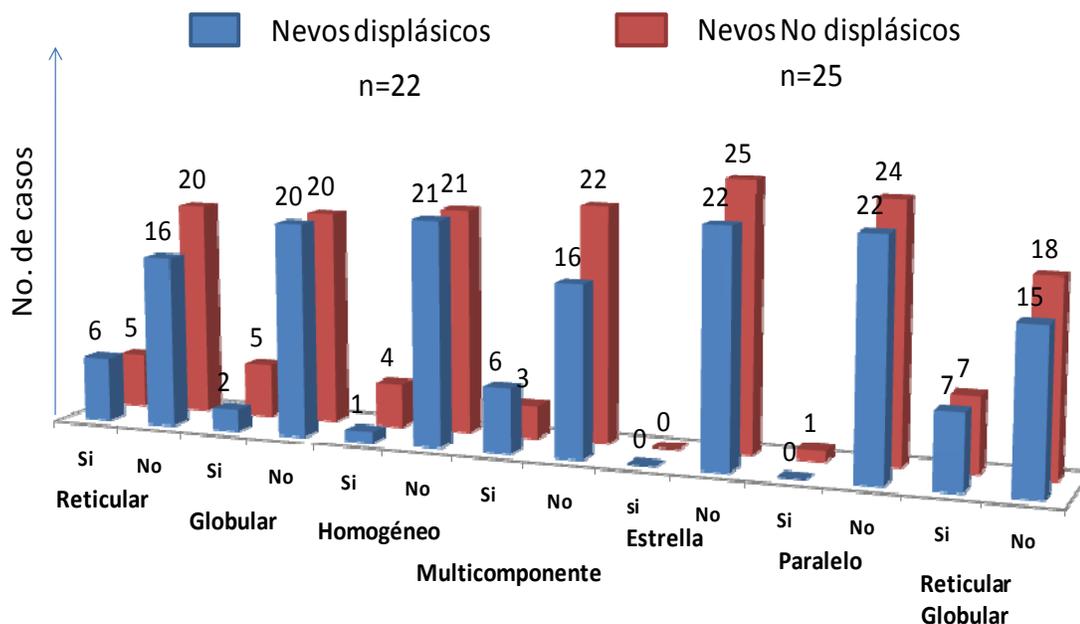
	Observador 1	Observador 2	
	No	Si	Kappa (P)
Reticular			
No	35	3	0.61 (000)
Si	3	9	
Total	38	12	
Globular			
No	42	1	0.84 (000)
Si	1	6	
Total	43	7	
Homogéneo			
No	44	0	0.898 (000)
Si	1	5	
Total	45	5	
Multicomponente			
No	37	1	0.831 (000)
Si	2	10	
Total	39	11	
Estrella			
No	48	0	0
Si	2	0	
Total	50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

En nuestro estudio el patrón dermatoscópico predominante en los nevos displásicos fue el reticular-globular seguido del multicomponente. (Tabla 17, Gráfica 8).

Tabla 17. Análisis de patrones

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

Patrones dermatológicos



Fuente: Consulta externa del CDP

Gráfica 9. Análisis de patrones

Los índices de concordancia Kappa para los criterios dermatoscópicos Método Stolz se presentan en la tabla 18.

Tabla 18. Índice de concordancia interobservador para el método de Stolz.

Método Stolz	Observador 1 n=50	Observador 2 n=50	Kappa (p)
Asimetría			
0	15	14	0.60 (000)
1	29	30	
2	6	6	

Bordes				
	1	11	14	258 (000)
	2	26	14	
	3	5	17	
	4	3	1	
	5	2	1	
	6	1	2	
	7	2	1	
Color				
	1	1	5	0.462 (000)
	2	24	22	
	3	18	15	
	4	5	4	
	5	1	3	
	6	1	1	
Estructuras				
	1	7	7	Sin datos
	2	26	18	
	3	17	21	
	4		3	
	5		1	
Puntuación				
	Benigna	40	41	0.323 (0.003)
	Sospechosa	4	3	
	Maligna	6	6	
Dx. Dermatoscópico				
	Nevó unión	3	2	0.70 (000)
	Nevó compuesto	24	23	
	Nevó intradérmico	1	2	
	Nevó displásico	15	17	
	Melanoma	4	4	
	Nevó Azul	2	1	
	NMC	1	1	

Los criterios dermatoscópicos según el Método Stolz entre displásicos y No displásicos se presentan en la tabla 19.

Tabla 19. Criterios dermatoscópicos según el método de Stolz entre nevos displásicos y no displásicos.

