

INTRODUCCIÓ A LA DERMATOSCÒPIA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

5 novembre: **Mireia Serrano** (MFic), **David García** (MFic)

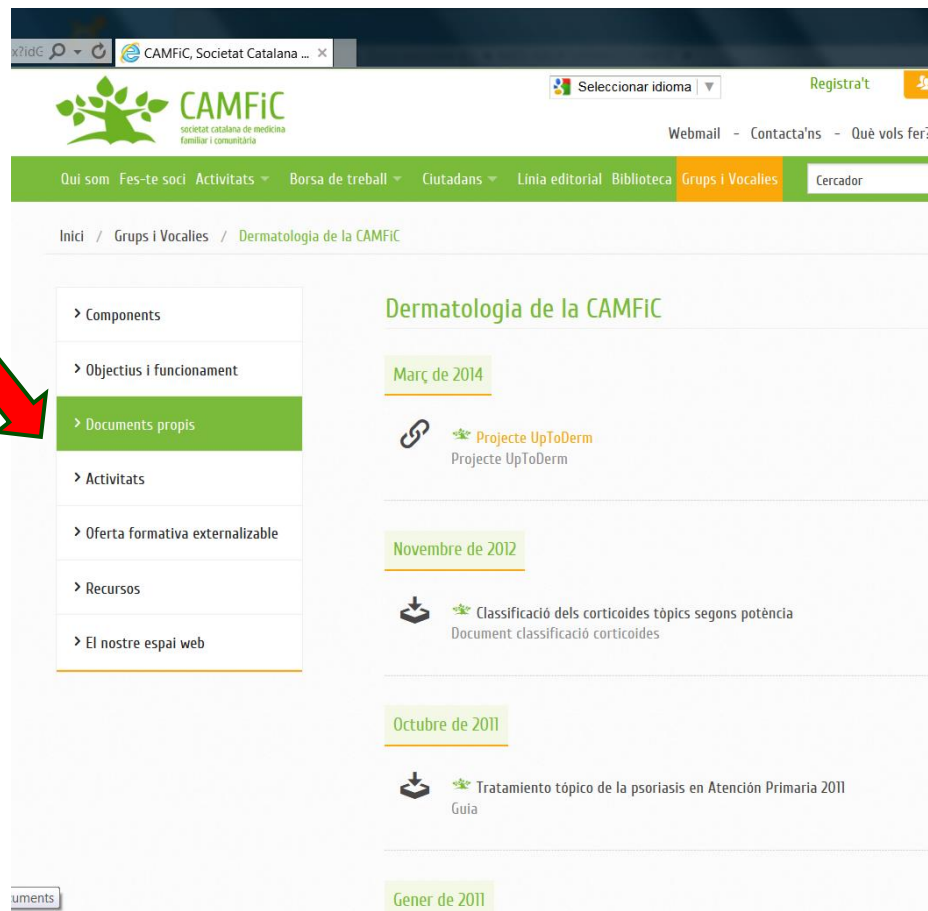
6 novembre: **Montse Andreu** (MFic), **Rosa Senán** (MFic)

Mar Ballester (MFic), **Teresa Mateu** (MFic), **Miquel Perona** (MFic), **Sandra Pons** (MFic), **Clara Vilavella** (MFic)



Grup de Dermatologia de la CAMFiC
dermato@camfic.org





Grup de Dermatologia de la CAMFiC
dermato@camfic.org

PROGRAMA DEL CURS

- 0. Introducció.
- 1. Què podem fer? Prevenció Primària.
- 2. Què podem fer? Prevenció Secundària. Pre-test.
- 3. Què és la dermatoscòpia i per a què serveix?
- 4. Diagnòstic diferencial de lesions pigmentades (2 etapes).
- 5. Cribratge amb el mètode de 3 punts de Soyer.
- 6. Casos clínics.
- 7. Post-test.
- 8. Taller de pràctica amb els dermatoscopis.

Els autors declaren no tenir conflictes d'interessos



OBJECTIUS DEL CURS

- Objectiu 1: Conèixer què és la dermatoscòpia.
- Objectiu 2: Conèixer la utilitat de la dermatoscòpia en Atenció Primària com a eina de cribratge.
- Objectiu 3: Conèixer i saber diferenciar els diversos patrons dermatoscòpics.
- Objectiu 4: Conèixer el mètode de diagnòstic dermatoscòpic en 2 etapes.
- Objectiu 5: Conèixer el mètode de cribratge de 3 punts de Soyer.
- Objectiu 6: Adquirir els coneixements amb casos pràctics.

0. INTRODUCCIÓ

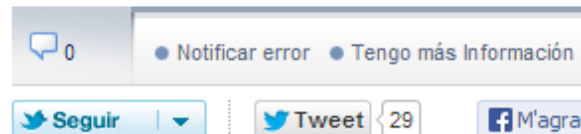
Grup de Dermatologia de la CAMFiC
dermato@camfic.org



Problemàtica del càncer cutani

El càncer de piel aumenta un 50% en la última década en Catalunya

Barcelona | 12/11/2012 - 15:00h



BARCELONA, 12 (EUROPA PRESS)

Los casos de cáncer de piel han aumentado un 50% en la última década, "alarmante", como la ha calificado el jefe de la Unidad de Dermatología de la Universidad de Barcelona, Josep Malvehy, a la luz de un estudio realizado en colaboración de 23 hospitales catalanes, que tratan al 80% de los casos de este tipo de tumores en el territorio.

En declaraciones a Europa Press, Malvehy ha señalado que el cáncer de piel se ha convertido en el tumor más frecuente, pese a que los registros no contabilizan la totalidad de los casos porque en algunos casos se quedan en la atención primaria, y ha advertido de que "el 30% de los españoles desarrollarán esta enfermedad".

Dentro de los tres grandes grupos de cáncer cutáneo, el carcinoma de piel es el más frecuente y en el caso de los mayores de 60 años afectará a la mitad de la población, según el oncólogo, que ha advertido del impacto del melanoma en la población más joven.

El melanoma, el tumor de piel más agresivo y con mayor aumento de incidencia, "es el cáncer más frecuente en mujeres de entre 30 y 34 años", aunque la edad media del paciente se sitúa en los 50 años, y se revela como incurable en los casos de diagnóstico tardío.

S'observa:

- Augment de càncers cutanis no melanoma (sobretot CEC) en >65 anys i en les ♀
- 30% d'espanyols tindran càncer de pell
- Melanoma càncer més freqüent en ♀ de 30-34 anys

EL CÀNCER CUTANI ÉS EL MÉS FREQUENT DE TOTS ELS CÀNCERS

Evolución de la incidencia del cáncer de piel en el período 1978–2002

Actas Dermosifiliogr.2010;101:39-46 - Vol. 101 Núm.1 DOI: 10.1016/j.ad.2009.05.001

P. Aceituno-Madera , A. A. Buendía-Eisman, S. Arias-Santiago, S. Serrano-Ortega

Área de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

Recibido 02 febrero 2009, Aceptado 25 mayo 2009

Problemàtica del càncer cutani

- Càncer de pell → Un greu problema de salut:



Carcinoma Basocel·lular (CBC):

- 80% de tots
- Produeix destrucció local
- Creixement lent i progressiu
- Metàstasi → 0-1%



Carcinoma Espinocel·lular (CEC):

- Creixement normalment lent i progressiu
- Metàstasi → 3-5%



Melanoma Maligne (MM):

- El + agressiu. **80% de la mortalitat per càncer cutani... I gent jove**
- Metàstasi → Supervivència <1 any
- ↑↑ Incidència en els últims anys
- A Catalunya → Incidència s'ha multiplicat per 3,3 en ♂ i per 2,5 en ♀, en els últims 20 anys

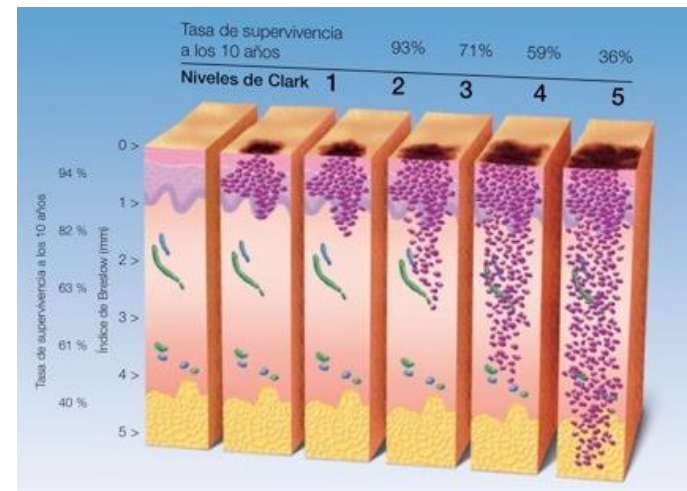
Elevadíssima incidència

Incidència en augment, alta mortalitat

Problemàtica del càncer cutani

■ Tipus de càncer cutani:

- **Melanoma Maligne (MM).** Supervivència als 5 anys → **Índex de Breslow** en moment diagnòstic:
 - $< 0,8\text{mm}$ → 99%
 - 1 a 2mm → 80-96%
 - 2,1 a 4mm → 60-75%
 - $> 4\text{mm}$ → 37-50%
 - Si metàstasi a distància → 0%.



