

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO ANTONIO LUACES IRAOLA.
CIEGO DE ÁVILA**

**Estudio dermatoscópico y correlación clínica e
histopatológica de Nevos Pigmentados.**

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Dermatología

Autora: Dra. Ivette Espinosa Carballosa.

2016

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO ANTONIO LUACES IRAOLA.
CIEGO DE ÁVILA

Estudio dermatoscópico y correlación clínica e histopatológica de Nevos Pigmentados.

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Dermatología.

Autora: Dra. Ivette Espinosa Carballosa.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Ms.C Asesoramiento Genético.

Profesora Auxiliar.

Residente de Dermatología.

Tutora: Dra. Mayelín Figueroa García.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Especialista de Primer Grado en Dermatología.

Profesor Asistente.

DEDICATORIA.

*A la memoria de la gran
persona que supo hacer de mi todo lo que
hoy soy: Mí querida abuela Amparo.*

RESUMEN

Se realizó una investigación de medios diagnósticos observacional prospectiva de todos los pacientes con diagnóstico de Nevos Pigmentados del Área Sur de la provincia Ciego de Ávila que acudieron a la consulta de Dermatología del policlínico Belkis Sotomayor en el período de Octubre 2013 a Abril 2015. La muestra quedó constituida por 40 pacientes con diagnóstico clínico de Nevos Pigmentados y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El grupo de edad de 16 - 30 años, el sexo femenino y el fototipo II predominaron en nuestra investigación. Resultó la localización más frecuente las zonas de fricción (espalda y abdomen). Atendiendo a la descripción clínica el mayor número de nevos pigmentados presentó simetría, bordes regulares, color homogéneo y diámetro menor de 6 mm. Un elevado porcentaje de las lesiones evaluadas tenía más de 12 meses de evolución. Los patrones dermatoscópicos que prevalecieron fueron el homogéneo, el reticulado y el multicomponente. El nivel de correlación entre el diagnóstico clínico e histológico se consideró aceptable y entre el diagnóstico dermatoscópico e histológico de excelente.

Palabras claves: Dermatoscopia, Nevos Pigmentados, Patrones Dermatoscópicos.

INDICE

Pág.

Resumen

Introducción..... 1

Objetivos.....4

Marco Teórico..... 5

Material y Método.....20

Resultados y Discusión.....27

Conclusiones.....37

Recomendaciones.....38

Referencias Bibliográficas.....39

Anexos

INTRODUCCIÓN.

La búsqueda del aumento en la precisión diagnóstica clínica de los nevos pigmentados ha sido una constante preocupación por parte de los dermatólogos. Desde otras épocas se vienen desarrollando técnicas e instrumentos más o menos complejos que puedan facilitar el diagnóstico de estas lesiones. La Dermatoscopia es una técnica cuyos orígenes se remontan al siglo XVII y que ya en el siglo XX consiguió un nivel de perfeccionamiento y difusión que actualmente la hacen imprescindible en la práctica clínica de cualquier dermatólogo. La Dermatoscopia (dermoscopia o microscopía de epiluminiscencia) es una técnica no invasiva, que nació para el diagnóstico de lesiones melanocíticas, sin embargo, con el paso del tiempo ha encontrado su utilidad para el análisis de lesiones no melanocíticas. Mediante la amplificación de la imagen y eliminación de la refracción del estrato córneo, pueden observarse estructuras epidérmicas y dérmicas. Se considera un paso intermedio entre el diagnóstico clínico presuntivo y la confirmación histopatológica.¹⁻⁴

La Dermatoscopia es una técnica de diagnóstico por imagen no invasiva muy útil desarrollada en los últimos años, aplicada a las lesiones pigmentadas de la piel. La simetría o asimetría estructural, el número de colores de la lesión y la distribución de ciertas estructuras y sus características son fundamentales en el diagnóstico dermatoscópico. Se han descrito más de cien parámetros, pero sólo algunos de ellos han demostrado una sensibilidad y especificidad adecuadas y resultan claramente reproducibles entre los observadores. Sin embargo, para mejorar la precisión diagnóstica es imprescindible una adecuada formación en la técnica. Se utiliza tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de aquellas lesiones pigmentadas congénitas o adquiridas y para la detección precoz de áreas de sospecha o de transformación maligna.^{5, 6}

La Dermatoscopia nos permite ver diferentes colores, estructuras y patrones que a simple vista no se aprecian. Los signos dermatoscópicos pueden ser característicos de lesiones melanocíticas o de diferentes lesiones no

melanocíticas. Los colores visibles por dermatoscopia son: el marrón claro, el marrón oscuro, el gris, el azul, el negro, el rojo, el amarillo o el blanco. La vascularización aporta también mucha información, no sólo de las lesiones pigmentadas, sino también de las lesiones acrómicas o hipocrómicas, donde muchas veces la vascularización es el único parámetro que podemos analizar.^{7, 8}

El nevus melanocítico es una proliferación anormal pero benigna de los melanocitos de la piel que tienden a agruparse en nidos o tecas. Aunque pueden estar presentes en un 1 % de los neonatos, suelen iniciar su aparición a partir de los 6 - 12 meses e ir aumentando en número y tamaño hasta alrededor de los 25 años. Es esencial diferenciar en la anamnesis los nevus presentes desde el nacimiento o en los primeros meses de la vida (nevus melanocíticos congénitos), de los que aparecen durante la vida del individuo (nevus melanocíticos adquiridos).⁹

La utilidad de la Dermatoscopia en el diagnóstico del Melanoma, el tumor cutáneo de mayor relevancia en Dermatología, es incuestionable. La sensibilidad en el diagnóstico del Melanoma a simple vista por parte de los especialistas con amplia experiencia en esta entidad es del 70 - 85 %, mientras que en manos expertas, la Dermatoscopia logra una sensibilidad del 92 %¹; existiendo en la literatura médica, reportes que avalan su utilidad en el diagnóstico del Melanoma.^{10, 11}

Cada vez son más frecuentes las consultas relacionadas con la benignidad o malignidad de las lesiones pigmentarias de la piel, así como sobre la necesidad o no de su extirpación. La importancia de estas tumoraciones radica en los problemas estéticos que pueden originar, la posible asociación a otras malformaciones y en, algunos de ellos, el riesgo de ser origen de un melanoma.

A pesar de que se utiliza en el mundo desde hace varias décadas este novedoso método diagnóstico, en nuestro país hasta hace muy poco no existían referencias sobre su utilización y específicamente en la provincia Ciego de Ávila no hay experiencia en el uso del Dermatoscopio, razón por la cual nos

motivamos a evaluar el manejo de la Dermatoscopia permitiendo así establecer correlación entre el diagnóstico clínico, dermatoscópico e histológico.

Problema de investigación:

Se desconoce el valor del uso del Dermoscopio en el diagnóstico de Nevos Pigmentados, en pacientes de la zona sur de Ciego de Ávila.

Hipótesis.

La estimación de la utilidad diagnóstica del Dermoscopio en Nevos Pigmentados permitirá un diagnóstico más certero de estas lesiones así como el seguimiento y tratamiento adecuado.

OBJETIVOS.

Objetivo general.

Evaluar el uso de la Dermatoscopia en el diagnóstico de Nevos Pigmentados, en pacientes del área sur de la provincia de Ciego de Ávila.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar la muestra estudiada según variables: sexo, edad, fototipo de piel, localización, descripción clínica y tiempo de evolución de los nevos pigmentados.
2. Describir en las diferentes lesiones de cada paciente los hallazgos dermatoscópicos según los patrones globales.
3. Correlacionar el diagnóstico clínico, dermatoscópico e histológico.

MARCO TEÓRICO.

Los orígenes de la Dermatoscopia se remontan al siglo XVII, en 1655, Peter Borrelus y 8 años después, Christophorus Kolhaus, observaron la imagen de los capilares del lecho ungueal mediante un microscopio ¹². Dos siglos más tarde, en 1878, Abbe sugirió las ventajas de la aplicación de aceite de inmersión para mejorar la imagen, ventaja que utilizó Unna, en 1893, para la evaluación de lesiones cutáneas ^{3, 13}. Johann Saphier, dermatólogo Alemán fue el primer autor que acuñó el término de “Dermatoscopia” con las connotaciones actuales (1920) y el que comenzó a evaluar nevus melanocíticos, describiendo por primera vez los glóbulos, parámetro dermatoscópico actualmente vigente ^{9, 14, 15, 16}.

En la primera mitad del siglo XX, algunos autores realizaron diferentes aportes a la técnica: Lombard, Muller, Schur, Weiss, Jaensch y Bettman estudiaron las diferentes aplicaciones clínicas de la microscopía capilar ³; Hinsemann introduce el colposcopio en el examen dermatológico ¹⁷; Goldman refiere la importancia de la técnica en la valoración clínica de diferentes dermatosis y lesiones tumorales, estudiando numerosas lesiones melanocíticas que incluían nevus melanocíticos y melanomas ^{18, 19} y Ehring introduce el término “histología in vivo de la piel” ²⁰. Posteriormente, en 1971, tras unos 20 años de ausencia de referencias a la Dermatoscopia, Rona Mackie la devuelve a la actualidad para destacar, por primera vez, su utilidad en el incremento de la precisión diagnóstica preoperatoria de las lesiones pigmentadas y en la diferenciación entre lesiones benignas y malignas ²¹. Esta línea de investigación fue continuada por Fritsch y Pechlaner, en 1981, quienes además introdujeron el estereomicroscopio en la evaluación preoperatoria de las lesiones pigmentadas. ^{6, 22}

En 1987, Pehamberger realizó un exhaustivo trabajo en el que aplicó la Dermatoscopia en la evaluación de un número elevado de tumores pigmentados, describiendo una serie de parámetros y patrones dermatoscópicos que con pequeñas modificaciones se emplean actualmente, estableciendo las bases del procedimiento llamado “análisis de patrones” ²³.