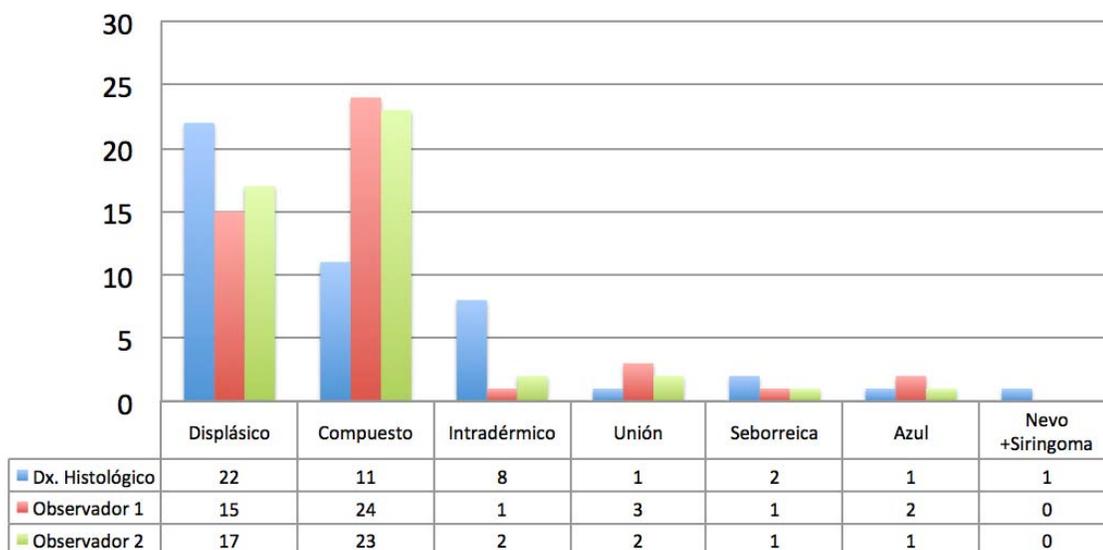
	Displásicos n=22	No displásicos n=25	chi	P
Asimetría				
0	6	8	0.8	0.37
1	14	13		
2	2	4		
Bordes				
1	5	9	5.57	0.47
2	7	7		
3	9	6		
4	0	1		
5	1	0		
6	0	1		
7	0	1		
Color				
1	1	4	3.54	0.616
2	12	10		
3	6	7		
4	2	1		
5	1	2		
6	0	1		
Estructuras dérmicas				
1	0	7	11.04	0.026
2	8	8		
3	13	8		
4	0	2		
5	1	0		
Puntuación				
< media (3.6)	10	14	0.52	0.47
> media	12	11		

Tabla 20 Estructuras Dermatoscópicas

	Displásicos n=22	No displásicos n=25	chi	P
Red pigmento				
Presentes	17	16	9.86	0.358
Ausentes	5	9		
Glóbulos				
Presentes	19	21	0.052	1
Ausentes	3	4		
Velo Azul				
Presentes	7	9	0.091	1
Ausentes	15	16		
Áreas hipopigmentadas				
Presentes	6	7	0.03	1
Ausentes	16	18		
Seudópodos				
Presentes	1	0	1.16	0.46
Ausentes	21	25		
Estructuras vasculares				
Presentes	1	0	1.16	0.46
Ausentes	21	25		
Regresión				
Presentes	0	1	0.889	1
Ausentes	22	24		

La correlación dermatoscópica – histológica entre observadores se presenta en la gráfica 9.

Correlación dermatoscópica- histológica entre observadores



Gráfica 10. Correlación dermatoscópica- histológica entre observadores.

El porcentaje de correlación para el observador 1 fue de 12% y para el observados 2 del 15%