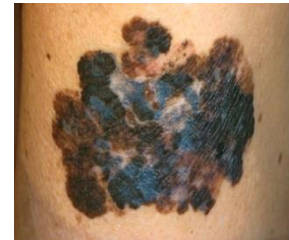
Incidència ajustada a Espanya: $5,2/10^6$

Font: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/melanoma?start=1bbb>

Problemàtica del càncer cutani

■ Tipus de càncer cutani:

- **CBC i CEC** → sovint per fotoexposició crònica i mantinguda.
- **MM** → sovint per fotoexposició intermitent i intensa.



**L'ÚNICA MESURA QUE
GARANTITZA LA SUPERVIVÈNCIA ÉS
EL TRACTAMENT PRECOÇ**

Què podem fer? La pilota és al nostre terrat!



- **Prevenió primària** → Educar en la FOTOPROTECCIÓ
- **Prevenió secundària** → Cribratge

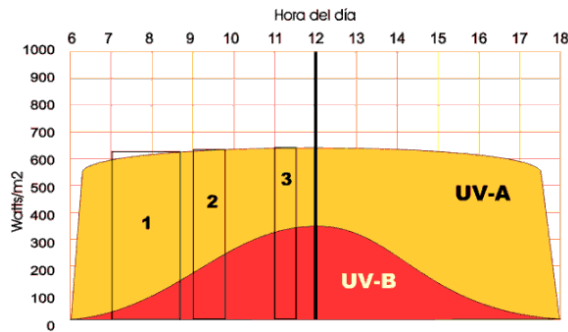
1. QUÈ PODEM FER?

PREVENCIÓ PRIMÀRIA

**HEM D'EDUCAR EN LA
FOTOPROTECCIÓ**

Radiació ultraviolada (RUV):

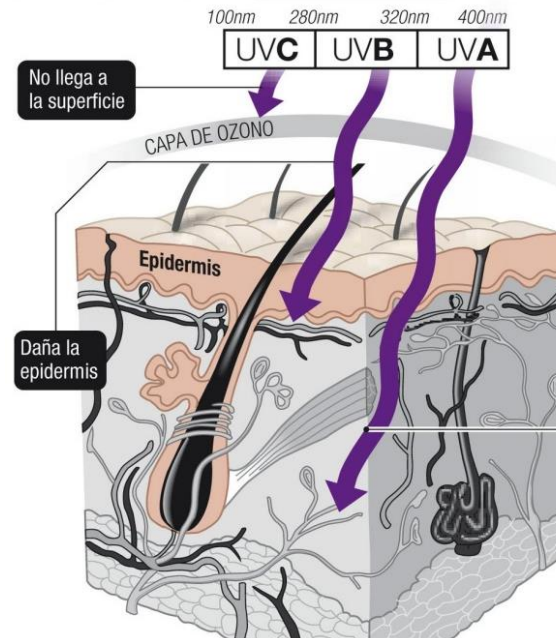
- Radiació electromagnètica procedent del sol, compresa entre les longituds d'ona 400-150nm; responsables del fotoenvelliment i del càncer de pell.
- Recordeu que els nivells de RUV depenen de:
 - L'ozó atmosfèric.
 - L'època de l'any.
 - L'hora del dia (UVA 90%)
 - L'altitud.
 - La latitud.



Riesgos de los rayos ultravioleta

Los daños que causa el exceso de exposición al sol se pueden mitigar con el uso de bloqueadores. Cada año aumenta la intensidad de las radiaciones y el riesgo de enfermedades a la piel.

Rayos cósmicos	Rayos gamma	Rayos X	ULTRAVIOLETA	Luz visible	Infrarrojos	Radioondas
----------------	-------------	---------	---------------------	-------------	-------------	------------



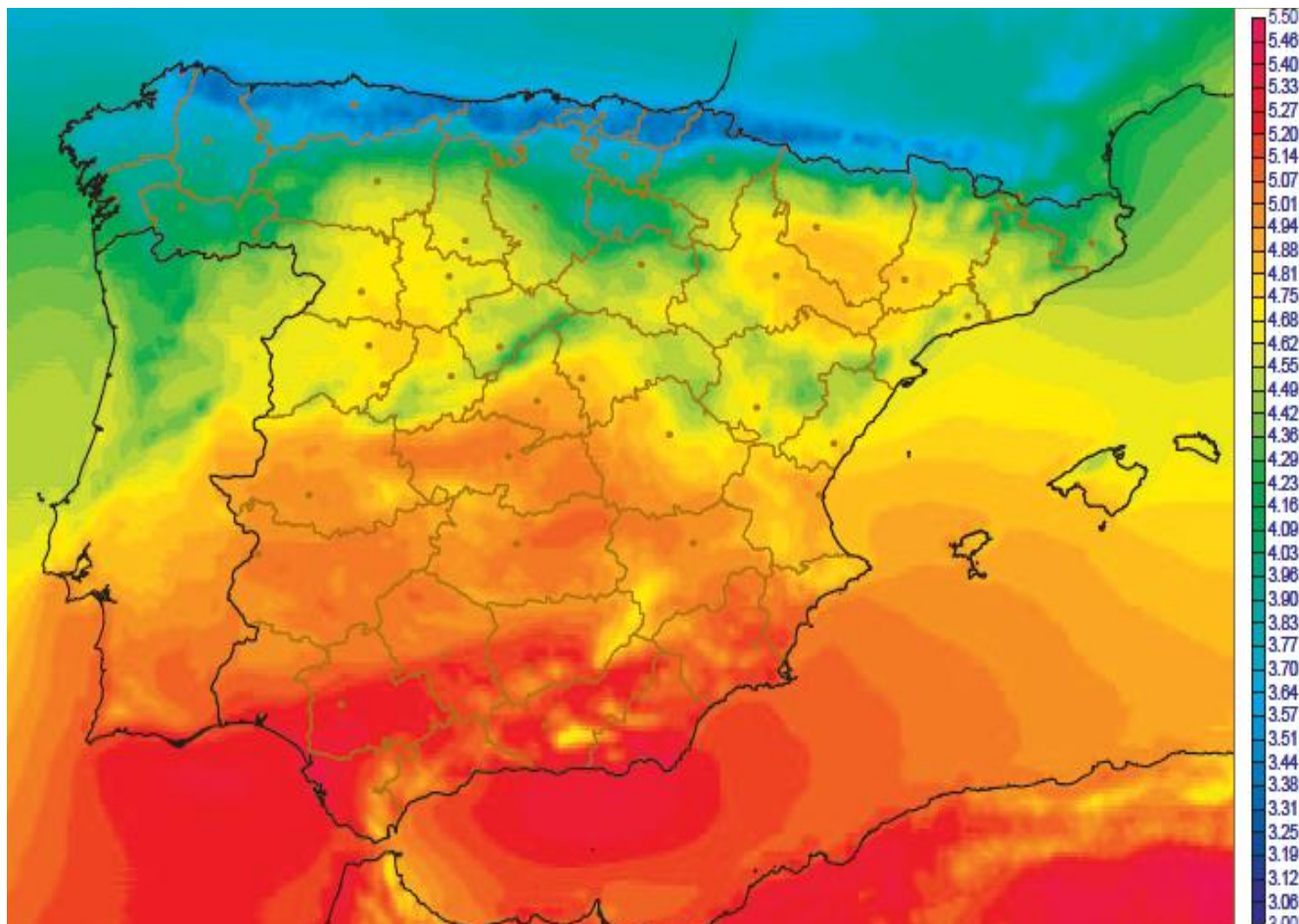
ESCALA DEL ÍNDICE IUV

Valor del índice	Nivel de riesgo
1-2	► Mínimo
3-4-5	► Bajo
6-7-8	► Moderado
9-10-11	► Alto
12-13-14	► Muy alto
14 +	► Extremo

La intensidad de la radiación UVB (onda media) varía con la hora. La UVA (onda larga) permanece constante

Produce envejecimiento precoz, arrugas, queratosis y carcinoma

Índex de radiació ultraviolada:



Font: cienciaescolar.wordpress.com

Font: AEMET.es

Radiació ultraviolada (UV):

- Beneficis sobre malalties cutànies:



Fotoenvelliment:



<http://www.nejm.org/>

El càncer de pell està de moda?



http://nopuedevolverapasar.blogspot.com.es/2011_02_01_archive.html



<http://www.thejavajive.com/blog/>

Prevenció primària

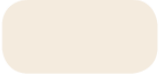
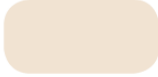
- Un de cada 5 espanyols tindrà càncer de pell al llarg de la seva vida.



font: playamio.blogspot.com

Prevenció primària

- No tothom té el mateix risc. Tenir en compte els Fototipus:

					
Fototipo I	Fototipo II	Fototipo III	Fototipo IV	Fototipo V	Fototipo VI
Siempre se quema y nunca se broncea.	Casi siempre se quema y a veces se broncea.	A veces se quema y generalmente se broncea.	Raro que se queme y siempre se broncea.	Se quema raramente. Bronceado muy intenso.	Casi nunca se quema.
Ojos y pelo claros. Piel muy blanca.	Ojos azules o pardos. Pelo rubio o pelirrojo. Piel blanca.	Tipo nórdico alpino.	Ojos y pelo oscuros. Piel blanca o un poco tostada.	Piel con un tono marrón.	Razas negras.
 50 Protección ultra.	 50 Protección ultra.	 30 Protección máxima.	 20 Protección moderada.	 20 Protección moderada.	 20 Ninguna.
					
