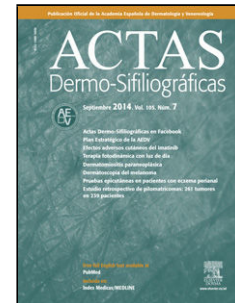


Journal Pre-proof

Melanoma Detection Patterns and Their Association With Breslow Thickness: The Dermatologist's Role

M. López-Pardo Rico D. Soto-García C. Peña Penabad M.D.
Sánchez-Aguilar Rojas Ángeles Flórez Hae Jin Suh-Oh Beatriz
Fernández Jorge Francisca Piñeyro Molina Olalla Figueroa Silva
Celia Posada García Ánder Zulaica Gárate Laura Sainz Gaspar M^{al}
Luisa Fernández Díaz Romina Rodríguez Lojo Ignacio Suárez
Conde Pilar Gómez Centeno Lucía Vilanova-Trillo, Galician
Melanoma Group



PII: S0001-7310(25)00382-5
DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.ad.2025.05.021>
Reference: AD 4398

To appear in: *Actas dermosifiliograficas*

Received Date: 29 September 2024

Accepted Date: 22 February 2025

Please cite this article as: López-Pardo Rico M, Soto-García D, Peña Penabad C, Sánchez-Aguilar Rojas MD, Flórez Á, Suh-Oh HJ, Jorge BF, Molina FP, Silva OF, García CP, Gárate ÁZ, Gaspar LS, Luisa Fernández Díaz M, Lojo RR, Conde IS, Centeno PG, Vilanova-Trillo L, Melanoma Detection Patterns and Their Association With Breslow Thickness: The Dermatologist's Role, *Actas dermosifiliograficas* (2025), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2025.05.021>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2025 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Refers to AD_4352

Cartas científico-clínicas

Melanoma Detection Patterns and Their Association With Breslow Thickness: The Dermatologist's Role

[[Artículo traducido]] Los patrones de detección del melanoma se relacionan con el espesor de Breslow: el papel del dermatólogo

Authors: M. López-Pardo Rico¹, D. Soto-García^{2,3}, C. Peña Penabad⁴, and M. D. Sánchez-Aguilar Rojas¹, Galician Melanoma Group.

Galician Melanoma Group:

Ángeles Flórez^{2,3}, Hae Jin Suh-Oh^{2,3}, Beatriz Fernández Jorge⁴, Francisca Piñeyro Molina⁴, Olalla Figueroa Silva⁵, Celia Posada García⁶, Ánder Zulaica Gárate⁶, Laura Sainz Gaspar⁶, M^a Luisa Fernández Díaz⁷, Romina Rodríguez Lojo⁷, Ignacio Suárez Conde⁸, Pilar Gómez Centeno⁸, and Lucía Vilanova-Trillo^{2,3}.

Affiliations:

1. Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. Spain
2. Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
3. Grupo de Investigación DIPO, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO. A Coruña. Spain
4. Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. Spain
5. Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. Spain
6. Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. A Coruña. Spain
7. Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti. A Coruña. Spain
8. Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. A Coruña. Spain

Corresponding author:

María López-Pardo Rico

E-mail address: mlopezpardorico@gmail.com

Sr. Director:

A pesar de representar sólo el 4% de los cánceres de piel, el melanoma cutáneo (MC) supone más del 80% de las muertes relacionadas con el cáncer¹. Su pronóstico se ve afectado por el espesor de Breslow (BT), que determina la categoría T en la clasificación AJCC TNM². Los MC pueden detectarse durante una exploración cutánea rutinaria³. Sin embargo, muchos de ellos siguen diagnosticándose con un BT grande.

El objetivo de este estudio es comparar el BT sobre la base del individuo que detecta inicialmente el MC (paciente, familiar, médico de familia (MF), dermatólogo u otros especialistas médicos). También analizamos las asociaciones entre los grupos de detección y las características clínicas, epidemiológicas e histológicas.

Realizamos un estudio multicéntrico transversal en Galicia (España), incluyendo predominantemente población blanca. Se incluyeron los MC diagnosticados de 2021 a 2022. Extrajimos los datos del Registro gallego del melanoma, incluyendo variables demográficas, clínicas, histológicas y genéticas. Las evaluaciones fueron realizadas por dermatólogos con formación específica utilizando un cuestionario detallado (Anexo B Anexo A). El estudio fue aprobado por el comité de ética Pontevedra-Vigo-Ourense con nº de código 2023/023.