% correlación	Observador 1	Observador 2
Si	12	15
No	38	35
	0.24	0.30

Correlación Clínica –Histológica

Clínica - Histológica	Displásicos	No displásicos		
Si	10	5	3.48	0.116
No	12	20		

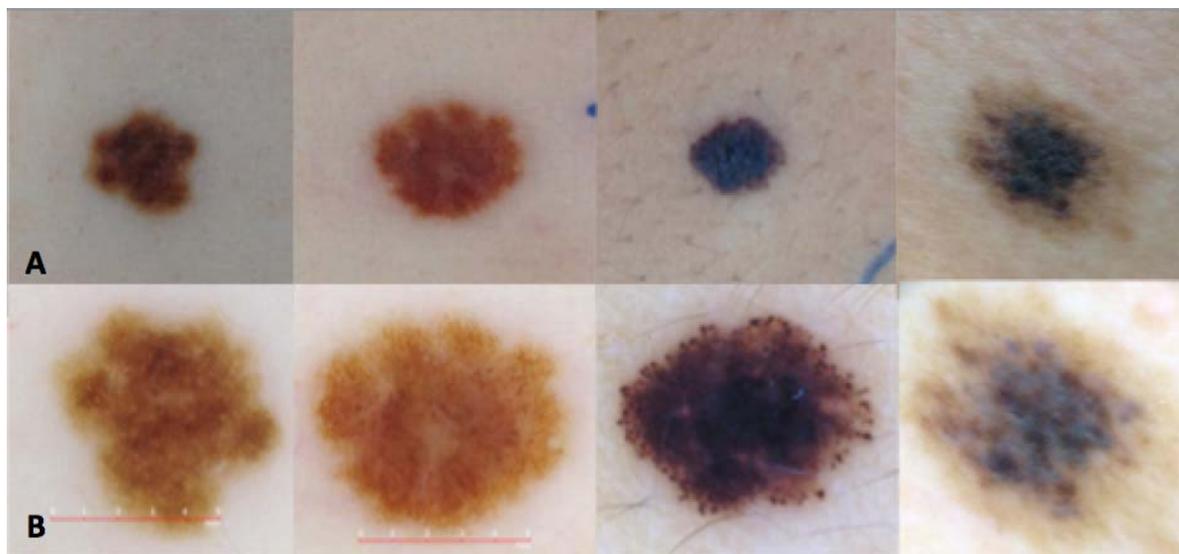


Fig. 19. Características clínicas (A) y dermatoscópicas (B) de nevos displásicos confirmados histológicamente.

DISCUSIÓN

Se ha observado poca correlación clínico histológica en los nevos displásicos, de hecho se considera que la definición de nevo displásico debe de ser exclusivamente histológico.

En nuestro trabajo observamos las características clínicas y dermatoscópicas presentes en nevos displásicos confirmados por histología y las comparamos con las características clínicas y dermatoscópicas de nevos displásicos clínicamente que obtuvieron un resultado histopatológico diferente, para tratar de encontrar alguna característica que nos oriente al diagnóstico correcto de estas lesiones.

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 se presentó en el 72% de los nevos displásicos comparándolo con el 76% los nevos no displásicos.

Debido a que la evolución fue un parámetro subjetivo valorado por el paciente no se pueden emitir conclusiones.

La dermatoscopia ha facilitado la identificación de lesiones pigmentadas, y se han realizado diversos estudios para determinar los patrones dermatoscópicos característicos de los nevos displásicos, por lo que en nuestro estudio valoramos los patrones dermatoscópicos, encontrando en patrón reticular globular como el

frecuente tanto en nevos displásicos como en nevos no displásicos; a diferencia del estudio de Morales-Callaghan y colaboradores en donde el patrón multicomponente fue el más frecuente 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 6 lesiones se obtuvo un puntaje mayor a 5.45 sugestivo de lesión maligna y sólo en 4 lesiones se obtuvo un puntaje entre 4.8 y 5.45 sugestivo de lesión sospechosa.

De las 50 lesiones diagnosticadas clínicamente se confirmó el diagnóstico mediante dermatoscopia en 15 de ellas y 7 lesiones que mediante dermatoscopia se sospecho de otra lesión el diagnóstico histológico fue de nevo displásico.

CONCLUSIONES

No encontramos características clínicas ni dermatoscópicas estadísticamente significativas que nos orienten al diagnóstico definitivo de nevo displásico.

En algunos paciente se observó que los múltiples tonos de pigmento fue una característica importante que presentan los nevos displásicos, aunque existen criterios dermatoscópicos bien establecidos se requiere de experiencia por parte del médico para poder observar las estructuras.

Se requieren estudios con un mayor número de pacientes, por lo que se sugiere continuar este estudio para incrementar la muestra y obtener valores estadísticamente significativos

