

Método de codificación de lesiones pigmentarias

Encoding method to pigmentary lesions

Daniel Feinsilber¹, Ana Clara Acosta², Olga Matilde Rosati², Nora Kogan³, Roberto Schroh⁴, Cristina Corbella⁵

RESUMEN

El melanoma (MM) es el cáncer cutáneo de mayor malignidad caracterizado por mal pronóstico cuando el diagnóstico es tardío o dejado a su libre evolución.

Objetivos: 1. Presentar un método clínico que permita una mayor eficacia en la detección precoz del MM sobre lesiones pigmentarias melanocíticas, particularmente nevos. 2. Determinar el porcentaje de diagnóstico precoz de MM.

Diseño: Análítico, observacional, descriptivo y longitudinal sin grupo control.

Material y Métodos: Se analizaron los pacientes con lesiones pigmentarias sospechosas de malignidad que asistieron al Sector de Oncología durante diez años. La detección precoz del MM se basó en el mapeo de nevos melanocíticos (NM) mediante la observación clínica, lupa de 10X y digitalización de lesiones melanocíticas sospechosas según los criterios del ABCDE, extirpación de lesiones de alto riesgo y evaluación histopatológica de las mismas.

Resultados: En base al método propuesto de codificación de lesiones pigmentarias detectamos un alto porcentaje de diagnóstico precoz (MM sin o de bajo riesgo): 38.79% de los MM presentaron un espesor de Breslow menor o igual a 1 mm y el 44.51% presentaron niveles I y II de Clark. El 54.20% fueron MM desarrollados sobre piel sana. Mientras que el 45.80% se desarrolló sobre NM preexistentes, de los cuales solo el 38.73% se confirmó por histopatología.

Conclusión: Consideramos que este método clínico de codificación de lesiones pigmentarias basado en el ABCDE es de fácil aplicación y de utilidad para la detección precoz de MM finos. (*Dermatol Argent.* 2014; 20 (2): 94-98)

Palabras clave:

codificación, ABCDE, melanoma, nevo melanocítico, diagnóstico precoz.

ABSTRACT

Melanoma (MM) is the most malignant cutaneous cancer in which late diagnosis or not diagnosis at all is related to bad prognosis.

Objective: 1. To submit a clinical method that allows greater efficiency in the early detection of MM on melanocytic pigmented lesions particularly nevi. 2. To determine the percentage of early diagnosis of MM.

Design: Analytical, observational, longitudinal descriptive and no control group.

Material and Methods: We analyzed patients with pigmented lesions suspicious of malignancy who attended the Oncology sector for ten years. Early detection of MM was based on the mapping of melanocytic nevi (MN) by clinical observation, 10X loupe and digitization of suspicious melanocytic lesions according to the criteria of the ABCDE, removal of high-risk lesions, and their histopathologic evaluation.

Results: Based on the proposed encoding method pigmented lesions we detected a high percentage of early diagnosis (MM without or low risk): 38.79 % of MM had a Breslow thickness of less than or equal to 1 mm and 44.51 % had levels I and II of Clark. The 54.20% MM were developed on healthy skin. Whereas about 45.80 % MN preexisting developed, of which only 38.73 % was confirmed by histopathology.

Conclusion: We believe that this clinical coding method based pigmented lesions ABCDE is easy to use and useful for early detection of thin MM. (*Dermatol Argent.* 2014; 20 (2): 84-93)

Keywords:

encoding, ABCDE, melanoma, melanocytic nevus, early diagnosis.

Fecha de recepción: 28/2/2014 | **Fecha de aprobación:** 10/3/2014

Introducción

El melanoma (MM) es el cáncer cutáneo que dejado a su libre evolución tiene peor pronóstico. Es frecuente que lesiones melanocíticas puedan plantear dificultades diagnósticas que provoquen una controversia benignidad-malignidad. Por este motivo elaboramos un método de codificación clínico, basado en el ABCDE de las lesiones melanocíticas para mejorar la detección precoz del MM sobre lesiones melanocíticas pigmentarias (LMP) y disminuir el margen de error en el diagnóstico clínico del MM.

¹ Jefe de División del Servicio de Dermatología.