Destacan también los trabajos de Soyer^{22,23} y Steiner en la década de los 80. En 1990, Braun - Falco y cols diseñan el Dermatoscopio manual que permite una mayor difusión de la técnica debido a su fácil manejo y precio más asequible²⁴. En este sentido, Kreuzsch y Rassner en 1990, desarrollan el estereomicroscopio binocular portátil²⁵.

En la década de los 90, comienzan aparecer los algoritmos diagnósticos que intentan facilitar y objetivar el diagnóstico dermatoscópico del melanoma (Regla del ABCD- Stolz en 1994, Método de Menzies- Menzies en 1996), útiles sobre todo para los especialistas con menor experiencia en la técnica. También en la década de los 90, se desarrollaron sistemas digitalizados de Dermatoscopia que permiten magnificaciones superiores a las suministradas por los dermatoscopios manuales y la obtención de mapas corporales totales y el archivo de imágenes clínicas y dermatoscópicas útiles en el seguimiento de pacientes con múltiples lesiones pigmentadas.^{26, 27}

Ante el aumento de la difusión de la Dermatoscopia se hizo necesario unificar criterios en cuanto a la terminología y a la definición de estructuras dermatoscópicas. Con este fin, se celebró en Hamburgo en 1989 la primera reunión de Consenso en Dermatoscopia y posteriormente, en Roma en el 2001, el Primer Congreso Mundial de Dermatoscopia, en este último se comunicaron los resultados de una Reunión de Consenso virtual de Dermatoscopia vía internet que fue llamada "Consensus Net Meeting on Dermoscopy" (CNMD) y que ha marcado un hito en la historia de la Dermatoscopia⁶. Esta reunión sirvió para unificar la terminología dermatoscópica, para demostrar que la técnica es fiable y reproducible, para validar el método diagnóstico en 2 etapas y para contrastar los diferentes algoritmos diagnósticos, estos resultados fueron publicados en el 2003.⁶

En el año 2001, Bafounta publicó el primer meta - análisis en el que se demuestra objetivamente la validez de la técnica y el aumento de la precisión diagnóstica respecto al examen clínico en manos de usuarios experimentados en Dermatoscopia.⁶

En el 2003, se crea la Sociedad Internacional de Dermatoscopia (IDS) que actualmente cuenta con más de 2600 miembros repartidos por todo el mundo. La IDS organizó el Primer Congreso Mundial de esta sociedad que se celebró en Nápoles en el año 2006, en dicho congreso, se gestó un documento de consenso que propuso un método estandarizado para la evaluación y documentación de las lesiones cutáneas. Este documento consensuado permitirá, entre otras utilidades, la consulta de casos dudosos con expertos mediante su aplicación al telediagnóstico o la teledermatoscopia. Finalmente, desde los primeros trabajos de Cascinelli y cols, el desarrollo de aplicaciones informáticas destinadas al análisis de las imágenes digitales de las lesiones pigmentadas ha permitido la introducción de nuevos sistemas de diagnóstico asistido por computadora abriendo un interesante campo para la investigación.

28-30

Para realizar un estudio dermatoscópico, es necesario el uso de un artículo óptico que provoca una magnificación de la lesión de 6 a 400 X. El Dermoscopio portable más frecuentemente utilizado consigue una magnificación de 10 aumentos con un haz de luz emitido por un foco halógeno que puede producir un ángulo de hasta 20 grados en la superficie de la piel. Una vez preparada la piel con la aplicación de una solución tópica (agua, aceite de inmersión, glicerina o alcohol), la luz permitirá la observación de lesiones mayormente relacionadas con el pigmento melánico en diferentes capas de la piel (epidermis y dermis), hemoglobina de los vasos sanguíneos y fibrosis dérmica.³⁰

En la literatura consultada numerosos autores hacen referencia al uso de la Dermatoscopia no solamente para las lesiones melanocíticas y no melanocíticas, sino también para el diagnóstico de enfermedades que afecten los anexos cutáneos, como el pelo y las uñas, también es útil para la selección del lugar a biopsiar, la estimación del grosor tumoral, la determinación de los márgenes de extirpación y la obtención de mapas corporales en pacientes de alto riesgo (Síndrome de nevus displásico). Se plantea además de que permite ahorrar más del 40 % de biopsias innecesarias en lesiones clínicamente dudosas.

Método en 2 etapas para la evaluación dermatoscópica.

El método diagnóstico en Dermatoscopia conocido como el método en 2 etapas es el algoritmo en el que se basa el diagnóstico diferencial en Dermatoscopia y es el que utilizan la mayoría de los grupos de trabajo en todo el mundo. Fue avalado por el Consensus Net Meeting on Dermoscopy y ha sido considerado como uno de los puntos claves en el informe estandarizado en Dermatoscopia. En una primera etapa diagnóstica debemos discernir si una lesión es melanocítica o no melanocítica. Si la lesión es melanocítica la segunda etapa se aplica para distinguir entre lesión benigna o maligna.³¹⁻³³

En una primera etapa clasificamos la lesión en melanocítica (nevus melanocítico) o no melanocítica (Queratosis Seborreica, Epitelioma Basocelular Pigmentado, Hemangioma, Dermatofibroma).

En la segunda etapa podemos aplicar el análisis de patrones (que también se emplea en la primera etapa) o ciertos algoritmos diagnósticos como el método ABCD de Stolz, el método de Menzies o la lista de los 7 puntos de Argenziano.

Primera etapa diagnóstica: parámetros de lesión melanocítica.

Las lesiones melanocíticas pueden ser identificadas por sus aspectos dermatoscópicos generales, definiendo patrones globales o por criterios dermatoscópicos concretos que determinan patrones específicos.

Los patrones globales de lesión melanocítica son los siguientes:

Retículo pigmentado: red de líneas marrones o negras sobre un fondo claro.

Histológicamente la red pigmentada se corresponde con los queratinocitos pigmentados y los melanocitos situados en las paredes de las crestas epidérmicas, mientras que los orificios de la malla se corresponden con las papilas dérmicas. El retículo pigmentado es característico de las lesiones melanocíticas. Los dermatofibromas suelen tener un retículo pigmentado en periferia⁸. Los epitelomas basocelulares pigmentados presentan hasta en un 2 - 4 % retículo pigmentado.³⁴

Algunas queratosis seborreicas reticuladas tienen un retículo pigmentado falso. Los lentigos actínicos pueden tener retículo pigmentado y los pezones supernumerarios también.³⁴

Las peculiaridades de la cara hacen que el retículo pigmentado adopte una morfología especial. El pseudoretículo pigmentado es típico de la cara. Se caracteriza por áreas hiperpigmentadas con zonas ovaladas no pigmentadas en su interior que se corresponden con las aperturas foliculares. Histológicamente la hiperpigmentación se corresponde con la pigmentación melanocítica de la unión dermoepidérmica y las áreas hipopigmentadas ovaladas se corresponden con los folículos y las salidas glandulares de la cara.
34

El retículo pigmentado negativo (invertido) se caracteriza por la presencia de áreas hiperpigmentadas separadas por un retículo con menor pigmentación. Histológicamente se corresponde con grandes nidos de células pigmentadas en las papilas. Está presente en los nevus de Spitz y en los melanomas. Algunos autores lo consideran como glóbulos pigmentados normalmente atípicos.³⁵

Agregados de glóbulos: se caracterizan por ser estructuras, redondas u ovaladas, mayores de 0,1 mm. Histológicamente se corresponden con agregados de melanocitos en nidos o tecas. Son característicos de las lesiones melanocíticas pero también pueden aparecer en los epitelomas basocelulares, aunque generalmente de coloración más azul-grisácea, correspondiéndose con el fenómeno de melanofagia por parte de las células tumorales.³⁵

Proyecciones radiales y pseudópodos (proyecciones): son estructuras lineales o con forma de porra localizadas en la periferia, naciendo del cuerpo de la lesión. Histológicamente se corresponden con agregados de células que crecen de forma paralela a la superficie cutánea en la periferia. En los melanomas se presentan de forma asimétrica e irregular y en los nevus melanocíticos de Reed y de Spitz se sitúan de forma simétrica en toda la periferia de la lesión.³⁶

Pigmentación azul homogénea: pigmentación azul homogénea sin estructura en ausencia de retículo pigmentado u otros hallazgos dermatoscópicos.³⁶

Histológicamente se caracteriza por la presencia de melanocitos cargados de pigmento en la dermis media y profunda. Los nevus melanocíticos azules y también las metástasis de melanoma presentan pigmentación azul homogénea.