I	II	III	IV	V	VI

Prevenció primària

- A nosaltres, doncs, ens toca EDUCAR per prevenir.



La pantalla total no existeix!!

Prevenció primària. Evitar les RUV

- L'exposició solar és el factor de risc més important per al càncer de pell.



Hem d'insistir en:

- Edat infantil (el 80% de l'exposició solar és a la infantesa i joventut).
- Fototipus clars (clara relació amb l'aparició de càncer cutani).



<http://www.yalosabes.com/images//sombra-playa.jpg>

Prevenció primària

- Consells:



+ Este verano en tu farmacia
NO OLVIDES DAR
ESTOS 10 CONSEJOS
A TUS PACIENTES

1

No tomes el sol entre las 11h i las 15h horas



2

Utiliza gafas de sol homologadas



3

Aplicáte el fotoprotector en casa 30 minutos antes



4

No estés tumbado al sol durante horas



5

Recuerda que algunos medicamentos reaccionan a la exposición solar



6

Ponte un sombrero y ropa holgada

7

Elige el fotoprotector según tu fototipo



8

Utiliza fotoprotector aunque esté nublado



9

Bebe mucha agua para no deshidratarte



10

Extrema la precaución con los niños



Fuentes:



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS

COLLEGI
OFICIAL DE METGES
DE BARCELONA

TEVA

Prevenció primària



- **Fotoprotectors (FPS) SÍ, però:**
 - No passar el temps d'exposició a la RUV.
 - El valor numèric de FPS depèn de diverses variables. Permet comparar diferents productes d'un fabricant.
 - La paraula "Pantalla Total" pot donar un missatge erroni.
 - Actualment cap FPS evita el 100% de les RUV.
- **Els FPS han d'anar acompanyats de mesures bàsiques de protecció solar:**
 - No augmentar el temps d'exposició a la RUV.
 - Romandre a l'ombra sempre que es pugui.
 - Exposar-se al sol en horaris de RUV mínima.
 - Dur roba apropiada (hi ha roba especial per protegir de les RUV).

LINK RECOMANAT: <http://www.dermapixel.com/2015/06/fotoproteccion-en-la-infancia-que-hay.html>

PER TANT...A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA HEM D'ACTUAR!



2. QUÈ PODEM FER?

PREVENCIÓ SECUNDÀRIA

HEM DE FER CRIBRATGE!

Diagnòstic precoç

■ Però... Com ho estem fent?

Actas Dermosifiliogr. 2008;99:207-12

ORIGINALES

Estudio de concordancia diagnóstica en Dermatología entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia

N. Porta^a, J. San Juan^b, M.P. Grasa^c, E. Simal^a, M. Ara e I. Querol^a

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España. ^bAsesor de Informática. Centro de Profesores y Recursos nº 1. Zaragoza. España. ^cServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. España.

RESULTATS: es registra per part del metge d'Atenció Primària un sobrediagnòstic de les malalties per papil·lomavirus (Berrugues) i una sensibilitat diagnòstica molt baixa en el carcinoma basocel·lular i les queratosis seborreiques.

Diagnòstic precoç

- Però... Com ho estem fent?

...I quina és la sensibilitat del MF en la OD de carcinoma o en les lesions tumorals pigmentades ??



ACTAS Dermo-Sifiliogràficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada

E. Castillo-Arenas^{a,*}, V. Garrido^b y S. Serrano-Ortega^c



S = 22,4%; E = 94,7%; VVP = 40,7%
Necessitat de formació als MF

Diagnòstic precoç

■ Però... Com ho estem fent? Principals barreres:

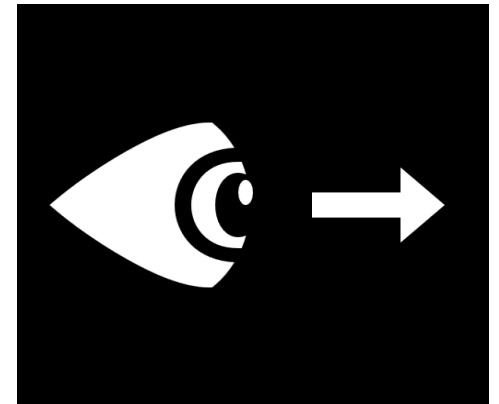
- **Lesions asimptomàtiques:**
 - En molts casos, el pacient no acudeix per consultar-la.
 - El MF no està conscienciat per examinar lesions cutànies tumorals si el pacient no consulta per elles.
- **Baixa habilitat** del reconeixement clínic.
- **Poques eines** que ajudin a augmentar la sensibilitat en cribratge.
- Gran **variabilitat clínica** → Diagnòstics incorrectes.

Necessitat d'**augmentar l'alerta i el coneixement** sobre els tumors de la pell, incloent símptomes i prevenció i **eines de diagnòstic** per la imatge.

Diagnòstic precoç

■ Però... Com ho estem fent?

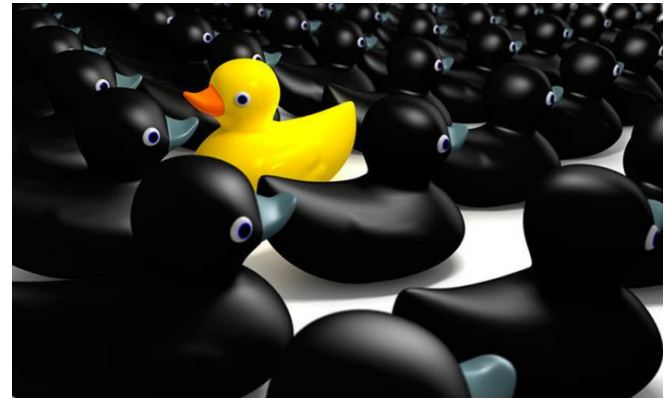
- Només explorem alguns de tots els casos de pacients amb lesions sospitoses
- I quan ho fem, utilitzem a **ull nu**:
 - Procés comparatiu (Signe de “l’aneguet lleig”)
 - Procés cognitiu (Reconeixement de patrons a ull nu)
 - Procés analític (Mètode ABCDE)



<http://game-icons.net/delapouite/originals/look-at.html>

Diagnòstic precoç

- Procés comparatiu (Signe de “l’aneguet lleig”):



“...nevi in a given individual usually resemble each other, like brothers. The ugly duckling nevus is the nevus that does not resemble its “brother nevi.”

Grob JJ, Bonerandi JJ. The “ugly duckling” sign. *Arch Dermatol.* 1998

Font: Dermatoweb

Diagnòstic precoç

▪ Procés cognitiu (Reconeixement de patrons):



- Entrenament amb fotografies
- Aprenentatge directe amb pacients

Superiority of a cognitive education with photographs over ABCD criteria in the education of the general population to the early detection of melanoma: a randomized study. Girardi S, Gaudy C, Gouvernet J, Teston J, Richard MA, Grob JJ. Int J Cancer. 2006 May 1;118(9):2276-80.



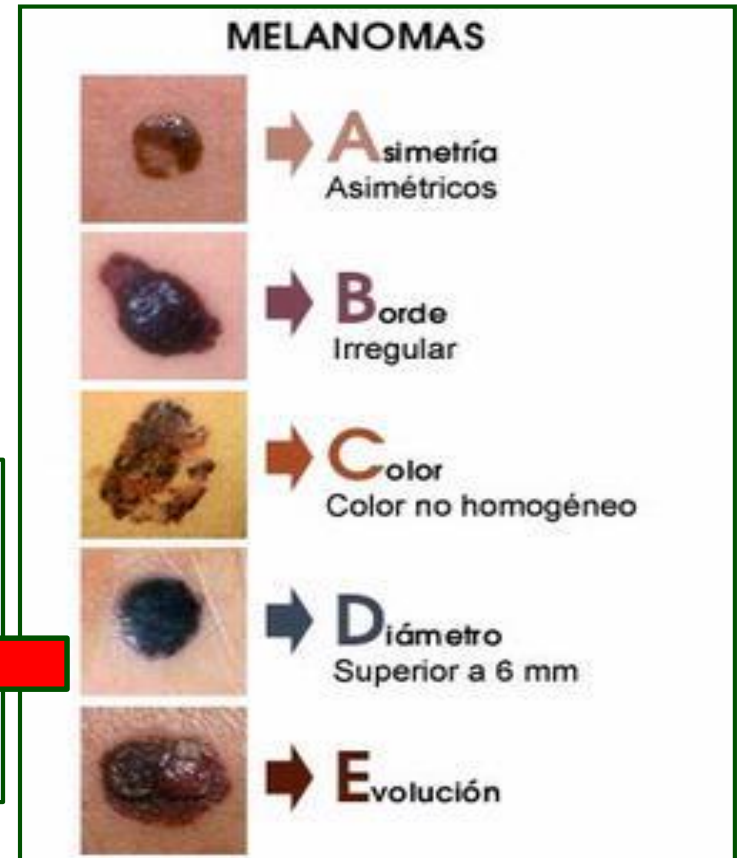
Font: Dermatoweb

Diagnòstic precoç

■ Procés analític (ABCDE):

E i S < 50% pels MF.
És freqüent ABCD surti negatiu en:
MM Acral
M Nodular
M No pigmentat

Estudio comparativo de la habilidad en el diagnóstico clínico del cáncer cutáneo. R.M. Ojeda, J. Graells. Actas Dermosifiliogr.2011;102(1):48—52



Diagnòstic precoç

Procés comparatiu (signe de “l’aneguet lleig”)



Reconeixement patrons (entrenament amb fotografies)



Metode clàssic (Algoritme ABCDE) (des de 1940). Amb això:

- E i S → 50% (en MF) i 65% (en Dermatòlegs)
- ABCDE pot ser negatiu → MM acral, MM nodular, MM no pigmentat



Examen dermatoscòpic

La dermatoscòpia hauria de ser-hi sempre. Ens complementa el que hauria de ser un acurat judici clínic



Diagnòstic precoç

- I... Com podem fer un millor cribratge del càncer de pell a l'Atenció Primària?

