

Valor del método dermatoscópico «Lista Recapitulativa de los Tres Puntos de Soyer» en el diagnóstico de las lesiones cutáneas pigmentadas en pacientes del Hospital Hermanos Ameijeiras, La Habana-Cuba, 2008.

Value of the Soyer's Three Point Checklist dermoscopic method in the diagnosis of pigmented skin lesions in patients from «Hermanos Ameijeiras» Hospital, Havana City, Cuba during 2008.

Rigoberto García-Gómez¹, Sonia E. Collazo-Caballero¹, María A. Rodríguez-García¹, Jonathan Argueyo-Moya², Alberto C. Castillo-Oliva¹, Olenia Pesant-Hernández¹.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el valor diagnóstico del método dermatoscópico «Lista Recapitulativa de los Tres Puntos de Soyer» (LRTPS) en el diagnóstico de las lesiones cutáneas pigmentadas en pacientes del Hospital Hermanos Ameijeiras (La Habana-Cuba) durante el año 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal con 102 pacientes que asistieron a la Consulta de Dermatoscopia en el Hospital «Hermanos Ameijeiras» de Ciudad de La Habana, Cuba, en el año 2008 para caracterizar la relación de este método de diagnóstico dermatoscópico y el comportamiento biológico de las lesiones cutáneas pigmentadas en el período estudiado. Se calcularon las tasas de sensibilidad y especificidad del método para el puntaje extremo de las lesiones y de las proporciones de malignidad / benignidad para las puntuaciones intermedias.

RESULTADOS: La Lista de los Tres Puntos se comportó como un confiable método de alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de benignidad de las lesiones con puntuación de cero. La sensibilidad para el diagnóstico de malignidad de lesiones con puntuación de tres fue baja, mientras que la especificidad fue alta. Existieron lesiones benignas y malignas con puntuación de 1 y 2, siendo mayor la proporción de lesiones benignas en el primer grupo y de lesiones malignas en el segundo grupo.

CONCLUSIÓN: El método demuestra ser una herramienta útil y sencilla para determinar el comportamiento biológico de las lesiones cutáneas pigmentadas.

PALABRAS CLAVES: Dermatoscopia, diascopia, lesiones cutáneas pigmentadas.

Dermatol Perú 2010; 20(1) 18-26

¹ Especialista en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Ciudad de La Habana, Cuba.
² Especialista en MGI. Residente de Dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Ciudad de La Habana, Cuba.

Recibido: 11-12-09

Aceptado: 29-12-09

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the diagnostic value of dermatoscopic method «Value of the Soyer´s Three Point Checklist» in the diagnosis of pigmented skin lesions in patients from «Hermanos Ameijeiras» Hospital (La Habana-Cuba) during 2008. **MATERIAL AND METHODS:** A descriptive and transversal study was carried out with 102 patients from dermoscopy consultation at «Hermanos Ameijeiras» Hospital, Havana City, Cuba during the year 2008 to characterize the relationship between the diagnostic method and the biological behavior of the pigmented skin lesion in the period studied. The sensibility and specificity rate for the extreme pointed pigmented skin lesions were calculated and also the proportions between malignancy and benignity for the middle pointed lesions. **RESULTS:** The Three Point Checklist was taken as a reliable method of high sensibility and specificity for the diagnosis of the benignity of the lesion having zero-point. The sensibility to the malignancy diagnosis of three-points lesions was low meanwhile the specificity was high. There were malignant and benign lesions with one and two points, being higher the proportion of benign lesions in the first group and of malignant lesions in the second one. **CONCLUSION:** The method shows to be a useful and easy tool to determine the biological behavior of a pigmented skin lesion.

KEY WORDS: Dermoscopy, diascopy, pigmented skin lesion.