³⁶

Patrón paralelo: distribución del pigmento de forma lineal a lo largo de los surcos o de las crestas de la piel acral.³⁷

En el patrón paralelo del surco la pigmentación melanocítica se sitúa en el sulcus profundo de la estructura del dermatoglifo palmo-plantar. Los nevus melanocíticos acrales presentan este signo dermatoscópico. En el patrón paralelo de la cresta las células pigmentadas se sitúan en la cresta intermedia del dermatoglifo. Es característico de los melanomas lentiginosos acrales.³⁷

Puntos de pigmento: son estructuras circulares menores a 0.1 mm. Los puntos de pigmento son agregados de melanocitos o gránulos de melanina en distintos niveles: en la epidermis (negros o marrones) y en la dermis (azules).³⁷

Manchas de pigmento: son áreas de pigmentación difusa confluyente sin estructuras en su interior, de color marrón, negra o gris, irregular y de bordes bien definidos. Las manchas de pigmento son agregados densos de melanina. La lamela central de los nevus melanocíticos muy pigmentados es una mancha de pigmento constituida por agregados de melanina en la zona central de la capa córnea.³⁷

Velo azul-blancuecino: son áreas de pigmentación difusa azulada sin estructuras en su interior, cubierta de un velo blancuecino. Histológicamente se corresponde con una epidermis con acantosis, ortoqueratosis e hipergranulosis bajo la que se sitúan células muy pigmentadas. La pigmentación no debe ocupar todo el tumor y se corresponde con áreas elevadas del tumor. En lesiones melanocíticas es bastante específico de melanoma.³⁷

Estructuras de regresión: las estructuras de regresión pueden ser:

- **Granularidad azul-grisácea o regresión azul:** son agregados más o menos denso de puntos de coloración azul o azul - grisácea. Histológicamente se corresponde con múltiples gránulos localizados en los melanófagos en la dermis media.
- **Blanquecina o pseudocicatricial:** son áreas blanquecinas más o menos delimitadas. Histológicamente se corresponden con áreas de fibrosis y de dermis engrosadas.³⁸

Los parámetros o signos dermatoscópicos de las queratosis seborreicas son:³⁹

Quistes de millium: estructuras amarillentas o blanquecinas circulares, de pequeño tamaño (de 0,1 a 1 mm), que no están comunicadas con la superficie cutánea. Histológicamente se corresponden con acúmulos de queratina que no alcanzan la superficie cutánea. Los nevus Unna, los nevus melanocíticos compuestos y, excepcionalmente, los melanomas pueden presentar también ocasionalmente quistes de millium.³⁹

Tapones córneos: son estructuras que se comunican con la superficie cutánea, de forma circular, de color amarillento, marrón o negro. Histológicamente se corresponden con acúmulos de queratina que alcanzan la superficie cutánea.³⁹

Fisuras y crestas: son estructuras de aspecto semejante a la superficie cerebral. Las fisuras y crestas son variantes en tamaño y forma de los tapones córneos.³⁹

Huella digital: son estructuras que se asemejan a la huella digital de color marrón claro que suelen localizarse en la periferia de la lesión. La huella digital es también una variante en tamaño y forma de los tapones córneos.³⁹

Vasos en horquilla: son vasos que se parecen a una horquilla fina y que pueden verse distribuidos en toda la lesión, sobre todo en queratosis seborreicas irritadas, suelen presentar un halo blanquecino alrededor.³⁹

Estructuras exofíticas papilares: se corresponden con papilomatosis y acantosis (también pueden verse en los nevus papilomatosos).³⁹

Las queratosis seborreicas se desplazan en bloque con el dermatoscopio a diferencia de los nevus maduros que se deforman.³⁹

Los parámetros o signos dermatoscópicos del epiteloma basocelular pigmentado son:⁴⁰

Estructuras en hoja de arce: son estructuras pigmentadas, de color marrón o azul-gris que se localizan en la periferia de la lesión y recuerdan a una hoja. Histológicamente se corresponden con agregados de células basaloides pigmentadas en la dermis papilar.⁴⁰

Estructuras en rueda de carro: son proyecciones radiales bien delimitadas, normalmente de color marrón claro pero algunas veces de color azul o gris, con un punto central a menudo más oscuro. Histológicamente se corresponden con nidos de células tumorales que crecen a modo de cordones.⁴⁰

Grandes nidos ovoides: son estructuras ovaladas azuladas bien delimitadas de mayor tamaño que los glóbulos. Histológicamente se corresponden con agregados de células basaloides pigmentadas en la dermis papilar.⁴⁰

Glóbulos azul grisáceo: son glóbulos de color azulado. Histológicamente se corresponden con agregados de células basaloides pigmentadas en la dermis papilar.⁴⁰

Vasos arboriformes: se caracterizan por ser vasos sanguíneos de color rojo brillante (los vasos se sitúan justo debajo de la epidermis). Son vasos con un importante diámetro, irregulares, que se ramifican a intervalos irregulares en vasos más finos secundarios, terciarios y cuaternarios. Los vasos cortos retorcidos y los vasos de gran calibre también son frecuentes.⁴⁰

Ulceración: está presente desde estadios iniciales en los epitelomas basocelulares.⁴⁰

Los parámetros o signos dermatoscópicos del dermatofibroma son:⁴¹

Mancha blanquecina: es una estructura blanquecina, bien delimitada, en ocasiones de morfología irregular, localizada en el centro de la lesión, que se

pigmenta en periferia. Histológicamente se corresponde con la tumoración fibrohistiocitaria con una hiperplasia epidérmica pigmentada.⁴¹

Retículo periférico: es un retículo fino que se localiza alrededor de la mancha blanquecina. Histológicamente se corresponde con la intensa pigmentación de los procesos interpapilares.⁴¹

Los parámetros o signos dermatoscópicos de los hemangiomas son:

Lagunas rojo-azuladas o estructuras rojas o rojo-azuladas de forma ovalada o circular bien delimitadas. Histológicamente se corresponden con grandes espacios vasculares dilatados localizados en la dermis. Pueden adoptar un color más oscuro cuando se trombosan.⁴¹

En caso de no encontrar ninguno de esos signos se busca la presencia de otros signos dermatoscópicos característicos de lesiones pigmentadas no melanocíticas.

Una lesión que no tiene parámetros de lesión melanocítica ni de lesión no melanocítica se clasificará como lesión melanocítica atípica.⁴¹

Segunda etapa diagnóstica:

La segunda etapa del análisis dermatoscópico se centra en la diferenciación entre lesión melanocítica benigna (Nevus Melanocítico) y maligna (Melanoma)

³⁹

El análisis de patrones y también diferentes algoritmos diagnósticos (la regla del ABCD, la lista de los 7 puntos y el método de Menzies) se emplean en esta segunda etapa. ³⁹

Análisis de patrones.

Pehamberger, Steiner y Wolf describieron el análisis de patrones en 1987 ³⁹. El análisis de patrones fue el primer método utilizado para analizar las lesiones pigmentadas. Valora de forma completa todas las características dermatoscópicas de una lesión, tanto su patrón global cómo los distintos parámetros o signos dermatoscópicos. ³⁹

En el año 2000 se realizó una reunión de consenso virtual por internet en el que se propusieron una serie de definiciones, tanto del patrón global cómo de los distintos parámetros dermatoscópicos. El análisis de patrones fue el preferido por los expertos en su práctica habitual y demostró tener la misma sensibilidad pero mejor especificidad que los algoritmos, aunque es el método que requiere más entrenamiento para ser utilizado con precisión. ⁴⁰

La regla del ABCD.

Stolz y otros investigadores crearon, en 1994, la regla del ABCD. La regla del ABCD se basa en el análisis multivariable de 4 criterios dermatoscópicos ⁴¹. Las lesiones pigmentadas del 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 las siguientes 5 estructuras dermatoscópicas (presencia de retículo pigmentado, áreas desestructuradas u homogéneas, ramificaciones lineales, puntos y glóbulos). A cada criterio se le da una puntuación y, si la

puntuación global es menor de 4,75, se considera la lesión benigna, entre 4,8 y 5,45 sospechosa y mayor de 5,45 altamente sospechosas de melanoma.

Criterios:

- Asimetría: las lesiones se dividen en 4 mediante dos ejes perpendiculares y se considera la asimetría en uno o dos ejes. Las lesiones pueden ser: simétricas (0 puntos), asimétricas en un eje (1 punto), asimétricas en dos ejes (2 puntos).
- Bordes: Se divide cada lesión en 8 partes y se evalúa la finalización abrupta en cada segmento. Se puntúa de 0 a 8 (de 0 partes con finalización abrupta a 8 partes con finalización abrupta).
- Color: se puntúa de 0 a 6 la presencia de los siguientes colores: blanco, rojo, marrón claro, marrón oscuro, azul-gris y negro.
- Estructuras dermatoscópicas: La presencia de cada una de las siguientes estructuras da 1 punto: retículo pigmentado, áreas desestructuradas u homogéneas, ramificaciones lineales, puntos y glóbulos (la puntuación oscila de 1 a 5).

El patrón vascular, las áreas de regresión y los pseudópodos son factores a tener en cuenta en las lesiones sospechosas.

El patrón vascular incluye: el patrón vascular polimorfo (vasos irregulares con dirección vertical), los glóbulos rojo -azulados o rojo - lechosos y los vasos en horquilla irregulares (vasos superficiales aberrantes).

Las áreas de regresión son frecuentes en los lentigos malignos melanoma, en los melanomas acrales y en los melanomas de extensión superficial.

Los pseudópodos se definen como extensiones asimétricas e irregulares radiadas a la piel adyacente.

Los falsos positivos con este método son: los nevus melanocíticos con glóbulos, los nevus melanocíticos papilomatosos, los nevus de Spitz y fusocelulares, los nevus spilus o agminados, los nevus recurrentes y el lentigo

en tinta china. Los falsos negativos son los melanomas amelanóticos e hipomelanóticos y el melanoma nodular.

La lista de los 7 puntos.

La lista de los 7 puntos es un algoritmo diagnóstico con un sistema de puntuación que simplifica la evaluación de una lesión y que sólo puede aplicarse a lesiones pigmentadas. Considera 3 criterios mayores que puntúan 2 y 4 criterios menores que puntúan 1. Una puntuación igual o mayor a 3 es diagnóstica de melanoma y una puntuación menor a 3 es indicativa de lesión benigna.¹⁸

Criterios Mayores:

- Retículo pigmentado atípico: retículo negro, marrón o gris con orificios de las mallas irregulares y malla gruesa.
- Velo azul - blanquecino: áreas sin estructura de pigmentación azul confluyente recubiertas por una película blanca. No puede ocupar toda la lesión y se corresponde con áreas sobre elevadas de la lesión.
- Patrón vascular atípico: vasos lineales irregulares o puntiformes que no están en clara asociación con estructuras de regresión.