² Médicas asistentes. Sector Oncología.

³ Médica de planta.

⁴ Médico de planta. Jefe Sector Dermatopatología.

⁵ Médica de planta del Servicio de Anatomía Patológica.

División Dermatología. Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

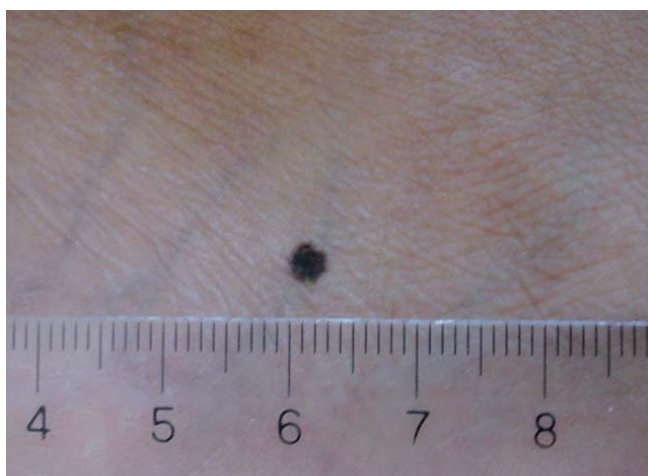


FOTO 1: Nevo Melanocítico de Bajo Riesgo. Asimetría leve, bordes difusos, 1 tono de marrón, lesión de 4 mm. Mácula. Diagnóstico histológico: Nevo melanocítico de juntura.



FOTO 2: Nevo Melanocítico de Riesgo Intermedio. Asimetría y bordes irregulares de menos del 50%, 2 tonos de marrón, lesión de 11 mm. Placa. Diagnóstico histológico: nevo melanocítico lentiginoso pigmentado con displasia de alto grado.



FOTO 3: Nevo Melanocítico de Alto Riesgo. Lesión asimétrica en más de un 50%, bordes irregulares con dispersión marginal de pigmento, 3 colores (2 tonos de marrón y área rosada), lesión de 13 mm, con sobre elevación tipo pápula en la mitad izquierda. Diagnóstico histológico: nevo melanocítico con displasia de alto grado.

Objetivos

1. Presentar un método clínico que permita una mayor eficacia en la detección precoz del MM sobre lesiones pigmentarias melanocíticas, particularmente nevos.
2. Determinar el porcentaje de diagnóstico precoz de MM.

Material y métodos

En el Sector de Oncología de la División del Servicio de Dermatología del Hospital Ramos Mejía, se analizaron los pacientes con LMP sospechosas de malignidad durante diez años (1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 2001). Estas lesiones se mapearon y codificaron según el ABCDE (a simple vista y con lupa de 10X), jerarquizándose cada una de estas variables según las características observadas. Se tuvieron en cuenta además los datos clínicos por observación e interrogatorio del paciente o de terceros (pareja, familiar, amigos), y fotografías previas que nos permitieron en algunos casos detectar nevos melanocíticos (NM) como precursores de MM. No fue utilizada la dermatoscopia debido a la falta de experiencia con este método en el momento del estudio.

Basados en las características del ABCDE, se dividieron a las LMP en tres categorías: bajo riesgo (x), riesgo intermedio (xx) y alto riesgo (xxx). Se consideraron de bajo riesgo aquellas que presentaron Asimetría y alteración de sus Bordes en no más del 25%, 1 Color, Diámetro menor a 5 mm y Elevación consistente en lesión mínima máculo-placa. Las de riesgo intermedio presentaron Asimetría y alteración de sus Bordes entre 25 y 50%, 2 Colores, Diámetro entre 5 y 6 mm y Elevación consistente en lesión mediana expresada como placa. Finalmente, las de alto riesgo presentaron Asimetría y alteración de sus Bordes mayor al 50% y/o dispersión marginal de pigmento (DMP; es un término acuñado por nosotros que hace referencia al color del borde que se atenúa hacia la periferia confundiendo con el color normal de la piel; histológicamente puede mostrar hiperplasia melanocítica típica, lentiginosa o atípica), 3 ó más Colores o siempre que expresaran el color rojo-rosado que implica angiogénesis o lesión amelanótica, Diámetro mayor a 6 mm y Elevación que puede ser papuloide, noduleide o verrugosa con importancia fundamentalmente en los adultos por la posibilidad de constituir un cambio a MM. (Cuadro I) (Fotos 1, 2 y 3)