INTRODUCCIÓN

La dermatoscopia es una técnica de diagnóstico por imagen, no invasiva, utilizada para la observación *in vivo* de las lesiones cutáneas, fundamentalmente pigmentadas, que permite una mejor visualización de la superficie de la piel y de las estructuras subyacentes. Es una herramienta diagnóstica que posibilita el reconocimiento de estructuras no visibles al ojo humano, que abre una nueva dimensión en las

características clínico morfológicas de las lesiones cutáneas pigmentadas. Al hacer translúcida la interfase entre la capa córnea y el aire, podemos visualizar desde la superficie cutánea la epidermis y la dermis papilar. Los parámetros descritos y reconocidos mediante esta técnica se corresponden con estructuras histológicas concretas.⁽¹⁻⁴⁾

Uno de los objetivos primordiales de la dermatoscopia es definir criterios para la extirpación de lesiones pigmentadas con lo cual podríamos disminuir el número de biopsias innecesarias. Al examen clínico, muchas lesiones pigmentadas que presentan escasas características morfológicas aparecen bajo el examen dermatoscópico con una gran variedad de estructuras. Así se han podido caracterizar más de 100 estructuras mediante análisis dermatoscópico y las principales constituyen la llamada semiología dermatoscópica.^(1,5)

Al realizar un examen diascópico debe determinarse la sospecha de malignidad de la lesión, para los dermatoscopistas debutantes se recomienda la Lista Recapitulativa de los Tres Puntos de Soyer (LRTPS) por ser una herramienta práctica, sencilla y muy útil para predecir riesgo de malignidad en una lesión. El método se basa en la identificación de la presencia de tres elementos en las lesiones analizadas, que le confiere cada uno un punto. Puntajes de tres son muy sugestivos de malignidad y los de cero de benignidad, aunque estos criterios no son absolutos. Como criterio general se recomienda biopsiar las lesiones con valores de 2 y 3. El primer criterio es la asimetría del color, de los bordes y de las estructuras dermatoscópicas, esta asimetría debe buscarse en los dos ejes. El segundo criterio es la presencia de estructuras azul-grisáceas en la lesión. El tercer criterio es la presencia de red pigmentaria atípica.⁽⁶⁻⁹⁾

La LRTPS constituye el método más práctico y simple dentro de los descritos. Requiere un conocimiento mínimo de los aspectos a identificar y puede ser usado por especialistas en Dermatología, en otras especialidades y por médicos generales en la Atención Primaria de Salud como una herramienta auxiliar más en el análisis de una lesión pigmentada y su riesgo.^(6,7)

La incidencia de melanoma ha ido en aumento a lo largo de las últimas décadas en todo el mundo, siendo el riesgo actual de desarrollarlo en algún momento de la vida de alrededor de 1,74% y 1,28% en varones y mujeres caucásicos respectivamente. Si bien buena parte de los melanomas en fase de crecimiento puede ser diagnosticada en base a criterios clínicos perfectamente establecidos, existe un número alto de lesiones clínicamente pigmentadas en las que la distinción entre benignidad y malignidad resulta difícil cuando no imposible. De hecho, las estadísticas informan que aun en centros especializados el porcentaje de aciertos diagnósticos en base a criterios clínicos para las lesiones tempranas de melanoma apenas supera 60% además, su bajo valor predictivo para rechazar el diagnóstico de melanoma en estos casos determina un alto porcentaje de falsos positivos que llevan a un elevado número de intervenciones y estudios histológicos innecesarios.⁽¹⁰⁻¹³⁾

La importancia de diagnosticar el melanoma y otras lesiones malignas pigmentadas en etapas preinvasivas o iniciales sin incrementos insostenibles de costos en salud así como las consecuencias estéticas en pacientes jóvenes con síndromes de múltiples nevos o de nevos atípicos explica la búsqueda de métodos no invasivos útiles para realizar el diagnóstico diferencial en lesiones clínicamente dudosas⁽¹⁴⁾. Este precisamente, junto a la intención de difundir

el empleo de la dermatoscopia como una nueva arma diagnóstica entre los profesionales de la salud, empleando métodos sencillos para la valoración de los resultados de las imágenes, ha constituido el motivo fundamental de realizar este trabajo. El método más práctico que puede ayudar a los dermatoscopistas debutantes es La Lista de los Tres Puntos.