Criterios menores:

- Proyecciones irregulares: estructuras lineales distribuidas irregularmente a lo largo de la lesión sin clara asociación con las líneas del retículo.
- Puntos y glóbulos irregulares: estructuras redondas - ovaladas de distintos tamaños, distribuidas irregularmente a lo largo de la lesión, de color marrón o negro.
- Manchas de pigmento irregulares: áreas sin estructura, distribuidas de forma asimétrica, de color marrón, negro o gris.
- Estructuras asociadas a regresión: despigmentación blanca pseudocicatricial y o punteado azul en pimienta, se sitúa habitualmente en zonas maculosas de la lesión.

Método de MENZIES.

El método de Menzies fue creado tanto para clínicos expertos como para clínicos inexpertos en Dermatoscopía. Los 11 criterios son categóricos (están presentes o no), lo que induce a menos errores entre diferentes observadores.

19,20, 34

Para que una lesión sea un Melanoma no tiene que estar presente ninguno de los dos criterios negativos y tiene que estar presente uno de los 9 criterios positivos.

Criterios negativos:

- Simetría del patrón: no significa que la lesión sea simétrica sino que el patrón dermatoscópico sea igual a lo largo de toda la lesión.
- Presencia de un sólo color

Criterios positivos:

- Velo azul - blanquecino.
- Múltiples puntos marrones.
- Pseudópodos.
- Proyecciones radiales.
- Despigmentación pseudocicatricial.
- Puntos/glóbulos negros periféricos.
- Múltiples colores.
- Múltiples puntos azul-gris.
- Retículo pigmentado prominente: se refiere a la presencia de un retículo con un grosor incrementado de las líneas del retículo.

Numerosos estudios realizados han demostrado que en los Nevos melanocíticos Congénitos se ha determinado que el riesgo de desarrollar un

melanoma durante los primeros quince años de vida se sitúa, según las series, entre el 5 % y el 12 %. La malignización de los Nevos Melanocíticos Congénitos, cuando ocurre, tiene lugar durante los primeros meses - años de la vida. Así, el 70 % de los melanomas malignos sobre Nevos Melanocíticos Congénitos aparecen antes de la pubertad, el 60 % antes de los 10 años y el 50 % antes de los 3 años. Como veremos, estos datos fundamentan la difícil decisión de indicar la exéresis de los Nevos en periodos muy precoces de la vida. A pesar de que los Nevos de pequeño y mediano tamaño constituyen la inmensa mayoría de los Nevos Melanocíticos Congénitos, existen pocos estudios que valoren su potencial de transformación maligna y cuando esto ocurre, sólo excepcionalmente lo hace antes de la pubertad, dato éste de gran trascendencia a la hora de adoptar una actitud práctica ante estas lesiones.²⁴

Argenziano y colaboradores analizaron con Dermatoscopia las estructuras vasculares de los tumores cutáneos. Seleccionaron las lesiones con estructuras vasculares en la Dermatoscopia de una base de 2621 lesiones melanocíticas y no melanocíticas extirpadas en 517 pacientes³⁸. Seleccionaron 531 lesiones, 56 de las 531 lesiones con estructuras vasculares eran amelanóticas (entre esas lesiones amelanóticas 4 fueron melanomas), 187 casos fueron nevus melanocíticos, 150 melanomas, 117 carcinomas basocelulares, 41 queratosis seborreicas, 30 carcinomas epidermoides y 6 casos hiperplasias sebáceas.

Giacomel y colaboradores describen una lesión sin nada de pigmento, elevada y de coloración rosada en el cuero cabelludo³⁶. Por Dermatoscopia presentaba vasos puntiformes, lineales irregulares y en horquilla de distribución periférica. El resultado histológico fue de melanoma amelanótico.

En el trabajo de Pehamberger y cols.¹⁰, se obtiene una mejoría en la precisión diagnóstica con Dermatoscopia de las lesiones pigmentadas del 26 % con respecto a la exploración clínica sin la técnica. Menzies y cols.³⁴ encontraron un 0,5 % de melanomas en 9204 lesiones que clínicamente habían sido diagnosticadas de queratosis seborreicas. La Dermatoscopia también ha demostrado que mejora la precisión diagnóstica de las queratosis seborreicas.

La variedad de queratosis seborreica que ha sido más estudiada, desde el punto de vista de la Dermatoscopia, es la pigmentada.

Wang y cols. revisaron 1040 piezas histológicas de queratosis liquenoides y encontraron que tan sólo en el 2 % de los casos, el diagnóstico fue sospechado correctamente en la clínica. En el 63 % de los casos, la queratosis liquenoide fue diagnosticada de carcinoma basocelular; en el 24 %, de carcinoma espinocelular y en el 6 %, de queratosis seborreica. Además, se ha descrito una variante pigmentada de queratosis liquenoide que es difícil de diferenciar clínicamente del melanoma.⁷

Puig y cols., publicaron 2 casos de melanoma con aspecto clínico y dermatoscópico de granuloma piogénico en una serie de 97 melanomas que dermatoscópicamente no fueron diagnosticados como tales.²²

En la literatura internacional se han constatado numerosos estudios relacionados con el uso diagnóstico de la Dermatoscopia en lesiones melanocíticas y su diagnóstico diferencial con las no melanocíticas, no siendo así los resultados hallados en nuestro país específicamente en nuestra provincia donde no se tiene reporte de investigaciones publicadas sobre el tema, razón que nos motivó para realizar esta revisión para buscar evidencias científicas que avalen una investigación por la importancia que tiene el uso del Dermatoscopio en el diagnóstico de los Nevos pigmentados.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó una investigación de medios diagnósticos observacional prospectiva de todos los pacientes con diagnóstico de Nevos Pigmentados del Área Sur de la Provincia de Ciego de Ávila que acudieron a la consulta de Dermatología del policlínico Belkis Sotomayor en el período de Octubre 2013 a Abril 2015.

El universo de estudio estuvo integrado por 58 pacientes con sospecha de Nevos Pigmentados del área Sur de la Provincia de Ciego de Ávila.

La muestra quedó constituida por 40 pacientes del Área Sur con diagnóstico clínico de Nevos Pigmentados y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión.

1. Los pacientes que manifestaron por escrito su consentimiento para participar en el estudio, según criterios bioéticos y en los casos de edad pediátrica el consentimiento del padre o tutor.
2. Pacientes que por primera vez se evalúen con el Dermatoscopio y que no hayan recibido tratamiento alguno.
3. Residir en el área sur de la provincia Ciego de Ávila.

Criterios de exclusión.

1. No radicados de forma permanente en el área sur de la Provincia de Ciego de Ávila.
2. Pacientes con nevos melanocíticos localizados en mucosas y región subungueal debido a las características anatómicas especiales de estas localizaciones.
3. No autorización del representante legal.
4. Pacientes que hayan sido evaluados y tratados previamente.

Criterios de salida.

1. Pacientes que no cumplan con los criterios establecidos.
2. Que no asistan con la regularidad exigida a las reconsultas evaluatorias.

Formas de controlar los sesgos:

Los sesgos en la investigación fueron controlados de la siguiente manera:

Sesgo del Investigador: Se realizó un encuentro con los investigadores para capacitar y establecer los procedimientos, uniformes y con la misma secuencia, en la selección de los pacientes. Se controló periódicamente el avance de la investigación, con el debido registro de las dificultades que fueron apareciendo, así como las medidas de solución de estos problemas. Además se incorporaron las posibles modificaciones en la ejecución de la investigación.

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicadores
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	0- 15 años. 16 - 30 años. 31- 40 años. 41- 50 años 51- 60 años Más de 60 años	Según años cumplidos	Valor absoluto y porcentaje
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico	Valor absoluto y porcentaje
Fototipo de piel	Cualitativa Nominal Politómica	- I-Siempre quemadura nunca pigmentación. - II- Usualmente quemaduras, algunas veces pigmentación. - III- Algunas veces quemaduras, usualmente pigmentación. - IV- Nunca quemadura, siempre pigmentación. - V- Moderada pigmentación. - VI- Marcada pigmentación.	Según color de la piel, los ojos y capacidad para broncearse.	Valor absoluto y porcentaje

Localización	Cualitativa Nominal Politómica	- Áreas expuestas - Zonas acrales - Zonas de fricción - Otras	Según localización de la lesión	Valor absoluto y porcentaje
Hallazgos Dermatoscópico s.	Cualitativa Nominal politómica	- Reticulado - Globular - Homogéneo - Retículo-Globular - Retículo-Homogéneo - En estallido de estrellas - Patrón paralelo - Multicomponente	Según hallazgos dermatoscópicos	Valor absoluto y porcentaje

Tipos histológicos	Cualitativa Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> - Nevos de unión - Nevos compuestos - Nevos intradérmicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Las células névicas están presentes en la unión dermoepidérmica. - Las células névicas están en la unión dermoepidérmica y en la dermis(en las papilas). - Las células névicas se encuentran en la dermis. 	Valor absoluto y porcentaje
Descripción clínica	Cualitativa Nominal Politómica	<p>Método clínico ABCD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asimetría (simétrica o no) - Bordes (regulares sin entrantes ni salientes) - Color (homogéneo) - Diámetro (diámetro mayor menor de 6 mm) 		Valor absoluto y porcentaje

Tiempo de evolución del Nevo pigmentado	Cuantitativa a continua	<ul style="list-style-type: none"> - Congénito - Menos de 6 meses - De 7 a 12 meses - Más de 12 meses 	Según meses cumplidos.	Valor absoluto y porcentaje
---	-------------------------	---	------------------------	-----------------------------

Formas de obtención de la información.