1r. IDENTIFICACIÓ DE GRUPS DE RISC

2n. EXAMEN SISTEMÀTIC DE LESIONS pel cribratge de càncer (aplicant diferents mètodes)

No està ben establerta la utilitat de mesures de cribratge poblacional, però sí es recomana un **seguiment periòdic amb l'ajuda de la dermatoscòpia en aquelles persones amb un major risc** de desenvolupar melanoma maligne.

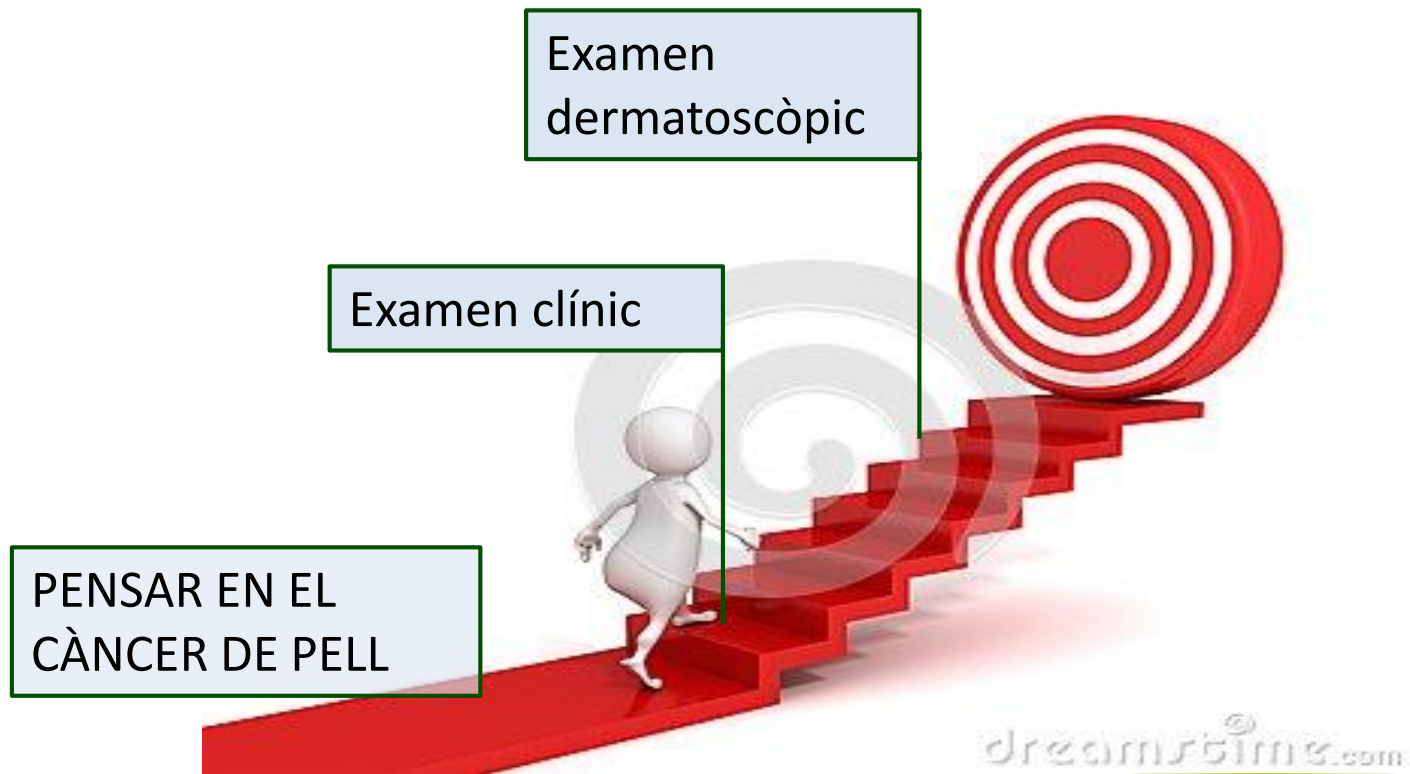
Diagnòstic precoç

1r. IDENTIFICACIÓ DE GRUPS DE RISC

Fenotip	Antecedents Familiars	Antecedents Personals
• Ulls clars • Fototipus I i II • Cabell ros o pèl-roig • Múltiples efèlides • >50 nevus típics • Molts nevus atípics • SND = >100 nevus amb ≥ 1 nevus >6mm i ≥ 1 nevus amb histologia de nevus displàsic	• De primer grau de melanoma i/o de múltiples neoplàsies	• De cremades solars en la infància • De melanoma (RR10 de patir un 2n tumor, sobretot en els 2 següents anys al diagnòstic)

Diagnòstic precoç

2n. EXAMEN SISTEMÀTIC DE LESIONS pel cribratge de càncer (aplicant diferents mètodes)



Diagnòstic precoç. Actuació de cribratge

- Ens consulten o observem en un pacient:



1. Examen clínic de la lesió a ull nu, amb criteri:

1. “Aneguet lleig” +
2. Reconeixement patrons a ull nu +
3. ABCDE

Entrenar-se:

→ Detectem lesions sospitoses

2. Examen dermatoscopi, amb criteri:

→ Aclarim si té sospita elevada (derivació)

3. QUÈ ÉS LA DERMATOSCÒPIA I PER A QUÈ SERVEIX?

Grup de Dermatologia de la CAMFiC
dermato@camfic.org

Dermatoscòpia

■ Definició:

- Tècnica no invasiva, senzilla, ràpida i econòmica que permet visualitzar en profunditat lesions cutànies a través del dermatoscopi.
- Amplifica la imatge (i utilitza un sistema que elimina la reflexió de la llum).
- Permet visualitzar *in vivo* estructures i colors de l'epidermis, unió dermoepidèrmica i dermis superficial.
- Cada estructura es pot correlacionar amb un significat histològic.

LINK RECOMANAT:

<http://www.dermatologia.cat/es/tecndermatoscopia.html>

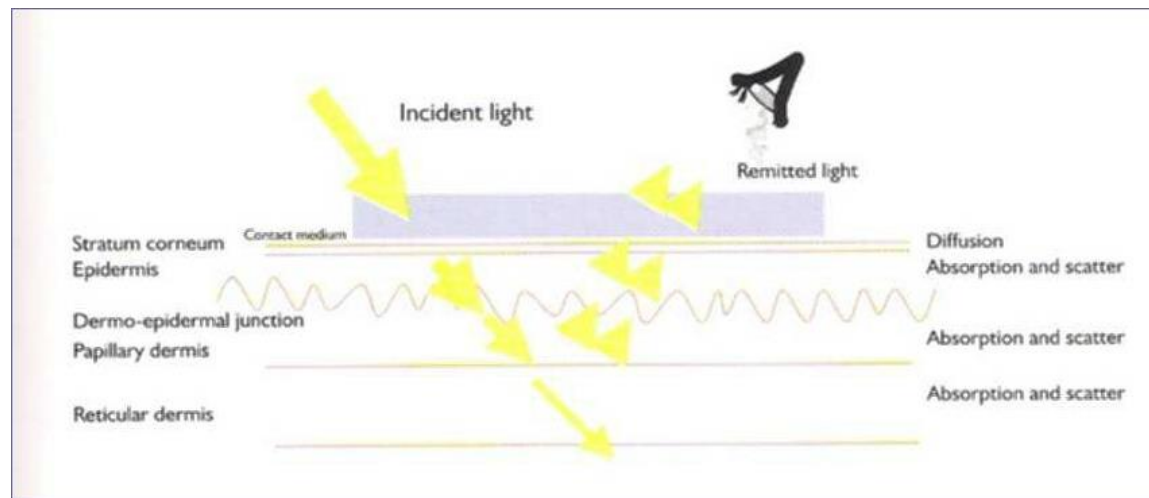


Font: Dra. Rosa Senán Sanz

Dermatoscòpia

■ Definició:

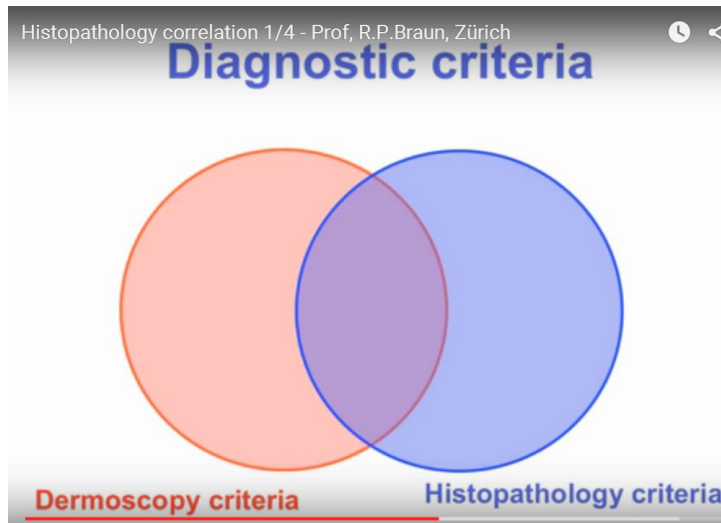
- També s'anomena microscopi d'epiluminiscència, microscopi de llum incident o microscopi de la superfície cutània. (dermoscopy.org)
- Utilitza com a interfase un fluid de contacte o bé una llum polaritzada per tal de reduir la interferència de la superfície cutània per la dispersió de la llum.