Nuestro trabajo tiene como objetivo determinar el valor diagnóstico del método dermatoscópico LRTPS en el diagnóstico de las lesiones cutáneas pigmentadas en pacientes del Hospital Hermanos Ameijeiras (La Habana-Cuba) durante el año 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes que asistieron a la Consulta de Dermatoscopia en el Hospital «Hermanos Ameijeiras» (Ciudad de la Habana-Cuba) que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. No se realizó muestreo, se trabajó con la totalidad de la población por ser esta pequeña y accesible.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes (o representante legal, de ser el caso) que aceptaron participar en el estudio.
2. Pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

1. Lesiones en sitios anatómicos inaccesibles al dermatoscopio.
2. Pacientes con imposibilidad de cumplir con las reconsultas planificadas.
3. Lesiones pigmentadas de localizaciones especiales: Palmoplantares, faciales, mucosas y ungueales.

TÉCNICA Y MÉTODO

Los datos fueron recogidos en dos tiempos mediante una ficha individual elaborada por los autores que contiene las variables objeto de estudio (anexo). El instrumento fue aplicado por los autores en la Consulta de Dermatoscopia durante el período estudiado.

- Primera consulta: Se realiza la dermatoscopia para el cálculo de la lista de los tres puntos y la obtención de un diagnóstico dermatoscópico. Se programa la toma de muestra para el examen histopatológico y se comienza a llenar la planilla de recolección de datos.
- Segunda consulta: Se realiza la toma de muestra para la biopsia.
- Tercera consulta: Se recibe el resultado del examen histológico de la lesión y se decide el seguimiento posterior del paciente. Se concluye el llenado de la planilla individual.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida fue llevada a una base de datos mediante la aplicación Microsoft Excel 2007 y procesada con el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 16.0. Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando como medidas de resumen para las variables los porcentajes y las proporciones.

ASPECTOS ÉTICOS

Previo a la aplicación del instrumento de recogida de los datos contamos con el consentimiento informado del paciente o su representante legal si era menor de edad o discapacitado, con vistas a garantizar los derechos de las personas objeto de estudio. Este consentimiento fue informado, verbal,

voluntario y competente desde el punto de vista legal cumpliéndose todos los principios de la Declaración de Helsinki.

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

1. Variables relacionadas con el diagnóstico dermatoscópico de las lesiones, integradas por:

1.1. Diagnóstico dermatoscópico de la lesión: Fue la impresión diagnóstica que se tuvo al analizar el patrón y las estructuras encontradas. Puede ser: (1-3,5,15-20)

1.1.1. Nevus de transición (de unión): Compuestos por red pigmentaria fina y regular que se interrumpe progresivamente en la periferia, con la presencia o no de estructuras periféricas (pseudópodos o extensiones radiadas). La red puede presentar áreas sin estructuras correspondientes a orificios de salida de los pelos y puntos negros debido a acúmulos de melanocitos. También puede existir pigmentaciones y glóbulos, habitualmente regulares. Lesión benigna.

1.1.2. Nevus dérmicos: Ausencia de red, áreas sin estructuras, puede ser de aspecto homogéneo con coloración azul-gris (nevo azul), presencia de contornos borrosos y glóbulos azules múltiples, con aspecto de adoquinado de calles o racimos de uvas. Puede no encontrarse estructuras dermatoscópicas más que un conjunto de vasos que dominan la imagen, habitualmente típicos. Lesión benigna.

