



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## FORO DE RESIDENTES

### Diagnóstico histológico de lesiones melanocíticas y melanoma: todo un desafío



### Histologic Diagnosis of Melanocytic Lesions and Melanoma: Real Challenges

D. Morgado-Carrasco\*, S.S. Ertekin, A. Combalia y L. Ferrandiz

Unidad de Melanoma, Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

#### PALABRAS CLAVE

Melanoma;  
Lesiones melanocíticas;  
Nevus displásico;  
Histología;  
Exactitud;  
Discordancia

#### KEYWORDS

Melanoma;  
Melanocytic proliferations;  
Dysplastic nevus;  
Histology;  
Accuracy;  
Discordance

El diagnóstico de las lesiones melanocíticas es complejo y depende fundamentalmente de la evaluación microscópica del material biopsiado. Múltiples estudios previos han demostrado una baja concordancia diagnóstica interobservador<sup>1,2</sup>. Sin embargo, son estudios no aleatorizados, con pequeños tamaños muestrales o en los que se ha estudiado la concordancia entre expertos.

Recientemente, Elmore et al. han publicado los resultados del estudio más extenso realizado sobre este tema<sup>3</sup>. Incluyeron un total de 187 patólogos norteamericanos, la mayoría (84%) tenía más de 10 años de experiencia analizando lesiones melanocíticas y el 42% era considerado un experto en este campo. Se seleccionaron 240 biopsias, clasificadas en grupos de 48 casos, disponiendo de una laminilla teñida con hematoxilina-eosina para cada caso. El diagnóstico de referencia fue consensuado entre 3 patólogos expertos. Cada patólogo recibió de forma aleatorizada un grupo de 48 casos y los diagnosticó. Los investigadores agruparon estas respuestas basándose en la clasificación *Melanocytic Pathology Assessment Tool and Hierarchy for Diagnosis (MPATH-Dx)*<sup>4</sup>, compuesta de 5 categorías de menor a mayor riesgo: clase I a V (tabla 1). Se reevaluaron las mismas laminillas al menos 8 meses después para valorar la concordancia intraobservador. Se compararon las respuestas con la de los demás patólogos para evaluar la concordancia interobservador, y se cotejaron estas respuestas con el diagnóstico de referencia para evaluar la exactitud.

En cuanto a los resultados, la concordancia intraobservador dependió de la clase de lesión evaluada: fue más alta en las de clase I (76,7%) y V (82,6%), pero disminuyó notablemente en las clases intermedias (35 a 63%). La concordancia interobservador mostró resultados similares (tabla 1). La exactitud diagnóstica también varió significativamente según la clase, siendo del 92% para lesiones de clase I, 25% de clase II, 40% de clase III, 43% de clase IV y 72% de clase V. Extrapolando estos datos a nivel poblacional, calcularon que supondría aproximadamente un 17,2% de errores diagnósticos (un 8% con sobreestimación y un 9,2% con infraestimación de la categoría de la lesión). Del mismo modo,

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [morgadodaniel8@gmail.com](mailto:morgadodaniel8@gmail.com)  
(D. Morgado-Carrasco).

**Tabla 1** Principales resultados del estudio de Elmore et al., 2017

Clase MPATH-Dx	Concordancia intraobservador %	Concordancia Interobservador %	Exactitud diagnóstica %
<i>I Sin riesgo aparente de proliferación local</i> Ejemplos: nevus melanocítico común, nevus azul, halo nevus, nevus con displasia leve	77	71	92
<i>II Riesgo leve de proliferación local</i> Ejemplos: nevus de Spitz típico, nevus con displasia moderada	35	25	25
<i>III Mayor probabilidad de proliferación tumoral local</i> Ejemplos: tumor de Spitz, nevus con displasia severa, melanoma in situ	60	45	40
<i>IV Riesgo elevado de progresión locoregional</i> Ejemplos: melanoma infiltrante T1a, lentigo maligno melanoma	63	46	43
<i>V Riesgo elevado de metástasis regionales o a distancia</i> Ejemplos: melanoma infiltrante $\geq$ T1b, melanoma nodular	83	77	72

MPATH-Dx: *Melanocytic Pathology Assessment Tool and Hierarchy for Diagnosis*.

Fuentes: Elmore et al.<sup>3</sup>, Piepkorn et al.<sup>4</sup>.

estimaron que un 16% de las lesiones clase IV o V (melanomas infiltrantes) serían clasificadas como I o II (lesiones benignas) según el consenso de expertos.

En resumen, este estudio demuestra que existe una baja concordancia y exactitud en los diagnósticos de las lesiones de clase intermedia como nevus displásicos, melanoma in situ y melanoma invasivo T1a, pudiendo llevar a tratamientos incorrectos en más del 17% de los pacientes. Entre las limitaciones del estudio destacan el análisis de una única laminilla, sin utilizar inmunohistoquímica ni técnicas moleculares, y sin poder consultar una segunda opinión. Tal vez, utilizando estas técnicas la concordancia y exactitud hubieran sido superiores. Considerando los resultados del mayor estudio realizado hasta el día de hoy, parece necesario mejorar los sistemas formativos actuales y las habilidades de los especialistas en el diagnóstico y estadificación de las lesiones melanocíticas, y ponen de manifiesto la necesidad del uso de técnicas complementarias que ayuden a establecer el diagnóstico de estos tumores. Por último, no

debemos olvidar la importancia de una adecuada correlación clinicopatológica.

## Bibliografía

1. Patrawala S, Maley A, Greskovich C, Stuart L, Parker D, Swerlick R, et al. Discordance of histopathologic parameters in cutaneous melanoma: Clinical implications. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:75–80.
2. Shoo BA, Sagebiel RW, Kashani-Sabet M. Discordance in the histopathologic diagnosis of melanoma at a melanoma referral center. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:751–6.
3. Elmore JG, Barnhill RL, Elder DE, Longton GM, Pepe MS, Reisch LM, et al. Pathologists' diagnosis of invasive melanoma and melanocytic proliferations: Observer accuracy and reproducibility study. *BMJ.* 2017;357:j2813.
4. Piepkorn MW, Barnhill RL, Elder DE, Knezevich SR, Carney PA, Reisch LM, et al. The MPATH-Dx reporting schema for melanocytic proliferations and melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70:131–41.