En una primera etapa se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases del portal de Infomed (LILACS, HINARI, SCIELO, CUMED), se confeccionó un cuestionario para la recogida de datos primarios necesarios de acuerdo con los objetivos de la investigación valorado por experto. (Anexo 1). Los datos para la investigación se tomaron de las Historias Clínicas de los pacientes, de los resultados del diagnóstico clínico, corroborado con hallazgos Dermatoscópicos y confirmado con el criterio de la verdad el diagnóstico histopatológico. Para el diagnóstico dermatoscópico se empleó un Dermoscopio Heine Delta 20. Todas las lesiones fueron examinadas por el mismo patólogo con experiencia profesional en el diagnóstico de esta lesión.

La descripción clínica de las lesiones pigmentadas en cada paciente se realizó atendiendo a los criterios A, B, C, D.

A- Asimetría: Al trazar una línea imaginaria que divida la lesión en dos partes, estas debe ser superponibles. Se considerará asimétrica si no es superponible en uno o dos ejes.

B- Bordes: Bordes regulares bien delimitados sin entrantes ni salientes. Los bordes dentados y angulosos serán atípicos.

C- Color: Coloración homogénea en toda la lesión. En general se permiten pequeñas variaciones en la intensidad y tono de un mismo color (diferentes grados de marrón), pero no deben estar presentes otros colores (rojo, negro, gris, blanco y azul).

D- Diámetro: El diámetro mayor debe ser inferior a 6 mm.

Basándonos en los patrones globales predominantes: Reticulado, Globular, Homogéneo, Reticulado Globular, Retículo Homogéneo, En estallido de estrellas, Paralelo y Multicomponente ⁴², establecimos un diagnóstico de sospecha dermatoscópica, utilizando además como algoritmo diagnóstico el Análisis de Patrones.

Métodos de procesamiento estadístico.

Se confeccionó una base de datos en el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows versión 18.0 con toda la información recopilada, resumiéndose en frecuencias absolutas y porcentajes.

Se determinó la correlación entre los resultados arrojados por los métodos diagnósticos clínico, dermatoscópico e histológico; mediante el coeficiente kappa (K) y un nivel de significación estadística $\alpha = 0,05$. Se consideró como aceptable un valor mayor o igual a 0,40 y excelentes los valores superiores a 0,75. Todo este procesamiento se realizó a través del programa estadístico EPIDAT 3.1.

Consideraciones Éticas.

A todos los pacientes evaluados se les solicitó por escrito su conformidad para participar en el estudio informándoles acerca de la importancia de la investigación. Los instrumentos fueron anónimos y confidenciales explicando que se confeccionaron con fines científicos. Se realizaron las coordinaciones correspondientes para garantizar la calidad de la información. (Anexo 2).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con Nevos Pigmentados por grupos de edades y sexo.

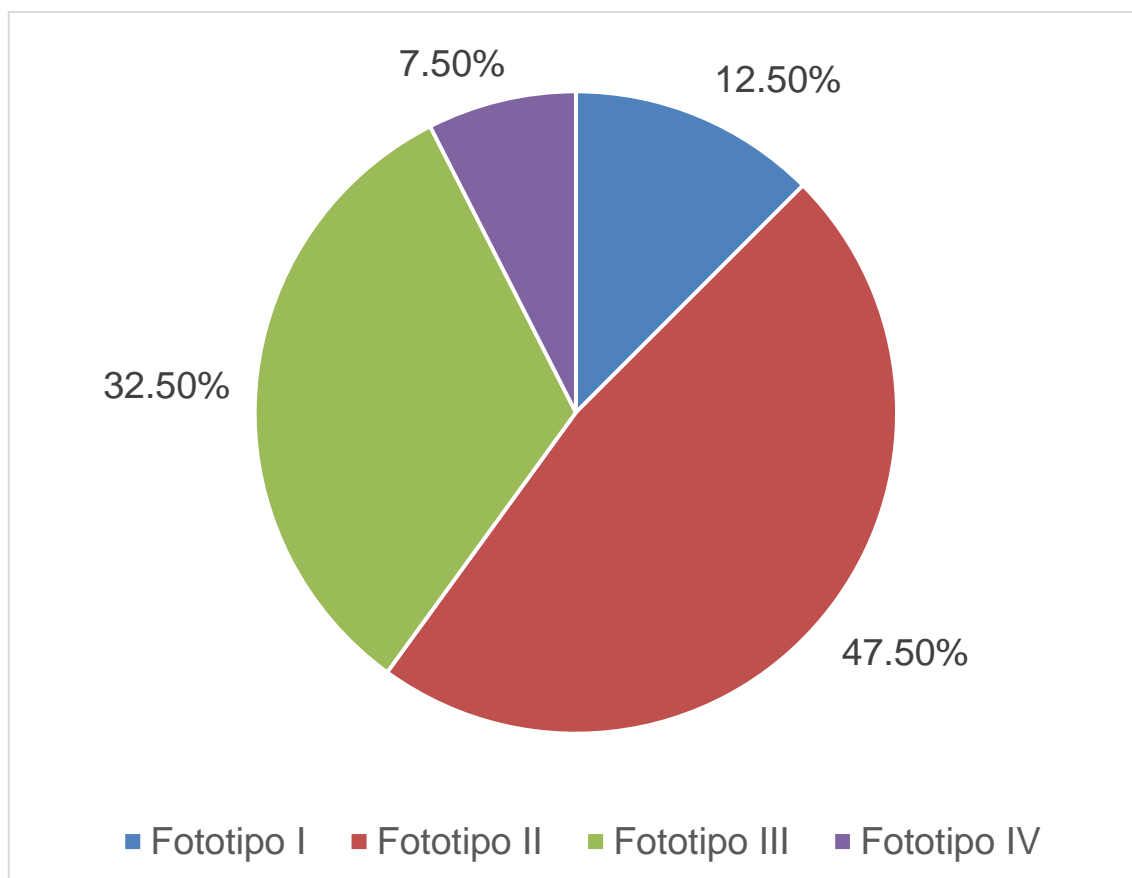
Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 15	4	10	2	5	6	15
16 - 30	8	20	5	12.5	13	32.5
31 - 40	6	15	3	7.5	9	22.5
41 - 50	4	10	1	2.5	5	12.5
51 - 60	4	10	2	5	6	15
Más de 60 años	1	2.5	-	-	1	2.5
Total	27	67.5	13	32.5	40	100

Fuente: Modelo de consulta inicial

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes con Nevos Pigmentados por grupos de edades y sexo, donde predominó el grupo de edad de 16 - 30 con 13 pacientes que representa el 32,5 %, en relación al sexo predominó el femenino con 27 pacientes que representa el 67,5 % de la muestra, condición determinada porque son las féminas las que más acuden a consulta.

Un estudio realizado por Kontautiene y cols⁴³ en Lituania, con 1277 pacientes se encontró que la edad coincide con este estudio en el grupo de 16 - 30 años, sin embargo en relación al sexo predominó el sexo masculino, otro estudio revela a los adultos jóvenes (18 - 25 años) y el sexo femenino.⁴⁴

Gráfico 1. Distribución de los pacientes según Fototipo de piel.



Fuente: Modelo de consulta inicial

El gráfico 1 muestra la distribución de los pacientes según fototipo de piel, donde predominó el fototipo II con 19 pacientes (47,5 %), seguido del fototipo III con 13 pacientes (32,5 %). En nuestro estudio no encontramos pacientes con fototipo V y VI. La exploración de los nevos melanocíticos de un paciente debe comenzar siempre por la estimación de su fototipo; ya que, la morfología y coloración de los nevos están en íntima relación con el mismo.

La literatura muestra significación estadística en la influencia del color de piel y la presencia de nevos melanocíticos, López Ravello reveló que el nevo melanocítico se asoció con un fototipo bajo ⁴⁵, para Schaffer ⁴⁶, las lesiones malignas son más frecuentes en personas con piel blanca y ojos de color claro. Ellas especialmente, deben de cuidarse del sol y revisar lesiones sospechosas. El nevo bronceado adquirido y las actividades al aire libre al mediodía deben tenerse en cuenta. ⁴⁴

Tabla 2. Distribución de los pacientes según localización de los Nevos Pigmentados.

Localización	No	%
Zonas Expuestas	9	22.5
Zonas Acrales	5	12.5
Zonas de Fricción	20	50
Otras	6	15
Total	40	100

La tabla 2 muestra la distribución de los pacientes según localización de los Nevos Pigmentados, donde predominaron las zonas de fricción con 20 pacientes que representa el 50 % de la muestra. Las zonas de fricción encontradas en este estudio fueron la espalda y el abdomen. Las zonas expuestas representaron el 22,5 % para un total de 9 pacientes.

Schaffer encontró la presencia de nevos en las mujeres en todas las áreas del cuerpo ⁴⁶, López Ravello y cols ⁴⁵, lo detectaron con significación estadística con mayor frecuencia en el abdomen ($p < 0,01$) y menor ($p < 0,0001$) en las extremidades en las mujeres y en los varones en el tronco ($p = 0,08$). Cengiz y cols ⁴⁷ refieren que la mayoría de las lesiones pigmentadas en la zona genital son solitarias.

Tabla 3. Distribución de los Nevos Melanocíticos según Dermatoscopia y Diagnóstico Histológico.