El análisis de los datos fue realizado utilizando el software SPSS (29.0.2.0 versión). Se consideraron estadísticamente significativos los valores $P \leq 0,05$ (Anexo B Datos suplementarios).

Se reportó un total de 928 MC de 2021 a 2022, mostrándose sus características en la Tabla 1 Tabla 1. El individuo que detectó el melanoma fue registrado en 685 casos: muchos MC fueron detectados por el paciente (255; 37,2%), seguidos del dermatólogo (232; 33,9%), familiares (114; 16,6%), el MF del paciente (63; 9,2%), y otros especialistas médicos (21; 3,1%).

Se detectaron diferencias estadísticas mayores entre los grupos de detección del melanoma: los dermatólogos identificaron los melanomas con un menor BT. En los grupos de autodetección los pacientes eran más jóvenes, con un porcentaje más alto de mujeres, y un nivel educativo más alto. La localización más común fueron las extremidades inferiores, siendo el subtipo más

común el melanoma nodular. Los resultados se muestran en la Tabla 2 Tabla 2, incluyendo un análisis post-hoc.

En nuestro estudio, el 37,2% de los melanomas fue autodetectado, lo cual es consistente con un trabajo reciente que reportó una tasa de autodetección del 30,4%⁴. Por contra, los estudios más antiguos, tales como el realizado por Avilés-Izquierdo et al., reportaron una tasa de autodetección del 53%⁵. La tasa más baja en nuestro estudio puede reflejar la edad media más avanzada de nuestra muestra, destacando la importancia de promover la detección temprana en este grupo de alto riesgo.

Los dermatólogos identificaron los MC con menor BT, mientras que los detectados por los pacientes o familiares fueron mayores. Los estudios más antiguos reportaron mayores BT en los melanomas identificados por dermatólogos, frente a otros profesionales⁵⁻⁷, aunque muchos fueron publicados hace 20 años. Nuestro estudio, siendo más reciente, puede representar mejor la práctica clínica dermatológica actual.

Los pacientes que autodetectaron el melanoma fueron más jóvenes, en comparación con aquellos identificados por un familiar o su MF. Además, los pacientes cuyo melanoma fue detectado por dermatólogos fueron también más jóvenes que aquellos melanomas identificados por los MF. A nuestro saber, esta relación no ha sido estudiada previamente. Además, los pacientes de mayor edad tienden a exhibir melanomas con mayor espesor^{5,8}, lo cual refuerza la importancia de educar a esta población en el autoexamen y promover las revisiones regulares por familiares y MF.

Las mujeres autodetectaron el melanoma con más frecuencia que los hombres, según lo reportado previamente⁵. Además, el sexo masculino ha sido asociado a melanomas de mayor espesor al diagnosticarse^{5,8,9}. Estos datos destacan la necesidad de suscitar la concienciación entre los hombres acerca del autoexamen regular.

La educación colegial estuvo asociada al incremento de la autodetección, mientras que los individuos con menor nivel educativo dependieron más de sus familiares o MF. Aunque esta relación no ha sido estudiada previamente, y es consistente con los hallazgos sobre un mayor BT en los pacientes con menor nivel educativo⁸. Esto destaca la necesidad del cuidado dermatológico accesible en todos los grupos socioeconómicos, para garantizar la detección e intervención oportunas. Sin embargo, la asociación entre la educación y la autodetección deberá interpretarse con cautela, ya que los individuos más jóvenes tienen mayor educación, por lo general, lo cual puede actuar como factor de confusión.

Los melanomas detectados por dermatólogos y familiares fueron más comúnmente localizados en el tronco posterior, mientras que los melanomas autodetectados fueron menos comunes en las extremidades inferiores, lo cual es consistente con los estudios más antiguos^{5,9}. Ha sido

demostrado que los melanomas en zonas menos visibles tienden a tener un BT menor⁵, subrayando la importancia de los exámenes cutáneos profundos por parte de dermatólogos y médicos de familia, y de educar a los pacientes en la revisión de zonas menos visibles.