Según esta clasificación, las LMP de bajo riesgo fueron controladas anualmente, las LMP de mediano riesgo fueron observadas trimestralmente y extirpadas ante la modificación de alguna de las variables mencionadas, y las LMP de alto riesgo fueron extirpadas inmediatamente,

CUADRO I: Clasificación de los NM según sus características clínicas (ABCDE)

	(x) Bajo Riesgo (Foto 1)	(xx) Riesgo Intermedio (Foto 2)	(xxx) Alto Riesgo (Foto 3)
Asimetría	< 25%	25-50%	> 50%
Bordes	< 25%	25-50%	> 50% - DMP
Color	1	2	> 3 ó rojo-rosado
Diámetro	< 5 mm	5-6 mm	> 6 mm
Elevación	Mínima: Máculo-placa	Mediana: Placa	Mayor: Pápula, nódulo ó lesión verrugosa

**CUADRO II: Origen del MM (desarrollados sobre NM o piel sana).
310 MM = 142 MM sobre nevo previo (45.80%) + 168 MM sobre piel sana (54.20%)**

GRUPO I MM desarrollado sobre NM Visible clínicamente	GRUPO II MM desarrollado sobre NM Hallazgo histológico	GRUPO III MM desarrollado sobre piel sana Lesión sin clínica ni histología de nevo previo
134 MM (43.22%) ↓ HP(-) 87 MM (28.06%) HP(+) 47 MM (15.16%)	8 MM (2.58%)	168 MM (54.20%)

HP(-): Histopatología negativa. HP(+): Histopatología positiva.

realizándose su estudio histológico para darles identidad clínico-patológica.

A todos los MM diagnosticados se los clasificó según la preexistencia o no de NM, en tres grupos:

- I. MM desarrollado sobre NM clínicamente visible (dato obtenido por interrogatorio y/o fotografía de lesión precursora).
- II. MM desarrollado sobre NM demostrado por histopatología, sin lesión clínica visible.
- III. MM desarrollado sobre piel sana, sin lesión clínica ni hallazgo histopatológico de NM precursor.

De los grupos I y II se evaluó si esos NM precursores eran displásicos o no displásicos.

A fin de determinar el porcentaje de diagnóstico precoz de MM se evaluaron espesor de Breslow y nivel de Clark. Si bien en la actualidad el nivel de Clark no se considera relevante en cuanto al valor pronóstico, creemos que es de utilidad para establecer una idea histológica tridimensional del tumor, sobre todo en MM finos.

Se realizó el seguimiento de las LMP y de los MM diagnosticados durante los 10 años posteriores (hasta el 31 de diciembre de 2011 inclusive) a fin de controlar su evolución.

Resultados

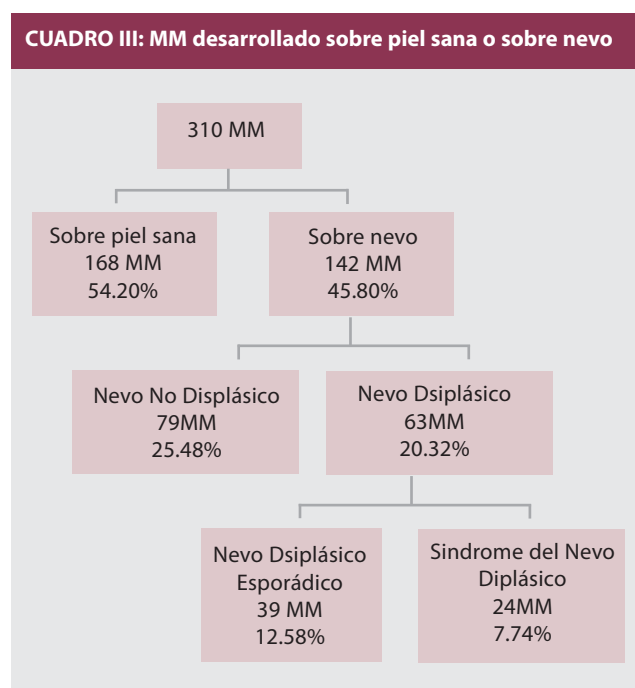
Se detectaron 300 pacientes que desarrollaron 316 MM (se excluyeron 6: 3 MM oculares y otros 3 MM metastásicos con primario desconocido), con un seguimiento de los mismos a diez años.