Estructuras dermatoscópicas	Diagnóstico Histológico									
	Nevo unión		Nevo Compuesto		Nevo Intradérmico		Nevo Azul		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Reticulado	6	12,9	1	2,17	5	10,8	0	0	12	26,08
Globular	0	0	3	6,52	0	0	0	0	3	6,5
Homogéneo	0	0	0	0	11	23,9	4	8,6	15	32,6
Retículo - Globular	2	4,3	0	0	0	0	0	0	2	4,3
Multicomponente	0	0	0	0	9	19,5	0	0	9	19,5
Patrón paralelo	0	0	2	4,34	3	6,5	0	0	5	10,8
Total	8	17,3	6	13,04	28	60,9	4	8,6	46	100

La tabla 3 muestra la distribución de los Nevos Melanocíticos según Dermatoscopia y diagnóstico histológico, donde predominó el patrón homogéneo con 15 lesiones melanocíticas (32,6 %) siendo más frecuente en los nevos intradérmicos 11 (23,9 %) y en la totalidad de los nevos azules 4 (8,6 %), seguido del patrón reticulado con 12 lesiones (26,08 %) estando presente en los nevos de unión e intradérmico sin mucha diferencia 6 (12,9 %) y 5 (10,8 %) respectivamente. Posteriormente le continúa el patrón Multicomponente con 9 lesiones (19,5 %). Los patrones paralelo, globular y retículo - globular no mostraron diferencia significativa entre ellos.

Morales Callaghan y cols ⁴⁸, realizaron un estudio sobre correlación clínica, dermatoscópica e histopatológica de nevos melanocíticos atípicos donde encontraron que en los nevos melanocíticos sin atipia el patrón dermatoscópico más frecuente con diferencia fue el tipo globular - homogéneo (41,4 % de todos los nevos sin atipia). Posteriormente le siguieron en orden de frecuencia el

Multicomponente (18,6 %) y el reticular - homogéneo (14,3 %) con porcentajes similares entre ellos.

Conejo ⁴⁹ revela como patrones dermatoscópicos globales de lesiones melanocíticas, el reticulado en el nevo adquirido, en empedrado el nevo compuesto y dérmico, globular en el nevo congénito, homogéneo en el nevo azul, en estallido de estrellas en el nevo de Spitz y Reed y el multicomponente e hiperpigmentación focal en el nevo atípico.

Tabla 4. Distribución de los Nevos Melanocíticos según características clínicas.

Características Clínicas		No	%
Asimetría	Si	11	23.9
	No	35	76.1
Bordes	Regulares	39	84.8
	Irregulares	7	15.2
Color	Homogéneo	41	89.2
	+ de un Color	5	10.8
Diámetro	< 6 mm	37	80.4
	> 6 mm	9	19.6

En la siguiente tabla se muestran las características clínicas de los Nevos Pigmentados atendiendo a diferentes parámetros, encontrando que 35 (76,1 %) lesiones no presentaron asimetría y 11 (23,9 %) si presentaron, los bordes regulares predominaron en 39 (84,8 %) lesiones, siendo irregulares en solo 7 representando el 15,2 %, el color homogéneo prevaleció en 41 (89,2 %) lesiones, el 10,8 % de las lesiones melanocíticas o sea 5 nevos pigmentados presentaron dos colores siendo estos el marrón claro y el marrón oscuro. En cuanto al diámetro el mayor número se ubicó en < 6 mm encontrando 37 (80,4 %) lesiones y 9 (19,6 %) correspondieron al diámetro > 6 mm. Analizando estos

resultados podemos decir que los nevos pigmentados de nuestro estudio presentaron características de lesiones benignas, a pesar de encontrar en solo unos pocos nevos algunos parámetros que pudieran estar presentes en lesiones malignas, al realizar el estudio histológico no se comprobó este hecho. Similares resultados se muestran en la literatura.⁴⁸⁻⁵¹

Tabla 5. Distribución de los Nevos Pigmentados según tiempo de evolución.

Tiempo de evolución	No	%
Menos de 6 meses	11	23.9
De 7 - 12 meses	13	28.3
Más de 12 meses	22	47.8
Total	46	100

En la tabla 5 se observa la distribución de los Nevos Pigmentados según tiempo de evolución, donde se muestra que de los pacientes que asistieron a consulta, 22 nevos tenían más de 12 meses de evolución, representando el 47,8 % de las lesiones evaluadas.

No se encontraron artículos en la bibliografía que reflejen esta variable tal como se presenta en este estudio, sin embargo la literatura refiere que existen dos tipos de nevos melanocíticos: unos que ya están presentes en el momento del nacimiento (nevos melanocíticos congénitos), que se detectan en un 1 % de los recién nacidos, y otros mucho más frecuentes que aparecen durante la infancia o a lo largo de la vida denominados nevos melanocíticos adquiridos, es en estos donde se incluyen los encontrados en nuestra investigación con más de 12 meses⁴⁹. Al mismo tiempo uno de los aspectos a tener en cuenta para tomar una conducta adecuada frente a un nevo pigmentado es el tiempo de evolución ya que los nevos benignos aparecen generalmente en la infancia por lo que una lesión de reciente aparición o crecimiento rápido debe ser revisada cuidadosamente.⁵⁰

Un nevo melanocítico en su evolución dinámica en el tiempo, nuevo o cambiante en un niño o adolescente a menudo conduce a la preocupación de los padres y los médicos. Para evitar la alarma indebida y procedimientos innecesarios, los dermatólogos deben estar al tanto de la historia natural y el espectro clínico de nevos en pacientes pediátricos, así como los hallazgos que son potencialmente preocupantes en este grupo de edad.⁴⁵

Tabla 6. Correlación entre el Diagnóstico Clínico e Histológico.

Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Histológico									
	Nevo unión		Nevo Compuesto		Nevo Intradérmico		Nevo Azul		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nevo unión	5	10.9	3	6.5	0	0	0	0	8	17.4
Nevo Compuesto	1	2.18	3	6.5	2	4.4	0	0	6	13.1
Nevo Intradérmico	0	0	12	26.1	16	34.7	0	0	28	60.9
Nevo Azul	0	0	0	0	0	0	4	8.6	4	8.6
Total	6	13.1	18	39.1	18	39.1	4	8.6	46	100

Valor p 0,0000 Kappa 0,4250 IC (95,0%) 0,2247-0,6253

Al analizar la correlación entre el Diagnóstico Clínico e Histológico, en la tabla 6 se observa que la mayor concordancia clínica e histológica recayó en el nevo intradérmico, de 28 lesiones, 16 (34,7 %) coincidieron con el diagnóstico histológico, este resultado puede estar dado porque estas lesiones fueron las que predominaron en el estudio. El nevo de unión de 8 lesiones, 5 (10,9 %) coincidieron y el nevo compuesto de 6 lesiones evaluadas 3 (6,5 %) concordaron. Vale resaltar que el nevo azul con 4 lesiones en su totalidad (8,6 %) de igual forma coincidió el diagnóstico clínico con el histológico.

En esta variable se encontró significación estadística de aceptable al determinarse la concordancia entre los resultados arrojados por el método clínico e histológico mediante el coeficiente kappa (0,4250), con un índice de confiabilidad del 95,0 %, donde $p=0$.

En las formas clínicas del nevo melanocítico, su clasificación clínica se basa fundamentalmente en aspectos clínicos e histopatológicos, e incluye un grupo heterogéneo de entidades. ^{48, 52-55}

Dentro de los nevos melanocíticos existe una gran variedad clínica, siendo los más comunes los nevos de unión, los nevos compuestos, los intradérmicos, así como el nevo de Spitz y el nevo azul. La distinción clínica puede requerir de una adecuada correlación clínico - patológica, pues existen algunas que tienen mayor posibilidad de malignizarse como son los nevos de unión displásicos. ^{50,51}

Tabla 7. Correlación entre el Diagnóstico Dermatoscópico e Histológico.

Diagnóstico Dermatoscópico	Diagnóstico Histológico									
	Nevo unión		Nevo Compuesto		Nevo Intradérmico		Nevo Azul		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nevo unión	7	15.2	1	2.18	0	0	0	0	8	17.4
Nevo Compuesto	0	0	5	10.9	1	2.18	0	0	6	13.1
Nevo Intradérmico	0	0	4	8.6	24	52.3	0	0	28	60.9

Nevo Azul	0	0	0	0	0	0	4	8.6	4	8.6
Total	7	15.2	10	21.7	25	54.4	4	8.6	46	100

Valor p 0,0000 Kappa 0,7850 IC (95,0%) 0,6254-0,9447

Teniendo en cuenta la correlación entre el Diagnóstico Dermatoscópico e Histológico, la tabla 7 refleja que la mayor coincidencia prevaleció en el nevo intradérmico con 24 lesiones (52,3 %), resultado dado porque estas lesiones fueron las que predominaron en el estudio. El nevo unión de igual forma resulto con una alta coincidencia, de 8 lesiones, 7(15,2 %) concordaron en el diagnóstico dermatoscópico e histológico, junto al nevo compuesto de 6 lesiones, 5 (10,9 %), y el nevo azul se comportó de igual manera que en el diagnóstico clínico e histológico, 4 lesiones (8,6 %) diagnosticadas dermatoscópicamente como tal lo fueron, situación que se explica porque en muchas ocasiones se hace fácil el diagnóstico de este tipo de lesión.

Este resultado muestra significación estadística al revelar una excelente concordancia entre los resultados arrojados por el método dermatoscópico e histológico mediante el coeficiente kappa (0,7850), con un índice de confiabilidad del 95,0 %, donde $p=0$.