- 1.1.3. Nevus de transición y dérmico (compuestos): Una combinación de las estructuras encontradas en los nevos de transición y los dérmicos. Puede verse estructura azul grisácea y áreas sin estructuras. La red es poco visible e irregular. Con frecuencia ofrece patrones reticuloglobulares. Lesión benigna.
- 1.1.4. Nevus de Clark: Frecuentemente son nevos compuestos aunque pueden ser dérmicos o de unión. La lesión es simétrica en solo 1 eje, presenta una red de mallas anchas e irregulares con el fondo entre las mallas de color más gris o mal visualizada, con numerosas estructuras radiadas, prolongaciones periféricas y puntos negros. Puede presentar algunos glóbulos y estructura gris azulada. Lesión benigna cuya potencialidad de convertirse en melanoma es discutida.
- 1.1.5. Melanoma superficial: La red pigmentaria se observa mal en la periferia. Múltiples prolongaciones periféricas con numerosos puntos negros confluentes, incluso fuera de la red. Se pueden encontrar además glóbulos policromos, velo blanco lechoso y áreas sin estructuras. En los melanomas nunca hay simetría en ningún eje ni un solo color. Puede haber vasos atípicos, zonas de regresión e hiperpigmentaciones irregulares. Lesión maligna.
- 1.1.6. Léntigo: Se observa una red pigmentaria mal delimitada, puede tener algunos lugares más densos que otros, pueden existir puntos negros en su superficie. Existen variantes muy pigmentadas (en mancha de tinta). Lesión benigna.
- 1.1.7. Angiomas: Se presenta una imagen homogénea color rojo-rosa-violeta púrpura, con la presencia de lagos rojos bien delimitados. Habitualmente ofrece una imagen de patrón sacciforme por la dilatación de los vasos. Lesión benigna.
- 1.1.8. Queratosis Seborreica: Puede o no existir red pigmentaria, se puede presentar con patrón inespecífico, globular o polimorfo, con múltiples glóbulos grises, pseudoquistes córneos, orificios pseudocomedonianos, vasos sanguíneos típicos y estructuras azul grisácea. Lesión benigna con gran variabilidad de aspectos dermatoscópicos.
- 1.1.9. Carcinoma basal: Ausencia de red. Pigmentaciones foliáceas. Vasos arborescentes. Pueden existir múltiples colores, telangiectacias, numerosos glóbulos, puntos y estructuras azul grisáceas por acúmulos de células basaloides. Lagos vasculares, hematíes (por la neovascularización), estructuras en forma de hojas de fresno y rueda de carro. Lesión maligna también de gran variabilidad de presentación dermatoscópica.
- 1.1.10. Melanoma nodular: Se ve una red atípica que varía en intensidad con múltiples colores, glóbulos irregulares, áreas sin estructuras, velo blanco lechoso, asimetría, ulceración, vasos atípicos. Lesión maligna.
- 1.1.11. Dermatofibroma: Imagen caracterizada por la presencia de

- una estructura blanca central con bordes irregulares completamente formada o no, rodeada de red pigmentaria típica. Lesión benigna.
2. Variables relacionadas con la sensibilidad y la especificidad de la lista de los 3 puntos determinadas por:
- 2.1. Variable indicador de benignidad para las lesiones pigmentadas con puntaje de cero: Determinada por las tasas de sensibilidad (por ciento de lesiones benignas con puntuación de 0 del total de lesiones benignas) y especificidad (por ciento de lesiones benignas del total de lesiones con puntuación de 0). Fue clasificada en:
- 2.1.1. Alta: Resultado mayor del 90%.
- 2.1.2. Media: Resultado de las tasas entre el 75 y el 89.9%.
- 2.1.3. Baja: Resultado de la tasa menor del 74.9%.
- 2.2. Variable indicador de malignidad para las lesiones pigmentadas con puntaje de tres: Determinada por las tasas de sensibilidad (por ciento de lesiones malignas con puntuación de 3 del total de lesiones malignas) y especificidad (por ciento de lesiones malignas del total de lesiones con puntuación de 3). Fue clasificada en:
- 2.2.1. Alta: Resultado mayor del 90%.
- 2.2.2. Media: Resultado de las tasas entre el 75 y el 89.9%.
- 2.2.3. Baja: Resultado de la tasa menor del 74.9%.
- 2.3. Variable proporción de lesiones benignas y malignas con puntaje de 1: Resultante del cálculo de la proporción entre las lesiones con estos comportamientos biológicos con puntaje de 1 en la Lista de los Tres Puntos. Fue clasificada en:
- 2.3.1. Proporción con predominio de benignidad: Al predominar las lesiones benignas.
- 2.3.2. Proporción con predominio de malignidad: Al predominar las lesiones malignas.
- 2.3.3. Igual proporción: Proporción de 1:1
- 2.4. Variable proporción de lesiones benignas y malignas con puntaje de 2: Resultante del cálculo de la proporción entre las lesiones con estos comportamientos biológicos con puntaje de 2 en la Lista de los Tres Puntos. Fue clasificada en:
- 2.4.1.1. Proporción con predominio de benignidad: Al predominar las lesiones benignas.
- 2.4.1.2. Proporción con predominio de malignidad: Al predominar las lesiones malignas.
- 2.4.1.3. Igual proporción: Proporción de 1:1.