De los 310 MM, 142 (45.80%) se desarrollaron sobre NM, mientras que los 168 restantes (54.20%) se desarrollaron sobre piel sana. De aquellos que se originaron a partir de un NM sólo el 2.58% fue un hallazgo exclusivamente histológico y, por lo tanto un nevo “invisible” a la clíni-

ca (Cuadro II). Destacamos que el 25.48% de los MM se desarrollaron sobre nevos no displásicos, y de los desarrollados sobre nevos displásicos, el 12.58% fueron a partir de nevos displásicos esporádicos (Cuadro III).

Se estableció el diagnóstico precoz de MM en las distintas formas clínicas, según el espesor de Breslow y el nivel de Clark. El espesor de Breslow se determinó en 232 MM de la serie al descartar los 78 MM in situ. Encontramos 90 MM (38.79%) con espesor menor o igual a 1 mm (MM fino) (cuadro IV).

Detectamos 78 (25.16%) MM in situ (nivel I de Clark), de los cuales 38 (48.72%) fueron Melanomas Extensivos Superficiales, 33 (42.30%) Lentigos Malignos de



CUADRO IV: Diagnóstico precoz de MM según espesor de Breslow (n = 232: 310 MM menos 78 MM in situ).		
≤ 1 mm 90 MM (38.79 %)		> 1.00 mm 142 MM (61.21 %)
≤ 0.75 mm 59 MM (25.43 %)	0.76 – 1 mm 31 MM (13.36 %)	

Hutchinson, 6 (7.70%) Melanomas Acrolentiginosos y 1 (1.28%) Melanoma Verrugoso. Los niveles II correspondieron a 60 MM (19.35%); sin importarnos ya la forma clínica al estar en presencia de microinvasión, es decir la fase de crecimiento radial dérmica. La sumatoria de los MM con niveles I y II de Clark constituyen el 44.51 % de MM (sin o de bajo riesgo), hecho coincidente con el Breslow (Cuadro V).

Comentarios

El método de codificación que proponemos se basa en el clásico ABCD que evalúa las características clínicas de LMP con el objetivo de lograr la detección temprana de MM. Resaltamos la importancia de poder realizarlo en cualquier ámbito con mínimos recursos, y su sencillez que permite aplicarlo en atención primaria de la salud.

Abbasi *et al.*, al igual que nosotros, reconocen la utilidad del ABCD. Como ellos, creemos e insistimos que si bien no todos los MM cumplen con los 4 criterios del ABCD, es su combinación lo que hace a una lesión sospechosa de MM. Sugieren además la incorporación del criterio E (evolución) que puede ser identificado por los propios pacientes, y lo consideran especialmente importante para el diagnóstico del MM nodular que frecuentemente no responde a los criterios ABCD. Esta “evolución” se refiere no solamente al cambio de tamaño, sino también a los cambios de forma, superficie, color y síntomas que puedan aparecer en lesiones preexistentes.¹ Para nosotros, la

CUADRO V: Diagnóstico precoz de MM según nivel de Clark (n = 310).	
Nivel I de Clark 78 MM (25.16 %)	Nivel II de Clark 60 MM (19.35 %)
Nivel III de Clark 44 MM (14.20 %)	Nivel IV de Clark 111 MM (35.81 %)
Nivel V de Clark 17 MM (5.48 %)	Nivel I + Nivel II 138 MM (44.51%)

E puede también ser interpretada, y así lo hemos aplicado, como “elevación” que nos indica los cambios morfológicos de la lesión inicial, y con frecuencia es el primer motivo de consulta. Ese cambio o evolución se verificará en el tiempo con el control periódico del paciente. Por esta razón clasificamos a las LMP como de bajo, mediano o alto riesgo y según ese criterio se las controló anual o trimestralmente, o fueron extirpadas de inmediato.