Dermatoscòpia. Correlació histològica (1):

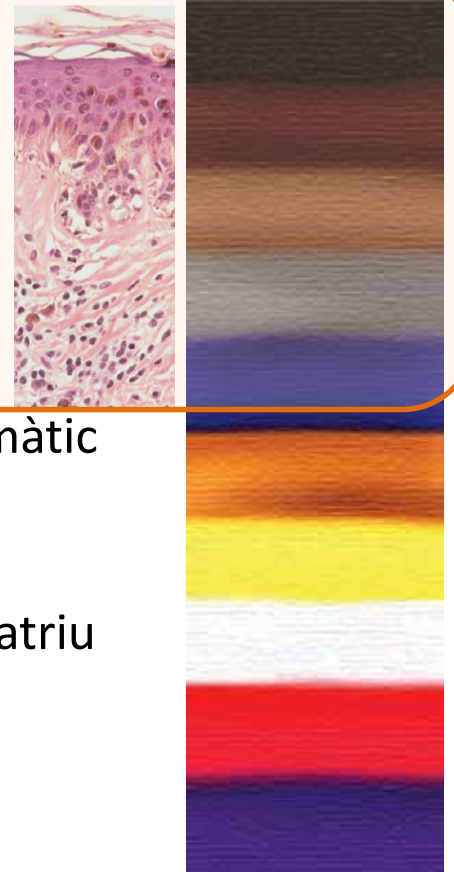
- “L’atípia clínica no es correlaciona amb l’atípia histològica”, però la correlació entre el diagnòstic dermatoscòpic i l’histològic SÍ s’ha demostrat de forma estadísticament significativa.

A.M. Morales-Callaghana, et. al. Estudio de correlación clínica, dermatoscópica e histopatológica de nevus melanocíticos atípicos. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:380-9



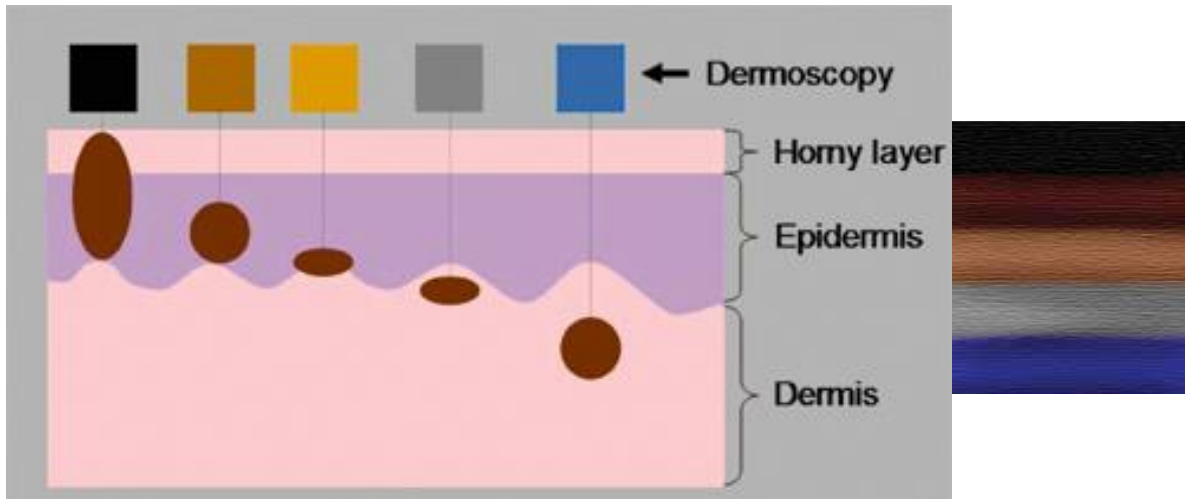
Dermatoscòpia. Correlació histològica (2):

- Negre → Melanina en l'estrat corni
- Marró → Melanina a la unió dermoepidèrmica
- Gris → Melanina a la dermis papil·lar
- Blau → Melanina a la dermis reticular
- Taronja → Queratina i melanina, material serohemàtic
- Groc → Queratina
- Blanc → Col·lagen, queratina sota estrat corni, cicatriu
- Vermell → Sang oxigenada (hemoglobina)
- Violeta → Sang no oxigenada



Dermatoscòpia. Correlació histològica (2):

- Negre → Melanina en l'estrat corni
- Marró → Melanina a la unió dermoepidèrmica
- Gris → Melanina a la dermis papil·lar
- Blau → Melanina a la dermis reticular



<http://medcomhk.com/hkdvb/details.asp?id=620&show=1234>

Dermatoscòpia

■ Utilitat (1):

- L'ús de la dermatoscòpia per part del MF en el cribratge de melanoma és més sensible que la simple inspecció (grau de recomanació A), sempre que el professional tingui un entrenament adequat.

Redueix l'àrea
d'incertesa
entre benigne i
maligne

The randomized study

VOLUME 24 · NUMBER 12 · APRIL 20 2006

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY ORIGINAL REPORT

Dermoscopy Improves Accuracy of Primary Care Physicians to Triage Lesions Suggestive of Skin Cancer

Giuseppe Argenziano, Susana Puig, Iris Zalaudek, Francesco Sera, Rosamaria Corona, Mercè Alsina, Filomena Barbato, Cristina Carrera, Gerardo Ferrara, Antonio Guilabert, Daniela Massi, Juan A. Moreno-Romero, Carlos Muñoz-Santos, Gianluca Petrillo, Sonia Segura, H. Peter Soyer, Renato Zanchini, and Josep Malvehy

PCPs using dermoscopy had 25% better triage of skin lesions suggestive of skin cancer compared with naked-eye examination alone (P.002)

Font: Giuseppe Argenziano, MD et al.

Dermatoscòpia

■ Utilitat (2):

- És una tècnica **fiable** i relativament **fàcil** d'aplicar després d'un curt període d'aprenentatge i entrenament.
- Els dermatoscopis manuals permeten obtenir imatges dermatoscòpiques en Atenció Primària.
- **Redueix l'àrea d'incertesa entre la benignitat i la malignitat.**
- Representa un pas entremig entre la imatge clínica macroscòpica i la histològica microscòpica.

Dermatoscòpia

■ Utilitat (3):

- Estudi de les lesions pigmentades de la pell:
 - Objectiu fonamental en At 1ª → Mètode de **Cribratge**
- Valoració de les lesions tumorals no melanocítiques:
 - Queratosi seboreica.
 - Carcinoma Basocel·lular.
 - Carcinoma Espinocel·lular, etc.
- Malalties inflamatòries i infeccioses:
 - Psoriasi
 - Tínyes.
 - Mol·lusc contagiós, etc.
- Alteracions del pèl i ungles.



Dermatoscòpia

- Tipus de dermatoscòpis:



Dermatoscòpia

- Tipus de dermatoscòpis i adaptadors:

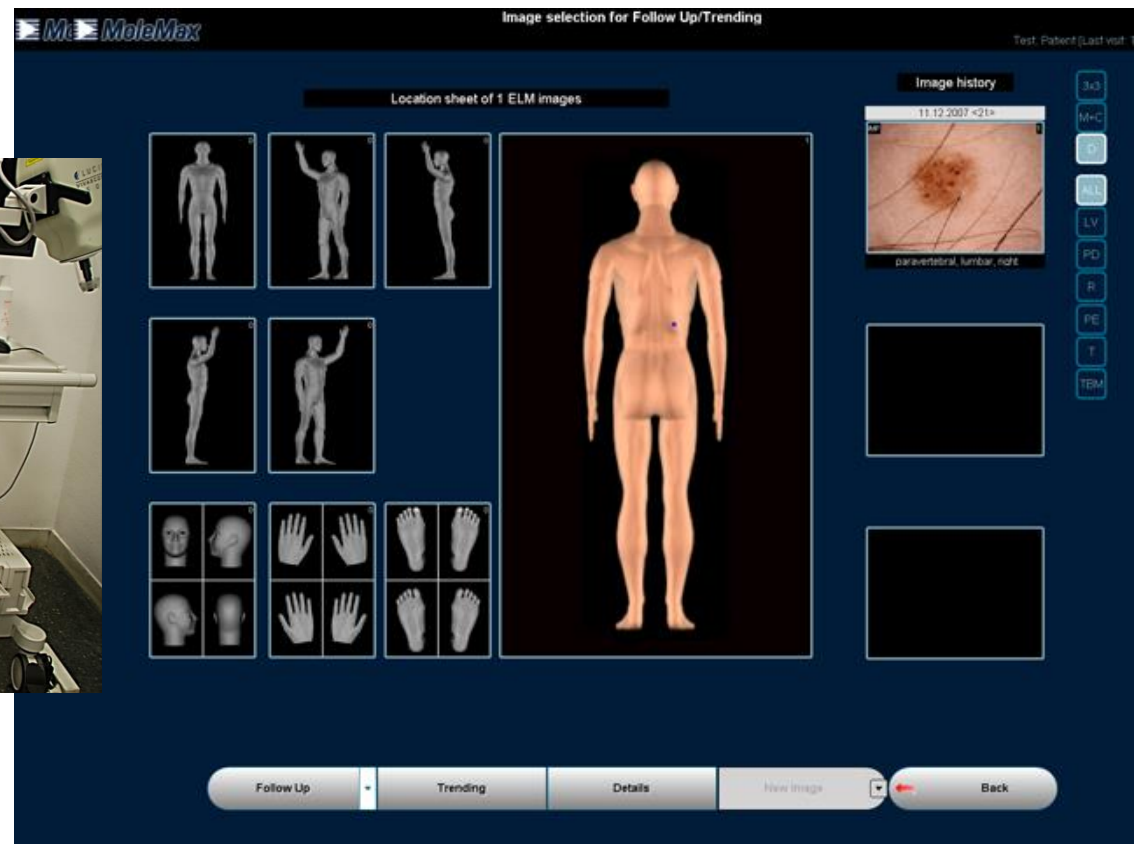


Dermatoscòpia

- Sistema de dermatoscòpia digital:



Font: Dra. Rosa Senán

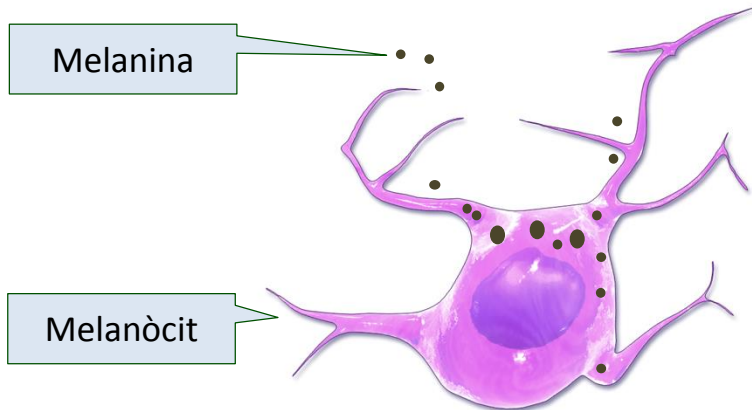
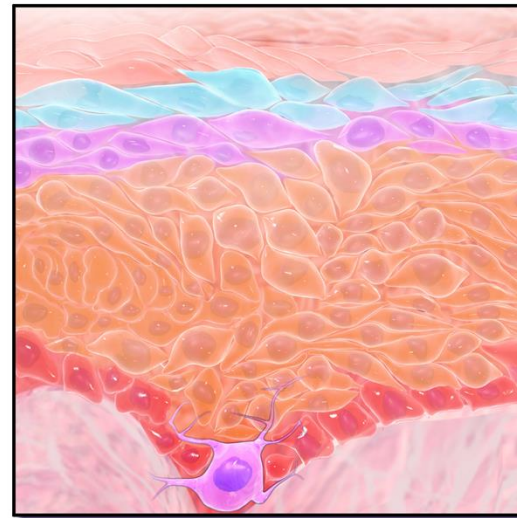
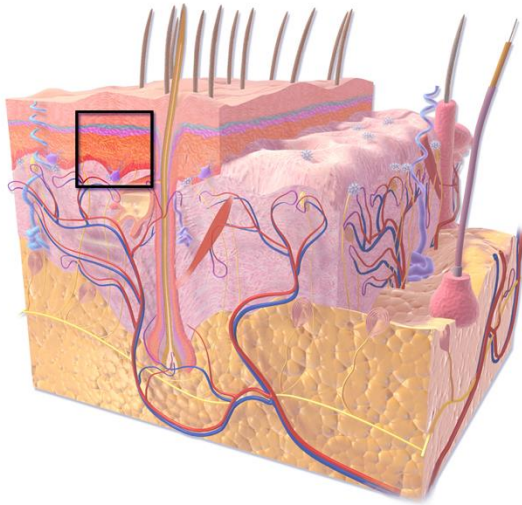


www.dermamedicalsystems.com

4. DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DE LESIONS PIGMENTADES

Grup de Dermatologia de la CAMFiC
dermato@camfic.org

Els Melanòcits:



Font: wikicommons

S'ha de diferenciar:

Lesions No Pigmentades



Queratosi actínica
Malaltia de Bowen
Carcinoma espinocel·lular
Queratoacantoma

NO augment de melanina

Lesions Pigmentades

No Melanocítiques



Queratosi seborreica
Carcinoma basocel·lular
Dermatofibroma
Lesions vasculars

Augment de melanina

Melanocítiques



Nevus congènits
Nevus adquirits
Nevus atípics
Melanomes

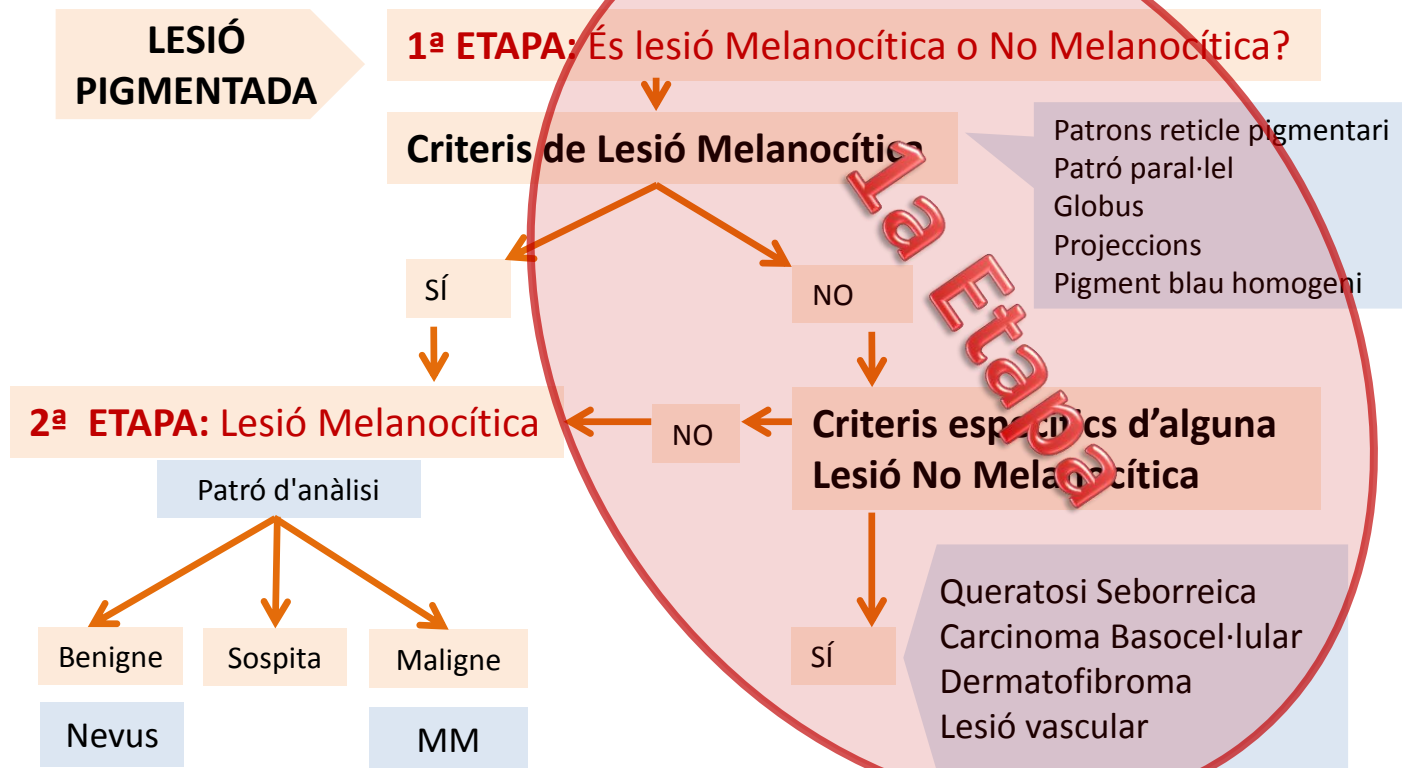
Augment de melanina +
Proliferació de melanòcits

Altres dermatosis

Psoriasi, Lliquen pla, alopecía areata, escabiosi, mol·lusc contagiós...