RESULTADOS

En el período comprendido entre Enero y Diciembre del 2008 se atendieron 107 pacientes con lesiones pigmentadas en la consulta de Dermatoscopía del Hospital Clínico Quirúrgico «Hermanos Ameijeiras». De ellos cumplieron con los criterios de selección 102 pacientes, 26 hombres (25%) y 76 mujeres (75%). El color de la piel blanco fue el predominante en nuestra muestra, como coincide con trabajos anteriormente realizados. Hubo una importante representación de la raza mestiza debido al predominio de esta raza en nuestro país.

Los diagnósticos específicos de las lesiones pigmentadas objetos de nuestro estudio se reflejan en la tabla 1, donde existe un franco predominio de las lesiones benignas (fundamentalmente los nevos), Las lesiones

malignas en nuestra muestra estuvieron representadas fundamentalmente por los Carcinomas Basales pigmentados que constituyeron el 17.6% de la muestra. Las lesiones malignas representaron el 20.59% del total de las lesiones.

La tabla 2 muestra la distribución de la puntuación de las lesiones según los valores del score y el comportamiento biológico, datos a partir de los cuales se realiza el cálculo de las tasas de sensibilidad y especificidad y de las proporciones.

TABLA 1: Distribución de la muestra según el diagnóstico dermatoscópico de la lesión. Hospital Hermanos Ameijeiras, 2008.

DIAGNÓSTICO DERMATOSCÓPICO	FRECUENCIA	%
Nevus de transición (de unión)	12	11.8
Nevus dérmicos	15	14.7
Nevus de transición y dérmico*	30	29.4
Léntigo	5	4.9
Dermatofibroma	4	3.9
Carcinoma basal pigmentado	18	17.6
Queratosis Seborreica	11	10.8
Angiomas	4	3.9
Melanoma	3	2.9
TOTAL	102	100.0

*Integrado por nevus congénitos (12), nevus de Clark (11) y otros (7)

TABLA 2: Distribución de las lesiones benignas y malignas según la puntuación de La LRTPS en pacientes que asistieron a la consulta de Dermatoscopia, del Hospital Hermanos Ameijeiras, 2008.

LESIONES	PUNTAJE DE LA LISTA DE LOS TRES PUNTOS				TOTAL
	0	1	2	3	
Benignas	76	4	1	0	81
Malignas	0	3	15	3	21
TOTAL	76	7	16	3	102

Se obtuvo la sensibilidad para las puntuaciones de la LRTPS encontrándose que para las lesiones con puntuación cero (benignas) fue de 93.8%; mientras que la sensibilidad para las lesiones con puntuación 3 (malignas) fue del 14.28%. Por otro lado, la especificidad para las lesiones con puntuación 0 y para las lesiones con puntuación fue del 100%. La razón de lesiones pigmentadas benignas/malignas con puntaje de 1 fue de 1.3:1 y la razón de lesiones pigmentadas benignas / malignas con puntuación de fue de 0.1:1