El subtipo histológico también influyó en la detección, teniendo los melanomas nodulares mayor predisposición a ser autodiagnosticados, mientras que el melanoma *in situ*, el lentigo maligno y el melanoma de extensión superficial fueron identificados predominantemente por los dermatólogos. Esto es consistente con los estudios anteriores^{6,8,9}, pudiendo deberse a un crecimiento más rápido y a síntomas de melanoma nodular, facilitando a los pacientes la detección de estos¹⁰.

Las fortalezas de nuestro estudio incluyen su diseño multicéntrico y la recopilación prospectiva de los datos. Las limitaciones incluyen su análisis estadístico retrospectivo, la precisión reducida debido a la media ponderada de BT, el reporte no obligatorio en el registro de salud pública, y las dificultades potenciales de la recopilación de datos durante la pandemia de COVID-19.

En conclusión, nuestro estudio aporta percepciones nuevas para la detección del melanoma, lo cual revela que los pacientes más jóvenes y aquellos con niveles educativos más altos son más proactivos en cuanto a autodetección, constituyendo hallazgos no reportados previamente. A pesar de que los dermatólogos detectan melanomas con menor BT, ellos evalúan sólo un pequeño porcentaje de la población. Es esencial garantizar que los MF están formados para identificar lesiones sospechosas, y tener vías de referencia adecuadas para los dermatólogos. Las campañas educativas dirigidas a grupos de alto riesgo -tales como hombres, adultos mayores e individuos con niveles educativos más bajos- y centradas en la promoción del autoexamen regular, pueden mejorar los resultados como estrategia efectiva para la prevención secundaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores quisieran expresar su agradecimiento a todos los participantes y pacientes incluidos en este estudio por su colaboración e implicación.

Appendix A Datos suplementarios

Los datos suplementarios asociados a este artículo pueden encontrarse en la versión online disponible en <https://doi.org/10.1016/j.ad.2025.02.026>.

Appendix B Datos suplementarios

Datos suplementarios a este artículo:

mmc1

Appendix C Grupo Gallego del melanoma

Ángeles Flórez^{1,2}, Hae Jin Suh-Oh^{1,2}, Beatriz Fernández Jorge³, Francisca Piñeyro Molina³, Olalla Figueroa Silva⁴, Celia Posada García⁵, Ánder Zulaica Gárate⁵, Laura Sainz Gaspar⁵, M^a Luisa Fernández Díaz⁶, Romina Rodríguez Lojo⁶, Ignacio Suárez Conde⁷, Pilar Gómez Centeno⁷, and Lucía Vilanova-Trillo^{1,2}.

¹Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, Spain

²Grupo de Investigación DIPO, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, Pontevedra, Spain

³Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, Spain

⁴Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña, Spain

⁵Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra, Spain

⁶Dermatology Department, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, Spain

⁷Dermatology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, Spain

Referencias

<BIBL>

<BIB>

1

S Nagore F E.

S Moreno-Ramírez F D.

S Ortiz-Romero F P.

S Martín-Sánchez F E.

S Martínez-Fernández F A.

S Puig F S.

AT Epidemiology of melanoma in Spain: estimation of number of patients with stage III disease eligible for adjuvant therapies

JT Actas Dermosifiliogr

V 113

D 2022

P 354-L 362

<original_ref>[1] Nag.</original_ref>

</BIB>

<BIB>

2

S Amin F M.

S Edge F S.

S Greene F F.

BT AJCC cancer staging manual

EDN 8th ed.

PN Springer Cham

PL New York

D 2017

<original_ref>[2] Am.</original_ref>

</BIB>

<BIB>

3

S Durbec F F.

S Vitry F F.

S Granel-Brocard F F.

S Lipsker F D.

S Aubin F F.

S Hédelin F G.<ET-AL>

AT The role of circumstances of diagnosis and access to dermatological care in early diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France

JT Arch Dermatol

V 146

D 2010

P 240-L 246

<original_ref>[3] Durb6.</original_ref>

</BIB>

<BIB>

4

S Tejera-Vaquerizo F A.

S Boada F A.

S Puig F S.

S Nagore F E.