Con respecto al nevo precursor, McPherson *et al.* informan que el 65.2% de los pacientes reconocían la existencia de un nevo previo. En Argentina, Gutierrez *et al.* refieren que de un total de 134 MM analizados, el 24% (32 MM) se asocian histológicamente con nevos.^{2,3} En nuestra casuística el 43.22% de los pacientes (142 MM) refirieron la existencia de nevo previo, hecho confirmado histológicamente sólo en 15.16% (47 MM).

Banky *et al.* refieren que si bien en un MM invasivo es posible que el nevo sea destruido, es improbable que esto suceda en un MM in situ, por lo que pareciera que estas lesiones pigmentadas son MM in situ desde el inicio. Además en aquellos MM que aparecen como lesiones nuevas y presentan evidencia de nevo, consideran probable una evolución simultánea del nevo y el MM. Concluyen que los mayores de 50 años tienen más riesgo de que sus lesiones pigmentadas nuevas o modificadas, sean MM.⁴

En nuestro trabajo detectamos que del grupo de MM desarrollados sobre nevos, la mayoría lo hicieron sobre nevos no displásicos. También Tsao *et al.* encuentran que la transformación maligna no se limita a los nevos displásicos ya que se pueden observar nevos benignos y congénitos en cerca del 50% de los MM con nevo asociado. Refieren además que la tasa anual estimada de transformación de un nevo en un MM es muy baja pero aumenta con la edad; por lo que concluyen que la escisión de nevos en pacientes jóvenes con múltiples lesiones pigmentarias y sin otros factores asociados, tiene un beneficio limitado.⁵

Al igual que nosotros, autores españoles encuentran que alrededor del 20% de los MM se desarrollan a partir de nevos y afirman que esos pacientes tienen 9 veces más riesgo de presentar un segundo MM sobre otro de sus nevos debido a lo que llaman “vía de inestabilidad de células pigmentarias” que da al individuo susceptibilidad para la proliferación melanocítica.⁶

En nuestro trabajo sumamos a la evaluación clínica, la observación con lupa de 10X de las LMP y la fotografía cutánea digital, que permite comparar las lesiones en el tiempo. Esto brinda a médicos y pacientes la posibilidad de reconocer lesiones nuevas o con cambios sutiles de tamaño o color, lo que facilita el seguimiento de pacientes de alto riesgo para MM, y propicia la biopsia de lesio-

nes sospechosas. Esto mismo es lo que proponen los grupos de trabajo de Feit y Nathansohn, quienes concluyen que el seguimiento fotográfico de las lesiones puede ser una manera efectiva de aumentar la sensibilidad y especificidad en la detección de MM, sobre todo en los pacientes con múltiples nevos.^{7,8}

A fin de determinar el porcentaje de diagnóstico precoz de MM, comparamos nuestros hallazgos con los publicados por Magnin y Tolnay en 1988 ya que su estudio fue realizado en el mismo Servicio de Dermatología. Ellos evaluaron un total de 266 MM, de los cuales el 24% tenía espesor de Breslow menor a 0.75 mm y el 22,6% no superaba el nivel II de Clark (2.3% con nivel I y 20.3% con nivel II).⁹ En nuestro trabajo, logramos aumentar el porcentaje de los MM con un espesor de Breslow menor a 0,75 mm (25,43%) y, si tenemos en cuenta las normas actuales y tomamos a todos los MM finos (≤ 1 mm), nuestra detección precoz llega al 38.79%. Así también logramos casi duplicar el porcentaje de diagnóstico de MM con nivel de Clark menor o igual a II (44,51% = 25,16% con nivel I y 19,35% con nivel II).^{10,11}

A fin de aumentar la detección temprana de MM se debe aprovechar toda oportunidad de consulta médica para el examen deliberado de la piel, ya que de esta manera se logra un mayor diagnóstico de MM finos que en el hallazgo médico accidental o por parte del paciente.²