DISCUSIÓN

La LRTPS es un método práctico y sencillo que puede ser aplicado por profesionales dermatólogos y no dermatólogos para analizar las lesiones cutáneas pigmentadas sin ser necesario un vasto conocimiento de la dermatoscopia. Este método ha demostrado una sensibilidad y especificidad elevada para el diagnóstico de lesiones cutáneas pigmentadas malignas en estudios anteriormente realizados ^(6,7).

Al realizar el cálculo de la LRTPS a las lesiones benignas se observó que de 81, el 93.8% resultaron con puntuación de cero y no existieron lesiones malignas con esta puntuación, lo que representa una tasa de sensibilidad de 93.8% con una especificidad del 100%, las cuales las consideramos en nuestro trabajo como altas y confiables en

el momento de realizar un diagnóstico de benignidad en las lesiones con puntuación de cero, de igual manera se ha expresado en diferentes artículos la relación de la puntuación cero con la benignidad de las lesiones^(6,7,21). En estudios anteriores se han obtenido valores de la tasa de sensibilidad similar (91.0%)⁽⁶⁾ y valores de la tasa de especificidad más bajos (71.9%)⁽⁶⁾.

Las lesiones con puntuación de 3 fueron solo 3 en nuestro estudio y todas correspondieron a lesiones malignas, lo que representa una tasa de sensibilidad baja del 14.28% pero con una especificidad del 100%, lo cual se justifica porque la mayoría de las lesiones malignas en nuestra muestra no fueron melanocíticas (carcinoma basocelulares, que habitualmente no tienen en su imagen dermatoscópica presencia de red pigmentaria), lo cual refuerza el criterio anteriormente evocado que ante una lesión pigmentada con puntaje de 3 de la LRTPS debe ser considerada como maligna hasta que se demuestre lo contrario.^(6,7)

Con respecto a la proporción de lesiones pigmentadas benignas / malignas con puntaje de 1 fue de 1.3:1, predominando las benignas y con puntuación de 2 fue de 0.1:1, predominando las malignas (tabla 1). Según este resultado, las lesiones con esta puntuación, a diferencia de las puntuaciones polares de 0 y 3 no son específicas de algún comportamiento biológico, lo cual coincide con lo recogido en la literatura revisada⁴, por lo tanto se recomienda ante la duda realizar estudio histológico (con exéresis completa de la lesión o no, en dependencia de cada caso) ante la presencia de una puntuación diferente de 0 en una lesión pigmentada, previa correlación con la clínica, pues estos grupos, considerados «zonas grises» del método pueden incluir lesiones benignas modificadas, traumatizadas, pero también melanomas finos y otras lesiones malignas insipientes.⁽⁷⁾