.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalá PD *et al.* Nevos melanocíticos y no melanocíticos. Rev Cent Dermatol Pascua 2010;19(2): 49-58.
2. Becuwe C *et al.* Naevus pigmentarises. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Dermatologie, 98-590-A-10, 14p
3. Miller AJ, Mihm MC Jr. Melanoma. N. Engl J Med. 2006;355:51-65.
4. Bologna J *et al.* Dermatología. Madrid: Editorial Mosby, 2004:1709-1713, 1733-1752, 1757-1785.
5. Hussein MR. Melanocytic dysplastic naevi occupy the middle ground between benign melanocytic naevi and cutaneous malignant melanomas: emerging clues. J Clin Pathol. 2005;58:453-6.
6. Skender-Kalnenas TM, English DR, Heenan PJ. Benign melanocytic lesions: risk markers or precursors of cutaneous melanoma? J Am Acad Dermatol. 1995;33:1000-7.
7. Fung MA. Terminology and management of dysplastic nevi: responses from 145 dermatologists. Arch Dermatol. 2003;139:1374-5.
8. Clark WH Jr, Reimer RR, Greene MH, y cols. Origin of familial malignant melanomas from heritable melanocytic lesions: The B-K mole syndrome. Arch Dermatol 1978; 114- 732.

-
9. Ackerman AB, Magana-Garcia M. Naming acquired melanocytic nevi. Unna's, Miescher's, Spitz's Clark's. *AmJ Dermatopathol.* 1990;12:193-209.
 10. Naeyaert JM, Brochez L. Dysplastic Nevi. *N Engl J Med.* 2003; 349:2233-40.
 11. Holly EA, Kelly JW, Shpall SN, Chiu SH. Number of melanocytic nevi as a major risk for malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17:459-68.
 12. Shors AR, Kim S, White E, Argenyi Z, Barnhill RL, Duray P, et al. Dysplastic naevi with moderate to severe histological dysplasia: a risk factor for melanoma. *Br J Dermatol.* 2006; 155:988-93.
 13. NHI consensus Conference: diagnosis and treatment of early melanoma. *JAMA.* 1992;251:1314-09.
 14. Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento.* 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1996.
 15. Thomas NE, Edmiston SN, Alexander A, Millikan RC, Groben PA, Hao H, et al. Number of nevi and early-life ambient UV exposure are associated with BRAF-mutant melanoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007;16:991-7.
 16. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer.* 2005;41:28-44.
 17. Grulich AE, Bataille V, Swerdlow AJ, Newton-Bishop JA, Cuzick J, Hersey P, McCarthy WH. Naevi and pigmentary characteristics as risk factors for

-
- melanoma in a high-risk population: a case-control study in New South Wales, Australia. *Int J Cancer*. 1996;67:485-91.
18. Arumi-Uria M. Dysplastic nevus: the eye of the hurricane. *J Cutan Pathol*. 2008;35 Suppl 2:16-9.
19. Markovic SN, Erickson LA, Rao RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A, et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention and diagnosis. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(3):364-80.
20. Burgués CM, Llamas MR. Factores de riesgo y detección temprana del melanoma maligno en pacientes con nevos melanocíticos. *Más Dermatol*. 2011;14:5-13.
21. Friedman RJ, Farber MJ, Warycha MA. The "dysplastic" nevus. *Clin Dermatol*. 2009;27:103-15.
22. Bale SJ, Chakravarti A, Greene Mh. Cutaneous malignant melanoma and familial dysplastic nevi; evidence for autosomal dominance and pleiotropy. *Am J Hum Genet* 1986;38(2):188-96.
23. Hofmann-Wellenhof R, Blum A, Wolf IH, Piccolo D, Kerl H, Garbe C, Soyer HP. Dermoscopic classification of atypical melanocytic nevi (Clark nevi). *Arch Dermatol*. 2001;137:1575-80.
24. Roesch A, Burgdorf W, Stolz W, Landthaler M, Vogt T. Dermatoscopy of "dysplastic nevi": a beacon in diagnostic darkness. *Eur J Dermatol*. 2006;16:479-93.

-
25. Hypólito SJ et al. Atypical mole syndrome and dysplastic nevi: identification of populations at risk for developing melanoma- review article. Clinics 2011;66(3):493-499.
26. Hofmann-Wellenhof R, Soyer PH. Atypical (Dysplastic) Nevus. In: Soyer HP, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Johr RH, ed. Color Atlas of Melanocytic Lesions of the Skin. v.1. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2007. p87-96.
27. Slade J, Marghoob AA, Salopek TG, Rigel DS, Kopf AW, Bart RS. Atypical mole syndrome: Risk factor for cutaneous malignant melanoma and implications for management. J Am Acad Dermatol. 1995;32:479-94.
28. Argenziano G, Soyer HP. Dermoscopy of pigmented skin lesions - a valuable tool for early diagnosis of melanoma. Lancet Oncol 2001; 2: 443-9.
29. Carrera C et al. Correlación histológica de los parámetros dermatoscópicos, lesiones melanocíticas y no melanocíticas y criterios dermatoscópicos de los nevos melanocíticos. Med Cutan Iber Lat Am 2004;32(2) 47-60.
30. 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;17:571-83.
31. Rezza GG, Sá BCS, Neves RI. Dermatoscopia: o método de análise de padrões. An Bras Dermatol. 2006;81:261-8.
32. Rezza GG, Leon A, Duprat J. Dysplastic nevus (atypical nevus). An Bras Dermatol. 2010;85(6):863-71