Esto coincide con la literatura que plantea que la identificación de las diferentes estructuras y patrones que se reconocen con el dermatoscopia mejoran el diagnóstico clínico⁵¹. En el estudio dermatoscópico la extirpación de la lesión para estudio anatomopatológico es la forma de obtener un diagnóstico histológico.⁵²

Morales Callaghan y cols en su estudio sobre los nevos melanocíticos atípicos encontraron una concordancia moderada con un índice de Kappa de 0,52 entre los diagnósticos dermatoscópico e histológico, donde el 74,5 % de las lesiones diagnosticadas dermatoscópicamente como tal realmente lo fueron.⁴⁸

Un estudio realizado por Anais Brasileiros de Dermatología y cols, compararon tanto el diagnóstico de las lesiones por el dermatoscopia con el diagnóstico histopatológico, donde el estudio concluyó que el método dermatoscópico tiene una importancia fundamental para la detección de lesiones atípicas, siendo

eficaz para detectar la gran mayoría de ellos, la promoción de un diagnóstico precoz y un mejor pronóstico para los pacientes, lo que demuestra que existió concordancia entre el Diagnóstico Dermatoscópico e Histológico, entre los que predominó el nevo compuesto, nevo unión, y nevo intradérmico.⁵⁶

La Dermatoscopia permite mejorar los resultados diagnósticos en manos de un operador experimentado y, en consecuencia, proponer una clasificación de los nevos centrada en la observación clínica.⁵⁰

El diagnóstico clínico de las lesiones pigmentadas es de gran importancia para diferenciar lesiones benignas, atípicas y malignas. La Dermatoscopia apareció como una prueba auxiliar in vivo, jugando un papel importante en el diagnóstico de lesiones pigmentadas, ya que permite la visualización de estructuras situadas por debajo del estrato córneo. Se muestra una nueva dimensión morfológica de estas lesiones al dermatólogo y permite una mayor precisión diagnóstica. Sin embargo, la histopatología se considera el estándar de oro para el diagnóstico.⁵⁷

CONCLUSIONES.

El grupo de edad de 16-30 años, el sexo femenino y el fototipo II predominaron en nuestra investigación. Resultó la localización más frecuente las zonas de fricción (espalda y abdomen). Atendiendo a la descripción clínica el mayor número de nevos pigmentados presentó simetría, bordes regulares, color homogéneo y diámetro menor de 6 mm. Un elevado porcentaje de las lesiones evaluadas tenía más de 12 meses de evolución. Los patrones dermatoscópicos que prevalecieron fueron el homogéneo, el reticulado y el multicomponente. El nivel de correlación entre el diagnóstico clínico e histológico se consideró aceptable y entre el diagnóstico dermatoscópico e histológico de excelente.

RECOMENDACIONES.

- Capacitar a través de cursos a todo el personal del servicio de Dermatología sobre el uso del Dermatoscopio.
- Fomentar el uso del Dermatoscopio en el servicio de Dermatología del Hospital Provincial "Antonio Luaces Iraola" no solo en el diagnóstico de Nevos Pigmentados sino en la evaluación de otro tipo de lesiones.
- Proponer una investigación con mayor casuística.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Mex DR. Historia de la dermatoscopia. Dermatol Rev Mex[Internet]. 2014[citado 58(2): 165-172. Disponible en: http://analesderadiologia.com/nieto/Dermatologia/2014/mar-abr/art.revision_historia_dermatoscopia.pdf
2. Zaballos Diego P. Descripción y evaluación de los parámetros y patrones dermatoscópicos de las lesiones cutáneas no melanocíticas y su diagnóstico diferencial con el melanoma [Internet].2011 [citado 12 Jun 2016]. [aprox. 199 pantallas]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42343/2/PZD_TESIS.pdf
3. Uraga E, Briones MC, Uraga V. Historia y utilidad diagnóstica de la dermatoscopia en Dermatología. RevMéd Nuestros Hospitales. Ed Esp Dermatol. 2007:309-317.
4. Marghoob AA, Jaime N. Overview of dermoscopy [Internet]. © 2016 UpToDate[citado 12 Jun 2016]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-dermoscopy>
5. Duma S. Dermoscopy of pigmented skin lesions[internet]. 2015[citado 12 Jun 2016]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-45139-7_116#page-1
6. Roldán Marín R, Carlos Ortega B. Fundamentos de dermatoscopia. Dermatol[Internet].2014[citado 12 Mar 2016]; 12(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://dcmq.com.mx/edici%C3%B3n-enero-marzo-2014-volumen-12-n%C3%BAmero-1/226-fundamentos-de-dermatoscopia>
7. Los dermatólogos destacan el valor de la dermatoscopia digital para diagnosticar melanomas[Internet]. 2013[citado 12 Jun 2016]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.imfarmacias.es/noticia/9507/los-dermatologos-destacan-el-valor-de-la-dermatoscopia-digital-para-diagnosticar-melanomas>
8. Montoya Sosa G, Roldán Marín R, Carlos Ortega B. Principios básicos de dermatoscopia. Dermatol Rev Mex[Internet].2014[citado 12 Mar 2016];58: 300-304.Disponible en: http://www.ginecologiyobstetriciademexico.com/nieto/Dermatologia/2014/DERMA%20Mayo-Junio2014/Lecciones_PrincipiosBasicos.pdf

9. Gamo Villegas R. Características dermatoscópicas de las lesiones melanocíticas en el síndrome del nevus con atipia en diferentes áreas anatómicas y de los melanomas en tronco y extremidades inferiores[Internet].2011[citado 12 May 2016].[aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://eprints.sim.ucm.es/13016/1/T32944.pdf>
10. Cirugía Dermatológica[Internet]. 2014[citado 12 May 2016].[aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://cirugiaesteticabarcelona.es/cirugia-dermatologica/>
11. Peralta R, Cohen Sabban E, Puig S, Malveyh J, Cabo H. Lentigo maligno/lentigo maligno melanoma. Dermatoscopia y microscopia de reflectancia confocal como herramientas diagnósticas. Dermatol Arg[Internet].2013[citado 12 Feb 2015]; 18(5):357-365. Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/download/923/532>
12. Boespflug A, Thomas L, Dalle S. Dermatoscopia y lesiones melanocíticas. EMC-Dermatol [Internet].2015[citado 12 Mar 2016]; 49(3): 1-10. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289615728426>
13. Shitara D, Ishioka P, Alonso Pinedo Y, Palacios Bejarano L, Carrera C, Malveyh J, et al. Shiny white streaks: a sign of malignancy at dermoscopy of pigmented skin lesions. Acta Dermato Venereol[Internet].2014[citado 12 Abr 2016];94(2):132-137. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/adv/2014/00000094/00000002/art00003?crawler=true>
14. Lovatto L, Carrera C, Salerni G, Alós L, Malveyh J, Puig S. In vivo reflectance confocal microscopy of equivocal melanocytic lesions detected by digital dermoscopy follow-up. J Eur Academy Dermatol Venereol[Internet].2015[citado 12 Jun 2016];29(10):1918-1925.Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.13067/full>
15. Menzies SW, Moloney FJ, Byth K, Avramidis M, Argenziano G, Zalaudek I, et al. Dermoscopic evaluation of nodular melanoma. JAMA Dermatol[Internet].2013[citado 12 May 2016];149(6):699-709. Disponible en: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1675049&resultclick=1>
16. Fristic H P, Pechlaner R. Differentiaton of benign from malignant melanocytic lesions using incident light microscopy. En: Ackerman AB, Mihara I,

- editores. Pathology of Malignant Melanoma. New York: Masson; 1981. p. 301-12.
17. 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.
18. Niederkorn A, AhlgrimSiess V, FinkPuches R, Wolf IH, Richtig E, Lackner HK, et al. Frequency, clinical and dermoscopic features of benign papillomatous melanocytic naevi (unna type). *Br J Dermatol.* 2009; 161(3):510-4.
19. Soyer HP, Argenziano G, Chimenti S, Ruocco V. Dermoscopy of pigmented skin lesions. *Eur J Dermatol.* 2001, 11: 270-276.
20. Ackerman AB. Dermatoscopy, not dermoscopy!. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 55: 728.
21. Braun RP, Rabinovitz HS, Oliveiro M, Kopf AW, Surta JH. Dermoscopy of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 52: 109-21
22. Marghoob AA, Braun RP, Kopf AW. Atlas of Dermoscopy. New York: Taylor Francis ; 2005.
23. Aguilera P, Puig S, Guilabert A, Juliá M, Romero D, Vicente A, et al. Prevalence study of nevi in children of Barcelona. *Dermatol.* 2009; 218:203-14.
24. P Zaballos, C Carrera, S Puig, J Malvehy. Criterios dermatoscópicos para el diagnóstico de melanoma. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2004; 32: 3-17.
25. C Carrera, P Zaballos S, S Puig, J Malvehy, JM Mascaró - Galy, J Palou. Correlación histológica en dermatoscopia; lesiones melanocíticas y no melanocíticas. Criterios dermatoscópicos de nevus melanocíticos. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2004; 32: 47- 60.
26. Malvehy J, Puig S, Argenziano G, Marghoob AA, Soyer HP. International Dermoscopy Society Board members. Dermoscopy report: proposal for standardization. Results of a consensus meeting of the International Dermoscopy Society. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 57: 84-95.
27. Negrín-Díaz ML. Carcinoma Basocelular. *Dermatol Venez.* 2008; 46(1):4-16.
28. Wellenhof R, Soyer HP, Malvehy J. Melanomas that failed dermoscopic detection: a combined clinical and dermoscopic approach for not missing melanoma. *Dermatol Surg.* 2007; 33: 1262-73.