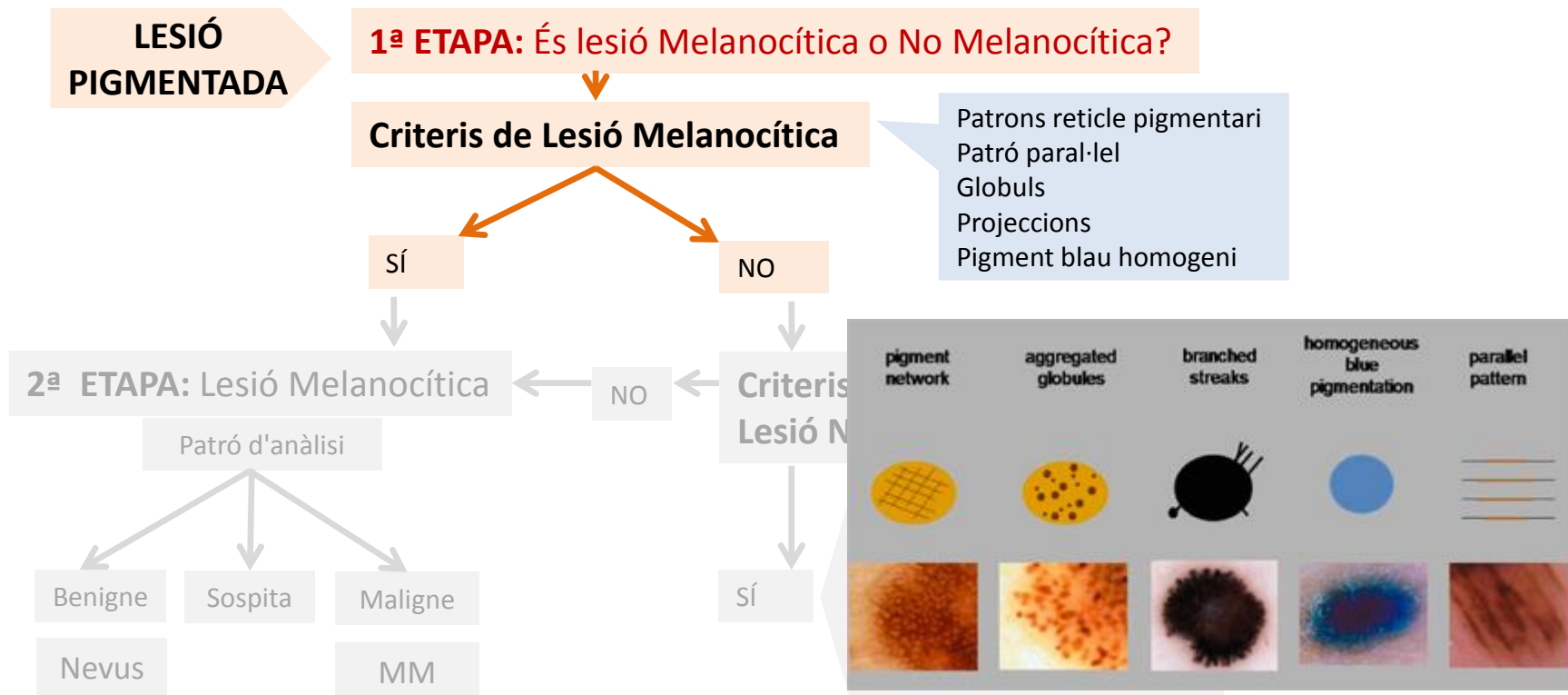
Lesions pigmentades:

- Per explorar-les es pot utilitzar el diagnòstic en 2 ETAPES:



1a. Etapa:

■ Lesió pigmentada Melanocítica o No Melanocítica:



Dermatoscopia en Atención Primaria AMF 2013

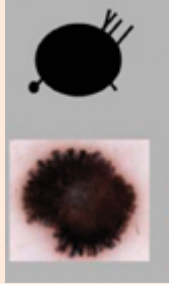


1a. Etapa:

■ Patrons de lesions melanocítiques:

- Els tumors melanocítics poden presentar ≥ 1 de les següents estructures:

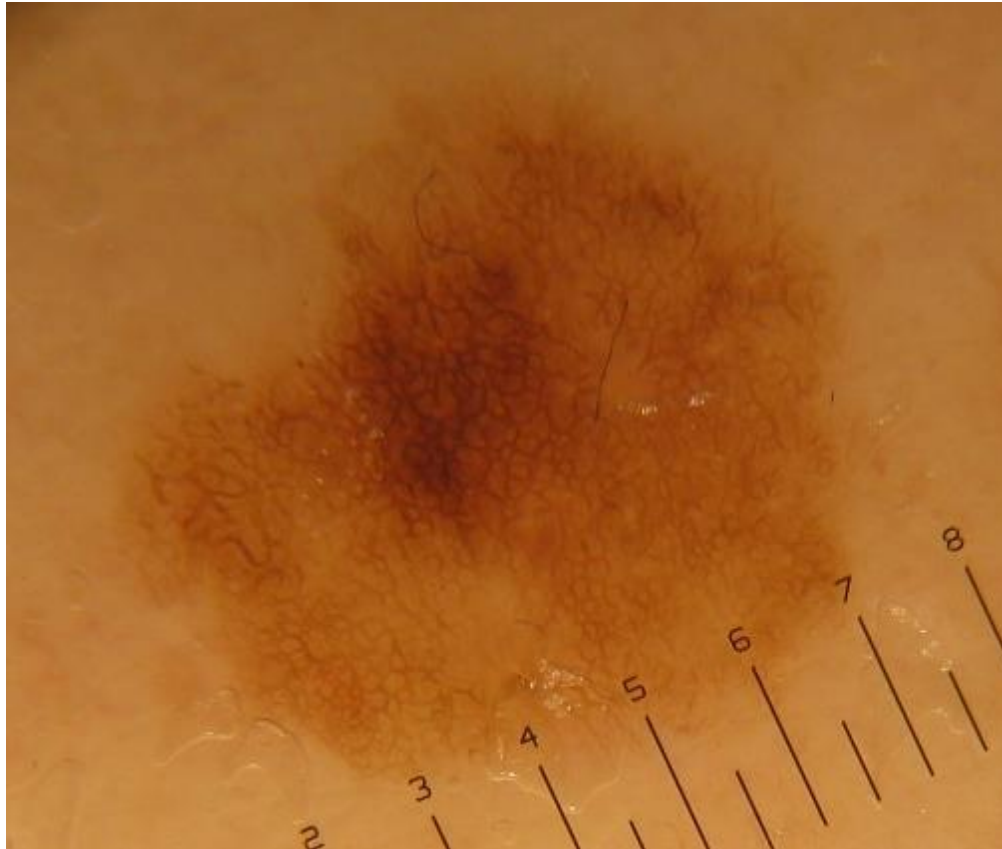
Patrons de les lesions melanocítiques

Patró reticular pigmentat	Patró globular (o en empedrat)	Patró homogeni blau	Patró en “esclat d’estrelles”	Patró paral·lel (al solc o a la cresta)	Patró multi component
					

- Les lesions melanocítiques **benignes** solen $\rightarrow$ 1 ó 2 patrons.
- Les lesions melanocítiques **malignes** solen $\rightarrow$ >2 patrons alhora.

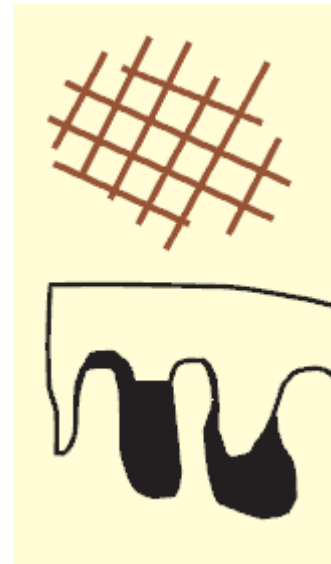
1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques. Patró reticular:



