



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
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^{1,2}. 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 tema³. 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)*⁴, 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
(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.³, Piepkorn et al.⁴.

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.