En conclusión, la LRTPS demuestra ser una herramienta útil y sencilla para determinar el comportamiento biológico de las lesiones cutáneas pigmentadas. La sensibilidad para el diagnóstico de malignidad de lesiones pigmentadas con puntuación de tres según este método fue baja, básicamente determinado este hecho por el elevado número de Carcinomas Basales que formaron parte de la muestra, mientras que la especificidad fue alta. Existieron lesiones benignas y malignas con puntuación de 1 y 2, siendo mayor la proporción de lesiones benignas en el primer grupo y de lesiones malignas en el segundo grupo.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zaballos P, Carreras C, Puig S, Malvey J. Criterios dermatoscópicos para el diagnóstico del melanoma. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2004; 32(1): 3-17
2. Malvey J, Puig S. Principios de Dermatoscopia. Ed. CEGE. Barcelona 2002.
3. Zalaudek I, Argenziano G, Di Stefani A, Ferrara G, Marghoob AA, Hofmann-Wellenhof R, et al. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatology* 2006; 212(1):7-18.
4. Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, Sera F, Corona R, Alsina M, et al. Dermoscopy improves accuracy of primary care physicians to triage lesions suggestive of skin cancer. *J Clin Oncol* 2006 (Apr 20); 24(12):1877-82.
5. Rezza GG, Scramim AP, Neves RI, Landman G. Structural correlations between dermoscopic features of cutaneous melanoma and histopathology using transverse sections. *Am J Dermatopathol.* 2006;28:13-20.
6. Zalaudek I, Argenziano G, Soyer HP, Corona R, Sera F, Blum A, et al as member of the Dermoscopy Working Group. Three-point checklist of dermoscopy: an open internet study. *Brit J Dermatol.* 2006; 154(3) 431-7
7. Johr R, Soyer HP, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R. La liste récapitulative en trois points. En *La Dermoscopie*, Oxford. MED´COM, 2006; 1-32.
8. Perusquía AM, Metze D, Blum A. Diagnostic algorithms in dermoscopy, *DCMQ* 2005; 3 (51):157-67.

9. Gargantini Rezza G, Costa Soares de Sá B, Izar Neves R. Dermatoscopia: o método de análise de padrões. *An Bras Dermatol*. 2006;(3):261-8.
10. Weinstock, MA. Cutaneous melanoma: public health approach to early detection. *Dermatol Ther* 2006;19:26-31.
11. Leitner RMC. Epidemiología del melanoma cutáneo. *Rev Argent Dermatol* 2006; 87:86-97.
12. Manzur Katrib J. Nevos Melanocíticos y Melanoma Maligno. En: Manzur Katrib, Díaz Almeida J, Cortés M. *Dermatología*. Cap. 17 1ª ed. Ed. Ciencias Médicas. La Habana; 2002:262-71.
13. Langley RGB, Barnhill, RL, Mihm MC, Fitzpatrick TB. Neoplasias: Melanoma Cutáneo. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Fitzpatrick TB. *Dermatología en medicina general*. Tomo II. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005: 1029-65.
14. Schiffner R, Wilde O, Schiffner-Rohe J, Stolz W. Difference between real and perceived power of dermoscopic methods for detection of malignant melanoma. *Eur J Dermatol* 2003;13(3):288-93.
15. Weismann K, Osterlind AL, Thomsen HK. Dermatoscopy. An investigative method for the diagnosis of pigmented skin tumors, *Ugeskr Laeger*. 1995;157(2):147-52.
16. Perusquía AM, Ferrer-Bernat J, Metze D, Blum A. Correlación dermatoscópico-histopatológica de las lesiones pigmentadas melanocíticas y no melanocíticas de piel. *DCMQ* 2005;3(4):331-43.
17. Zalaudek I, Argenziano G, Soyer HP, Saurat JH, Braun RP. Dermoscopy of Subcorneal Hematoma. *Dermatol Surg* 2004;30:1229-32.
18. Schiffner R, Perusquía AM, Stolz W. One-year follow-up of a Lentigo Maligna: First dermoscopic signs of growth. *Br J Dermatol* 2004; 151: 1087-9.
19. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F. Dermoscopy of pigmented skin lesion: Results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:679-93.
20. Dolianitis C, Kelly J, Wolfe R, Simpson P. Comparative performance of 4 dermoscopic algorithms by nonexperts for the diagnosis of melanocytic lesions. *Arch Dermatol* 2005 (Aug); 141(8):1008-14.
21. Ascierto PA, Palmieri G, Botti G, Satriano RA, Stanganelli I, Bono R, et al. Early diagnosis of malignant melanoma: proposal of a working formulation for the management of cutaneous pigmented lesions from the Melanoma Cooperative Group. *Int J Oncol* 2003; 22(6):1209-15.

Correspondencia para el autor:

Dr. Rigoberto García Gómez
La Habana, Cuba.
E-mail: rigoberto.garcia@infomed.sld.cu