S Fernández-de-Misa F R.

S Ferrándiz F L.<ET-AL>

AT Melanoma Registry of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (REGESMEL): description and data in its first year of operation

JT Actas Dermosifiliogr

V 115

D 2024

P 663-L 669

<original_ref>[4] Tejera.</original_ref>

</BIB>

<BIB>

5

S Avilés-Izquierdo F J.A.

S Molina-López F I.

S Rodríguez-Lomba F E.

S Marquez-Rodas F I.

S SuarezFernandez F R.

S Lazaro-Ochaita F P.

AT Who detects melanoma? Impact of detection patterns on characteristics and prognosis of patients with melanoma

JT J Am Acad Dermatol

V 75

D 2016

P 967-L 974

<original_ref>[5] Avil74.</original_ref>

</BIB>

<BIB>

6

S Richard F M.A.

S Grob F J.J.

S Avril F M.F.

S Delaunay F M.

S Gouvernet F J.

S Wolkenstein F P.<ET-AL>

AT Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): the role of doctors

JT Int J Cancer

V 89

D 2000

P 280-L 285

<original_ref>[6] Rich.</original_ref>

</BIB>

<BIB>

7

S Schwartz F J.L.

S Wang F T.S.

S Hamilton F T.A.

S Lowe F L.

S Sondak F V.K.

S Johnson F T.M.

AT Thin primary cutaneous melanomas: associated detection patterns, lesion characteristics, and patient characteristics

JT Cancer

V 95

D 2002

P 1562-L 1568

<original_ref>[7] Schw.</original_ref>

</BIB>

<BIB>

8

S Boada F A.

S Tejera-Vaquerizo F A.

S Requena F C.

S Manrique-Silva F E.

S Traves F V.

S Nagore F E.

AT Association between melanoma thickness and clinical and demographic characteristics

JT Eur J Dermatol

V 31

D 2021

P 514-L 520

<original_ref>[8] Boa.</original_ref>

</BIB>

<BIB>

9

S Grange F F.

S Barbe F C.

S Mas F L.

S Granel-Brocard F F.

S Lipsker F D.

S Aubin F F.<ET-AL>

AT The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France

JT Br J Dermatol

V 167

D 2012

P 1351-L 1359

<original_ref>[9] Grange9.</original_ref>

</BIB>

<BIB>

10

S Martorell-Calatayud F A.

S Nagore F E.

S Botella-Estrada F R.

S Scherer F D.

S Requena F C.

S Serra-Guillén F C.<ET-AL>

AT Defining fast-growing melanomas: reappraisal of epidemiological, clinical, and histological features

JT Melanoma Res

V 21

D 2011

P 131-L 138

<original_ref>[10] Martore8.</original_ref>

</BIB>

</BIBL>

Tabla 1 Características de los pacientes y melanomas en el grupo de estudio completo ($n = 928$).

Características	Resultados
	<i>N</i> (%)
Nº de pacientes	928 (100)
Edad, media (DE), años	66,2 ($\pm 16,5$)
[0,1-2]	
[0,1-2] Sexo	
Varones	372 (40,1)
Mujeres	556 (59,9)
[0,1-2]	
[0,1-2] Nivel educativo	
Primario o inferior	293 (49,5)
Secundario	80 (13,5)
FP	70 (11,8)
Universitario	149 (25,2)
Total	592 (100)
VP*	336
[0,1-2]	
[0,1-2] Sitio anatómico	

Cara y cuello	179 (21)
Cuero cabelludo	13 (1,5)
Tronco anterior	76 (8,9)
Tronco posterior	236 (27,6)
[0,1-2] Extremidades superiores	
Derechas	57 (6,7)
Izquierdas	76 (8,9)
[0,1-2] Extremidades inferiores	
Derechas	67 (7,8)
Izquierdas	105 (12,3)
[0,1-2] Acral	
Palmar	3 (0,4)
Plantar	23 (2,7)
Uñas de los dedos	14 (1,6)
Genitales externos	2 (0,2)
Mucosas	3 (0,4)
Total	854 (100)
VP*	74
[0,1-2]	
[0,1-2] Espesor de Breslow, mm	
Mediana	0,9
[0,1-2] Percentiles	
25	0,4
50	0,9
75	2,5
Total	626
VP*	302
[0,1-2]	
[0,1-2] Tipo histológico	
Melanoma infiltrante	615 (69)