29. Burrioni M, Corona R, Dell'Eva G, Sera F, Bono R, Puddu P, et al. Melanoma computer – aided diagnosis: reliability and feasibility study. *Clin Cancer Res.* 2004; 10: 1881-6.
30. Carrascosa JM, Rodríguez C. Efectos adversos de la fototerapia: clínica y manejo. *Piel.* 2008; 23(8):447-52.
31. Buljan M, Šitum M, Kolić M, Vučić M. Melanoma–Clinical, Dermatoscopic, and Histopathological Morphological Characteristics. *Acta Dermato Venerol Croatic*[Internet].2014[citado 12 Jun 2016]; 22(1): 2-2. Disponible en: <http://hrcak.srce.hr/file/179337>
32. Malvehy J, Hauschild A, Curiel-Lewandrowski C, Mohr P, Hofmann-Wellenhof R, Motley R, et al. Clinical performance of the Nevisense system in cutaneous melanoma detection: an international, multicentre, prospective and blinded clinical trial on efficacy and safety. *Brit J Dermatol*[Internet].2014[citado 12 Jun 2016]; 171(5): 1099-1107. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.13121/full>
33. Salerni G, Carrera C, Lovatto L, PuigButille JA. Benefits of total body photography and digital dermatoscopy (“two-step method of digital follow-up”) in the early diagnosis of melanoma in patients at high risk for melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 67: 7-27.
34. Carli P, Giorgi V, Giannotti B. Dermoscopy as a second step in the diagnosis of doubtful pigmented skin lesions: How great is the risk of missing a melanoma?. *Eur J Dermatol.* 2011; 15(1):24-6.
35. Menzies SW, Kreusch J, Byth K, Pizzichetta MA, Marghoob A, Braun R, et al. Dermoscopic evaluation of amelanotic and hypomelanotic melanoma. *Arch Dermatol.* 2008; 144: 1120-7.

36. Puig S, Argenziano G, Zalaudek I, Ferrara G, Palou J, Massi D, et al. Melanomas that failed dermoscopic detection: a combined clinicodermoscopic approach for not missing melanoma. *Dermatol Surg.* 2007; 33: 1262-73.
37. Giacomel JB, Zalaudek I. Dermoscopy of superficial basal cell carcinoma. *Dermatol Surg.* 2005; 31(12):1710-3.
38. Zaballos P, Puig S, Llambrich A, Malvehy J. Dermoscopy of dermatofibromas: A prospective morphological study of 412 cases. *Arch Dermatol.* 2008; 144(1):75-83.

39. Argenziano G, Mordente I, Ferrara G, Sgambato A, Annese P, Zalaudek I. Dermoscopic monitoring of melanocytic skin lesions: Clinical outcome and patient compliance vary according to follow-up protocols. *Br J Dermatol*. 2008; 159(2):331-6.
40. Alarcon I, Carrera C, Palou J, Alos L, Malvehy J, Puig S. Impact of in vivo reflectance confocal microscopy on the number needed to treat melanoma in doubtful lesions. *Br J Dermatol*[Internet].2014[citado 12 May 2016]; 170(4): 802-808.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3984366/>
41. Carrera C, Marchetti MA, Dusza SW, Argenziano G, Braun RP, Halpern AC, et al. Validity and Reliability of Dermoscopic Criteria Used to Differentiate Nevi From Melanoma: A Web-Based International Dermoscopy Society Study. *JAMA Dermatol*[Internet].2016[citado 12 Jun 2016] Disponible en: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=2513691>
42. Ahnlide I, Bjellerup M, Nilsson F, Nielsen K. Validity of ABCD Rule of Dermoscopy in Clinical Practice. *Acta Dermato-Venereol*[Internet].2016[citado 12 Jun 2016]; 96(3): 367-372.Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/contentone/mjl/adv/2016/00000096/00000003/art00017?crawler=true>
43. Kontautiene S, Stang A, Gollnick H, Valiukeviciene S. The role of phenotype, body mass index, parental and sun exposure factors in the prevalence of melanocytic nevi among schoolchildren in Lithuania. *J Eur Acad Dermatol Venerol*[Internet].2015[citado 12 May 2016];29(8):1506-1516. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.12905/full>
44. Koseoglu G, Akay BN, Kucuksahin O, Erdem C, López Pestaña A, Tuneu A, et al. Facial lesions in frontal fibrosing alopecia (FFA): Clinicopathological features in a series of 12 cases (Lesiones faciales en alopecia frontal fibrosante [AFF]: características clínico. *Dermatol Rev Mex*[Internet].2016[citado 12 Jun 2016]; 60(2): 182-191. Disponible en: <http://nietoeditores.com.mx/nieto/Dermatologia/2016/mar-abr/resumenes.pdf>
45. López Ravello BM, Arias Santiago S, Fernández Pugnaire MA, Ortega SS, Buendía Eisman A. Prevalence of common and atypical melanocytic nevi in young adults and its relationship with sun protection and exposure habits. *Eur J Dermatol*. 2015; 25(1):45-51.

46. Schaffer JV. Update on melanocytic nevi in children. Clin Dermatol.2015; 33(3):368-86.
47. Cengiz Fatma P, Emiroglu N, Wellenhof Rainer H. Dermoscopic and Clinical Features of Pigmented Skin Lesions of the Genital Area. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2015 Apr [citado 13 May 2016]; 90(2): 178-183. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000200178&lng=en
48. Morales Callaghan AM, Castrodeza Sanz J, Martínez García G, Peral Martínez I, Miranda Romero A. Estudio de correlación clínica, dermatoscópica e histopatológica de Nevos melanocíticos. Actas Dermosifiliogr [Internet].2014[citado 12 May2016];105:683-9.Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90342447&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=69&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=103v105n07a90342447p df001.pdf
49. Conejo Mir J, Moreno JC, Camacho FM. Manual de dermatología. Madrid: Aula Médica; 2010.
50. Nevos melanocíticos [Internet]. 2010[citado 12 Jun 2016].[aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.dermatologia.cat/es/nevusmelanocitics.html>
51. Dalle S, Ohan A, Depaepe L, Balme B, Thomas L. Nevos pigmentarios. EMC-Dermatol[Internet].2012[citado 12 May 2016]; 46(4): 1-16. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289612627204>
52. Peralta R, Gómez L, Marin B, Puig S, Malveyh J, Cohen Sabban E, et al. Criterios dermatoscópicos de halo nevo y halo melanoma. [Internet].2012 [citado 12 May 2016]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/192Peralta-Criterios%20dermatoscopicos%20de%20halo%20nevo%20y%20halo%20melanoma.pdf>
53. Orlow I, Satagopan JM, Berwick M, Enriquez HL, White KA, Chaung K, et al. Genetic factors associated with naevus count and dermoscopic patterns: preliminary results from the Study of Nevi in Children (SONIC)[Internet]. Br J

Dermatol[Internet].2015[citado 12 May 2016]; 172(4):1081-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382400/?tool=pubmed>

54. Cesaroni E, Friedman P, Marcucci C, Cohen Sabban E, Cabo H. Claves dermatoscópicas para diferenciar melanoma acral de nevo acral. Arch Argent Dermatol[Internet].2014[citado 12 May 2016];64(2):47-51. Disponible en: <http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/47Cesaroni-Dermatoscop%C3%ADa%20nevo%20acral%20melanoma%20acral.pdf>

55. Garnacho Saucedo GM, Moreno Giménez JC. Trastornos de la pigmentación: léntigos, nevus y melanoma. Fotoprotección. Pediatr Integral[Internet]. 2012[citado 12 May 2016]; XVI(4):321-31. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-05/trastornos-de-la-pigmentacion-lentigos-nevus-y-melanoma-fotoproteccion/>

56. Anais Brasileiros de Dermatologia, Antonio Roberto J, Soubhia Cordeiro RM, D'Avila Corrêa Garcia Pires S, Caldas AC, Trídico Arroyo L, Alves Tomé F. Correlation between dermoscopic and histopathological diagnoses of atypical nevi in a dermatology outpatient clinic of the Medical School of São José do Rio Preto, SP, Brazil. An Bras Dermatol.2013; 88(2):203-203.

57. Saida T, Koga H, Uhara H. Key points in dermoscopic differentiation between early acral melanoma and acral nevus. J Dermatol[Internet]. 2011 citado 12 May 2016]; 38(1):25-34. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1346-8138.2010.01174.x/full>

ANEXO 1:

Ficha Individual No

Historia Clínica:

Fecha:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fototipo de piel:

Número de lesiones:

Tiempo de evolución:

Aspectos clínicos:

Localización de la lesión:

Descripción clínica: _ Asimetría:

_ Bordes:

_ Color:

_ Tamaño:

ID: _____

Aspectos dermatoscópicos:

Patrón:

Estructuras:

ID: _____

Aspectos Histológicos:

Biopsia No _____

Descripción:

ID: _____

Emitido Dr. (a): _____

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Comprendo que mi participación en el estudio es ventajosa y voluntaria.

Entiendo que puedo retirarme del estudio: **Estudio dermatoscópico y correlación clínica e histopatológica de los Nevos Pigmentados**, cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que afecte mi relación con el médico; que se ejecuta en la consulta del Policlínico Belkis Sotomayor del área sur de Ciego de Ávila y sobre la que se aportó información suficiente.

.

Todo ello ha sido fruto del contacto con el médico:

(Nombres y apellidos del investigador)

El cual me ha explicado que los resultados son confidenciales, sin que se revele nunca mi nombre, y que los datos solo se utilizarán para esta investigación.

Por todo lo planteado anteriormente y para expresar libremente mi conformidad de participación, firmo este documento:

Firma del paciente: _____. Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del investigador: _____. Fecha: _____ (día, mes, año).

Firma del testigo: _____. Fecha: _____ (día, mes, año).