Sin embargo es fundamental la educación de la población general para el autoexamen a fin de descubrir cambios de color, tamaño o forma y síntomas como prurito, irritación o sangrado en nevos preexistentes o el desarrollo de nuevas lesiones pigmentadas que estimulen la consulta médica inmediata. El autoexamen y educación del paciente, junto con el seguimiento médico juegan un rol crucial en la detección de MM finos y curables, objetivos también observados en la bibliografía.^{2, 12-15}

En los últimos años hemos perfeccionado nuestra experiencia en el uso de la dermatoscopia, y creemos que gracias a su aplicación mejoramos el diagnóstico temprano de MM, además de evitar biopsias innecesarias en lesiones dudosas clínicamente como fue comprobado por Argenziado *et ál.*¹⁶

Conclusión

En nuestra experiencia esta metodología basada en el ABCDE de lesiones pigmentarias y la búsqueda continua en pacientes con riesgo, logra un alto porcentaje de diagnóstico precoz y una disminución de la morbi-mortalidad debida al MM.

Estamos convencidos de que el diagnóstico precoz es la mejor arma terapéutica contra el MM.

Bibliografía

1. Abbasi NR., Shaw HM., Rigel DS., Friedman RJ *et ál.* Early diagnosis of cutaneous melanoma. Revisiting the ABCD criteria. *JAMA.* 2004; 292: 2771-2776.
2. McPherson M., Elwood M., English D., Baade P, *et ál.* Presentation and detection of invasive melanoma in a high-risk population. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 783-792.
3. Gutiérrez MP, Barengo M., Mainardi C., Garay I, *et ál.* Melanoma cutáneo y nevo. *Medicina* 2009; 69: 536-540.
4. Banky JP., Kelly JW., English DR., Yeatman JM., *et ál.* Incidence of new and changed nevi and melanomas detected using baseline images and dermoscopy in patients at high risk for melanoma. *Arch Dermatol.* 2005; 141: 998-1006.
5. Tsao H., Bevona C., Goggins W., Quinn T. The transformation rate of moles (melanocytic nevi) into cutaneous melanoma. *Arch Dermatol.* 2003; 139: 282-288.
6. Echeverría B., Botella-Estrada R., Serra-Guillén C., Martorell A., *et ál.* Riesgo aumentado del desarrollo de un segundo melanoma cutáneo primario sobre un nevo en pacientes diagnosticados previamente de melanoma cutáneo primario sobre nevo. *Actas Dermosifiliogr.* 2010; 101: 710-716.
7. Feit NE., Dusza SW., Marghoob AA. Melanomas detected with the aid of total cutaneous photography. *Br J Dermatol.* 2004; 150: 706-714.
8. Nathansohn N., Orenstein A., Trau H., Liran A. *et ál.* Pigmented lesions clinic for early detection of melanoma: Preliminary results. *IMAJ.* 2007; 9:708-712.
9. Magnin P., Tolnay A. Estudio Clínico, epidemiológico y evolutivo de 266 melanomas. *Prensa Méd Argent.* 1988; 75: 369-376.
10. Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas. *Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Melanoma Cutáneo.* Junio de 2011.
11. Balch CM., Gershenwald JE., Soong SJ., Thompson JF. *et ál.* Final revision of 2009 AJCC Melanoma Staging and Classification. *J Clin Oncol.* 2009; 27: 6199-6206.
12. Weatherhead SC., Lawrence CM. Melanoma screening clinics: are we detecting more melanomas or reassuring the worried well? *Br J Dermatol.* 2006; 154: 539-541.
13. Negin BP., Riedel E., Oliveria SA., Berwick M. *et ál.* Symptoms and signs of primary melanoma. Important indicators of Breslow depth. *Cancer.* 2003; 98: 344-348.
14. Schneider JS., Moore DH., Mendelsohn ML. Screening program reduced melanoma mortality at the Lawrence Livermore National Laboratory, 1984 to 1996. *J Am Acad Dermatol.* 2008; 58: 741-749.
15. Uliasz A., Lebwohl M. Patient education and regular surveillance results in earlier diagnosis of second primary melanoma. *Int J Dermatol.* 2007; 46: 575-577.
16. Argenziario G., Cerroni L., Zalaudek I., Staibano S. *et ál.* Accuracy in melanoma detection: A 10-year multicenter study. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 67: 54-59.