Melanoma <i>in situ</i>	278 (31)
Total	893 (100)
VP*	35
[0,1-2]	
[0,1-2]Subtipo histológico	
MDS	390 (44,5)
SSM <i>in situ</i>	111 (12,7)
MN	85 (9,7)
MLA	33 (3,8)
ALM <i>in situ</i>	9 (1)
MLM	70 (8)
ML <i>in situ</i>	114 (13)
Melanoma espitzoide	1 (0,1)
Melanoma nevoide	4 (0,5)
Melanoma desmoplásico	2 (0,2)
Otros	9 (1)
Otros <i>in situ</i>	13 (1,5)
No clasificados	13 (1,5)
No clasificados <i>in situ</i>	23 (2,6)
Total	877 (100)
V*	51

FP: formación profesional; MDS: melanoma de extensión superficial; MN: melanoma nodular; MLA: melanoma lentiginoso acral; MLM: melanoma lentigo maligno melanoma; DE: desviación estándar.

*Valores perdidos.

Tabla 2 Análisis de las variables clínicas, histológicas y pronósticas basado en los individuos que detectaron el melanoma.

Características	Pacientes <i>N</i> (%)	Familiar <i>N</i> (%)	Médico de familia <i>N</i> (%)	Dermatólogo <i>N</i> (%)	Otros especialistas médicos <i>N</i> (%)	Valor <i>P</i>	Análisis post-hoc
-----------------	---------------------------	--------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---	----------------	-------------------

Nº de pacientes (n = 685)	255 (37,2)	114 (16,6)	63 (9,2)	232 (33,9)	21 (3,1)		
[0,1-8]							
Edad, media (DE), años	61,74 (16,02)	72,18 (16,10)	70,84 (14,75)	64,93 (17,13)	69,05 (16,50)	<0,001	- Paciente frente a familiar (61,74 ± 16,02 frente a 72,18 ± 16,10; $P = 0,001$). - Paciente frente a médico de familia (61,74 ± 16,02 frente a 70,84 ± 14,75; $P = 0,001$). - Dermatólogo frente a familiar (64,93 ± 17,13 frente a 72,18 ± 16,10; $P = 0,001$). - El espesor de Breslow se incrementó significativamente con la edad del paciente ($r = 0,241$).
[0,1-8]							
Sexo						[2,0]0,023	[2,0]- Autodetección, mujeres frente a varones (41,6 frente a 31%; $P = 0,023$).
Varones (n = 281)	87 (31)	48 (17,1)	33 (11,7)	101 (35,9)	12 (4,3)		
Mujeres (n = 404)	168 (41,6)	66 (16,3)	30 (7,4)	131 (32,4)	9 (2,2)		- Espesor de Breslow, mujeres frente a varones (1,81 ± 2,62 frente a 2,30 ± 3,02; $P = 0,040$).
[0,1-8]							
Nivel educativo						[4,0]<0,001	[4,0]- Autodetección, formación universitaria frente a educación primaria o inferior (44,8 frente a 30,9%; $P < 0,001$).
Primaria o inferior (n = 285)	88 (30,9)	71 (24,9)	34 (11,9)	78 (27,4)	14 (4,9)		
Secundaria (n = 78)	25 (32,1)	14 (17,9)	3 (3,8)	32 (41)	4 (5,1)		- Familiares, educación universitaria frente a