-
33. Malvehy Josep et al. Handbook of Dermoscopy; Taylor & Francis group; 2006; 21-35.
34. P. Carli et al. El patrón de análisis y los algoritmos simplificados es el método más confiable para enseñar el método dermatoscópico de melanoma a los residentes de Dermatología; British Journal of Dermatology 2003;148:981-984.
35. Bataille V, et al. The association between naevi and melanoma in populations with different levels of sun exposure: a joint case-control study of melanoma in the UK and Australia. Br J Cancer 1998;77:505-510.
36. Ascierto PA, et al. Sensitivity and specificity of epilumescence microscopy: evaluation on a sample of 2731 excised cutaneous pigmented lesions. The melanoma Cooperative Study. Br J Dermatol 2000; 142:893-8.
37. Burroni M, et al. Dysplastic naevus vs in situ melanoma: digital dermoscopy analysis. Br J Dermatol 2005;152: 679-84.
38. Brochez L, Verhaeghe E, Grosshans E, Haneke E, Piérard G, Ruiter D, Naeyaert JM. Inter-observer variation in the histopathological diagnosis of clinically suspicious pigmented skin lesions. J Pathol. 2002;196:459-66.
39. De Wit PE, et al. Validity of 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 (6):831-839.
40. Sánchez Yus E, et al- El nevo melanocítico displásico, 24 años después: existe pero no displásico. Actas Dermosifilogr 2002;93(5):289-309.

41. Annessi G, Cattaruzza MS, Abeni D, Baliva G, Laurenza M, Macchini V, et al. Correlation between clinical atypia and histologic dysplasia in acquired melanocytic nevi. Correlation between clinical atypia and histologic dysplasia in acquired melanocytic nevi. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:77-85.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____ Expediente: _____

Edad: _____ Fototipo: _____

Tiempo de evolución: _____ Topografía _____

Criterios clínicos:

Asimetría _____

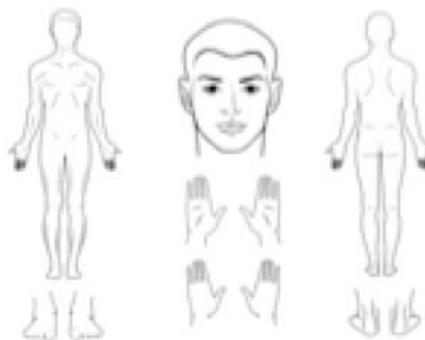
Bordes _____

Color _____

Diámetro _____

Elevación _____

Diagnóstico clínico: _____



Criterios dermatoscópicos:

Método de análisis de patrones

Patrón reticular: _____

Patrón globular: _____

Patrón homogéneo: _____

Patrón multicomponente: _____

Patrón en estrella: _____

Patrón paralelo: _____

Patrón reticular-globular: _____

Método de Stolz

Asimetría: _____

Bordes: _____

Color: _____

Estructuras dermatoscópicas: _____

Puntuación: _____

Diagnostico dermatoscópico: _____

No. de biopsia: _____ Diagnóstico histológico: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO DERMATOLÓGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA CARTA DE
INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

México D.F. a _____ de _____ del 20__

A quién corresponda Por medio de la presente yo:

Declaro libre y voluntariamente que acepto ser ingresado en el presente protocolo:

“CORRELACION CLINICA, DERMATOSCÓPICA E HISTOPATOLÓGICA DE
NEVOS MELANOCITICOS ATIPICOS EN POBLACION MEXICANA DEL
CENTRO DERMATOLOGICO DR. LADISLAO DE LA PASCUA”

Se me ha informado enteramente del padecimiento que presento, así como del estudio mismo. Acepto el compromiso que implica mi participación en la investigación, para la obtención de resultados fidedignos, por lo que reconozco la importancia de seguir en lo posible las indicaciones otorgadas por el personal que dirige el estudio. Aceptó también la realización de un biopsia de mi lesión, conociendo los riesgos y las complicaciones que con lleva este procedimiento, el cual autorizo voluntariamente.

Nombre y firma del paciente: _____