FP (n = 67)	29 (43,3)	7 (10,4)	4 (6)	27 (40,3)	0 (0)	educación primaria o inferior (5,5 frente a 11,9%; $P < 0,001$).
Universitaria (n = 145)	65 (44,8)	15 (10,3)	8 (5,5)	57 (39,3)	0 (0)	
[0,1-8]						
Sitio anatómico						[15,0]<0,001
Cara y cuello (n = 112)	35 (31,2)	20 (17,8)	10 (8,9)	46 (41,1)	1 (0,1)	[15,0]- Tronco posterior, dermatólogo frente a paciente (34,1 frente a 20,2%; $P < 0,05$).
Cuero cabelludo (n = 11)	3 (27,3)	2 (18,2)	3 (27,3)	2 (18,2)	0 (0)	- Tronco posterior, otros especialistas médicos frente a paciente (52,6 frente a 20,2%; $P < 0,05$).
Tronco anterior (n = 65)	32 (49,2)	6 (9,2)	5 (7,7)	20 (30,8)	2 (3,1)	- Extremidades inferiores, paciente frente a familiar (17,8 frente a 6,7%; $P < 0,05$).
Tronco posterior (n = 188)	49 (26,1)	35 (18,6)	20 (10,6)	74 (39,4)	10 (5,3)	
Extremidades superiores						
Derechas (n = 44)	15 (34,1)	8 (18,2)	2 (4,5)	19 (43,2)	0 (0)	
Izquierdas (n = 59)	26 (44,1)	11 (18,6)	6 (10,2)	15 (25,4)	1 (1,7)	
Extremidades inferiores						
Derechas (n = 47)	26 (55,3)	9 (19,2)	4 (8,5)	8 (17)	0 (0)	
Izquierdas (n = 85)	43 (50,6)	7 (8,2)	6 (7,1)	29 (34,1)	0 (0)	
Acral						
Palmar (n = 1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Plantar (n = 17)	8 (47,1)	3 (17,6)	1 (5,9)	3 (17,6)	2 (11,8)	

Uñas de los dedos (n = 10)	5 (50)	1 (10)	1 (10)	1 (10)	2 (20)		
Genitales externos (n = 1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)		
	[0,1-8]						
Espesor de Breslow, mm (mediana, rango intercuartílico)	3 (1-8,75)	5 (3-9,5)	1 (1-2,5)	0 (0-1)	6 (0,5-6,5)	<0,001	- Dermatólogo frente a paciente (0 [0-1] frente a 3 [1-8.75]; $P = 0,001$). - Dermatólogo frente a familiar (0 [0-1] frente a 3 [3-9.50]; $P < 0,001$).
	[0,1-8]						
Subtipo histológico						[14,0]<0,001	[14,0]- Paciente: NM > Melanoma in situ (LM, MES, subtipo no especificado) ($P < 0,05$). - Familiares: NM/LMM > Melanoma in situ (subtipo SSM) ($P < 0,05$). - Dermatólogo: Melanoma in situ (cualquier subtipo histológico) > NM/SSM/ALM ($P < 0,05$). LMM/MES > NM ($P < 0,05$). ALM > NM/SSM/LMM ($P < 0,05$).
SSM (n = 296)	121 (40,9)	51 (17,2)	33 (11,1)	84 (28,4)	7 (2,4)		
SSM in situ (n = 87)	28 (32,2)	4 (4,6)	10 (11,5)	45 (51,7)	0 (0)		
NM (n = 59)	36 (61)	15 (25,4)	2 (3,4)	4 (6,8)	2 (3,4)		
ALM (n = 21)	7 (33,3)	4 (19)	2 (9,5)	2 (9,5)	6 (28,6)		
ALM in situ (n = 11)	2 (40)	2 (40)	0 (0)	1 (20)	0 (0)		
LMM (n = 57)	18 (31,6)	13 (22,8)	7 (12,3)	18 (31,6)	1 (1,8)		
LM in situ (n = 76)	20 (26,3)	9 (11,8)	3 (3,9)	44 (57,9)	0 (0)		
Melanoma epitizoide (n = 1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Melanoma nevoide (n = 3)	2 (66,7)	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)		

Melanoma desmoplásico (n = 1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Otros (n = 5)	4 (80)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Otros in situ (n = 11)	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	9 (81,8)	1 (9,1)
No clasificados (n = 10)	2 (20)	4 (40)	2 (20)	1 (10)	1 (10)
No clasificados in situ (n = 22)	4 (18,2)	2 (9,1)	0 (0)	14 (63,6)	2 (9,1)

FP: formación profesional; SSM: Melanoma de difusión superficial; NM: Melanoma nodular; ALM: melanoma lentiginoso acral; LMM: melanoma lentigo maligno; DE: desviación estándar.

Las variaciones del número de pacientes total en cada categoría se deben a los datos ausentes.