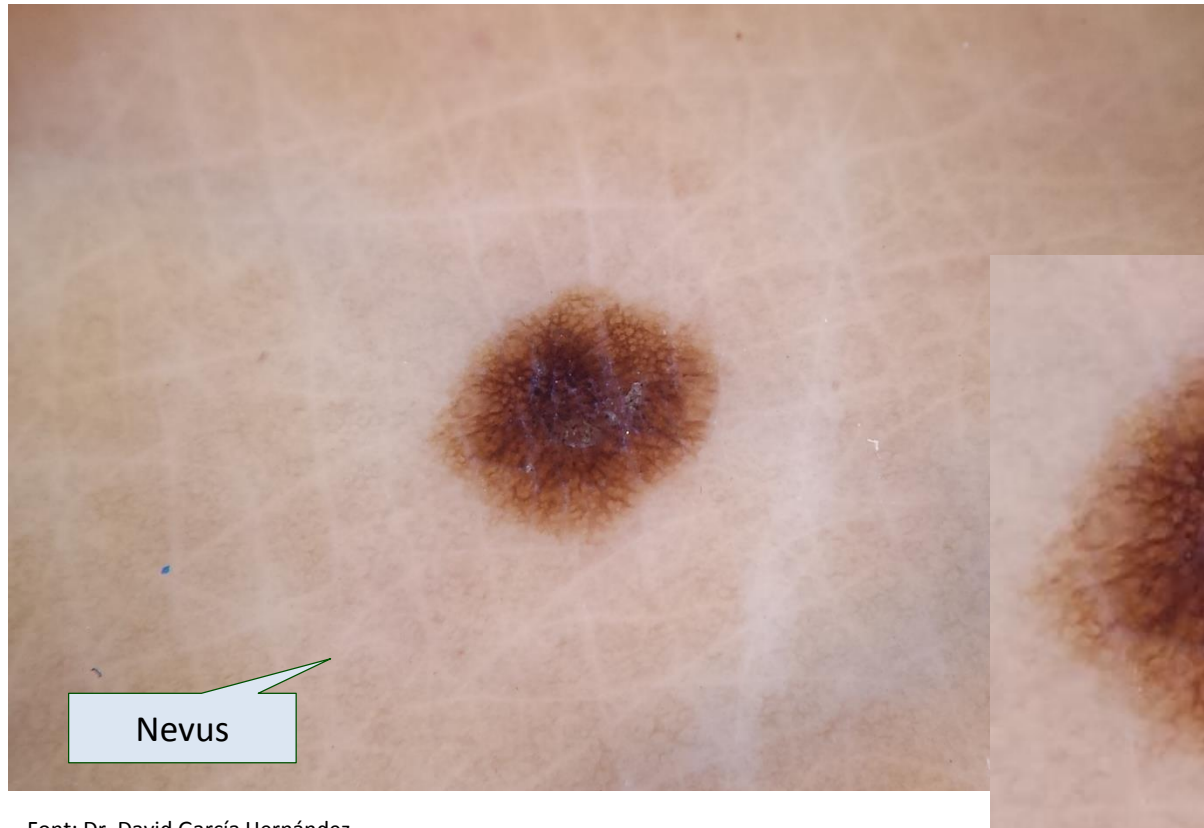
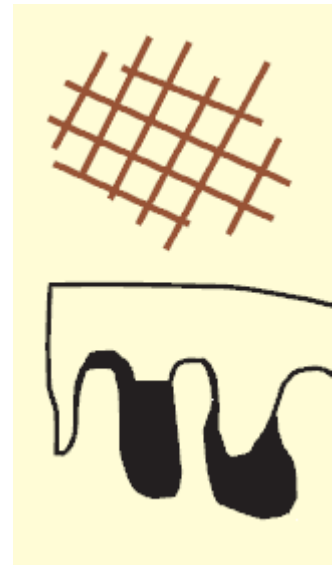
Nevus

Font: Dra. Rosa Senán



1a. Etapa:

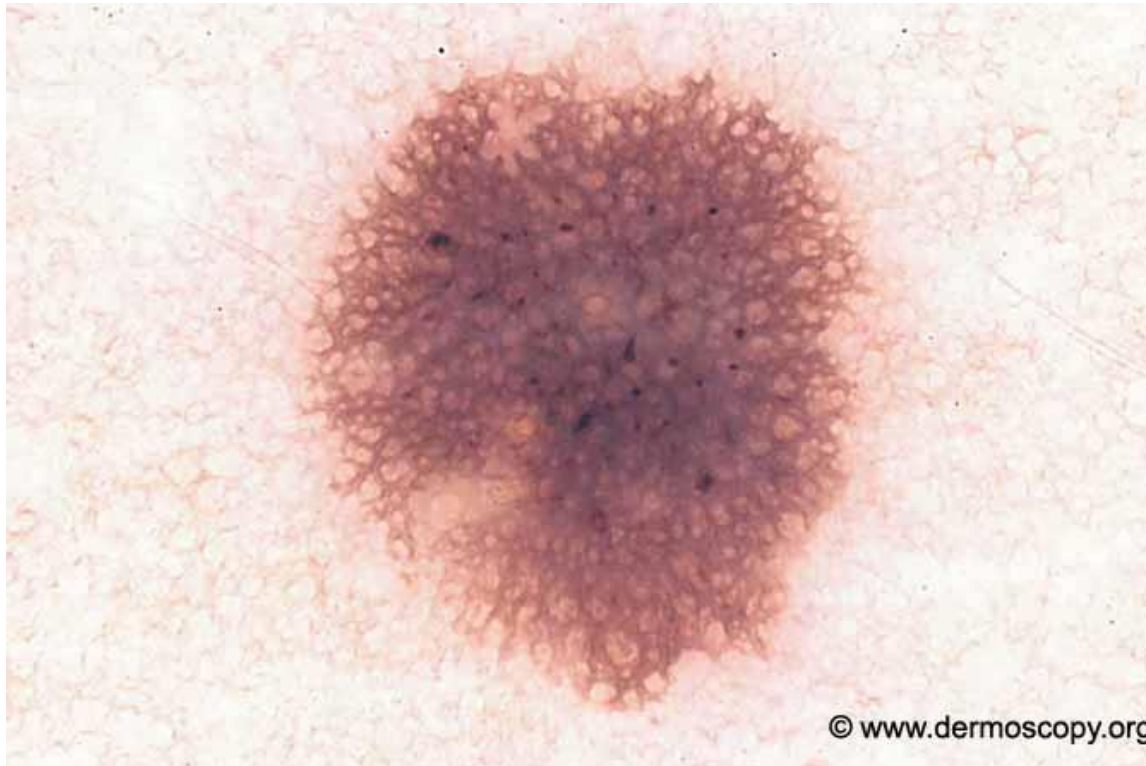
- Lesions melanocítiques. Patró reticular:



Font: Dr. David García Hernández

1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques. Patró reticular:



[wikicommons.com](https://commons.wikimedia.org/)



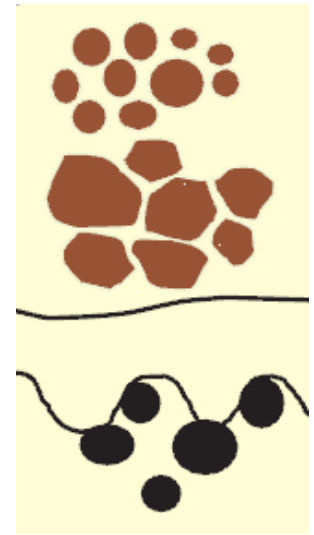
<http://www.stenders-cosmetics.es/es/natural-sea-sponge-porous-271>

1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques. Patró globular:



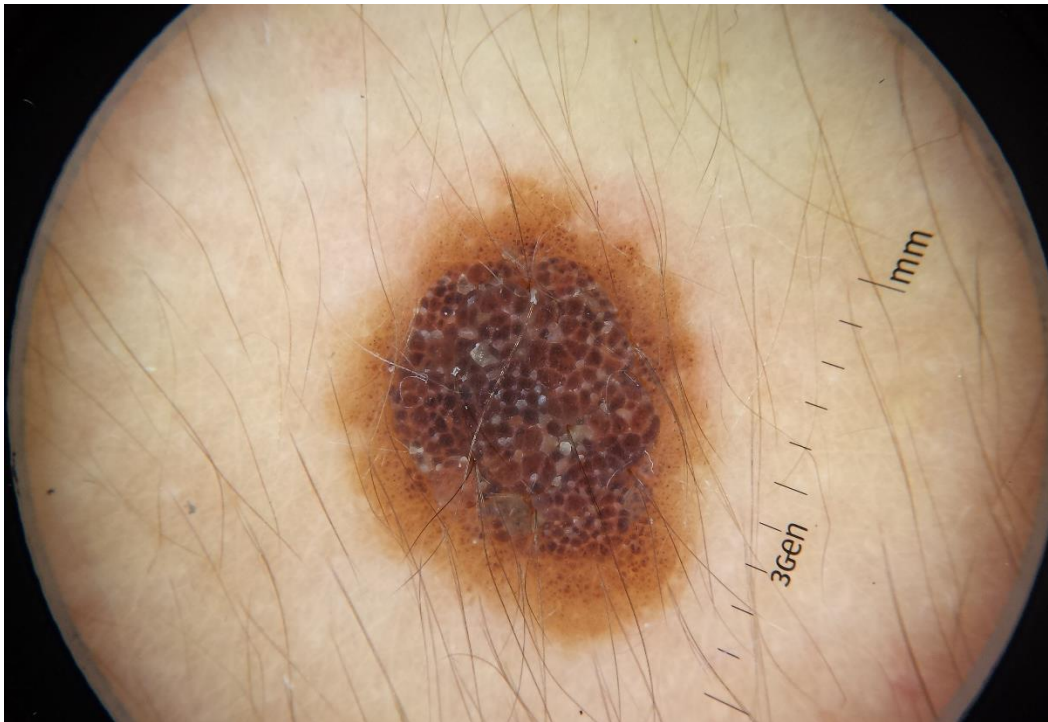
Nevus dèrmic



Font- Dra Rosa Senan

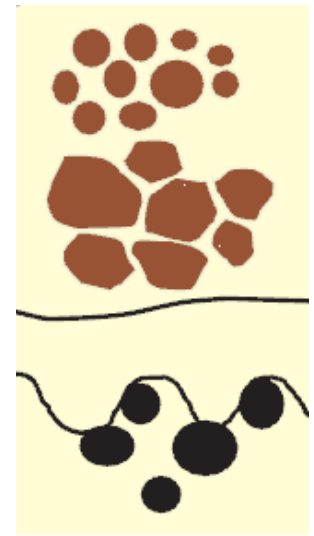
1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques. Patró globular:



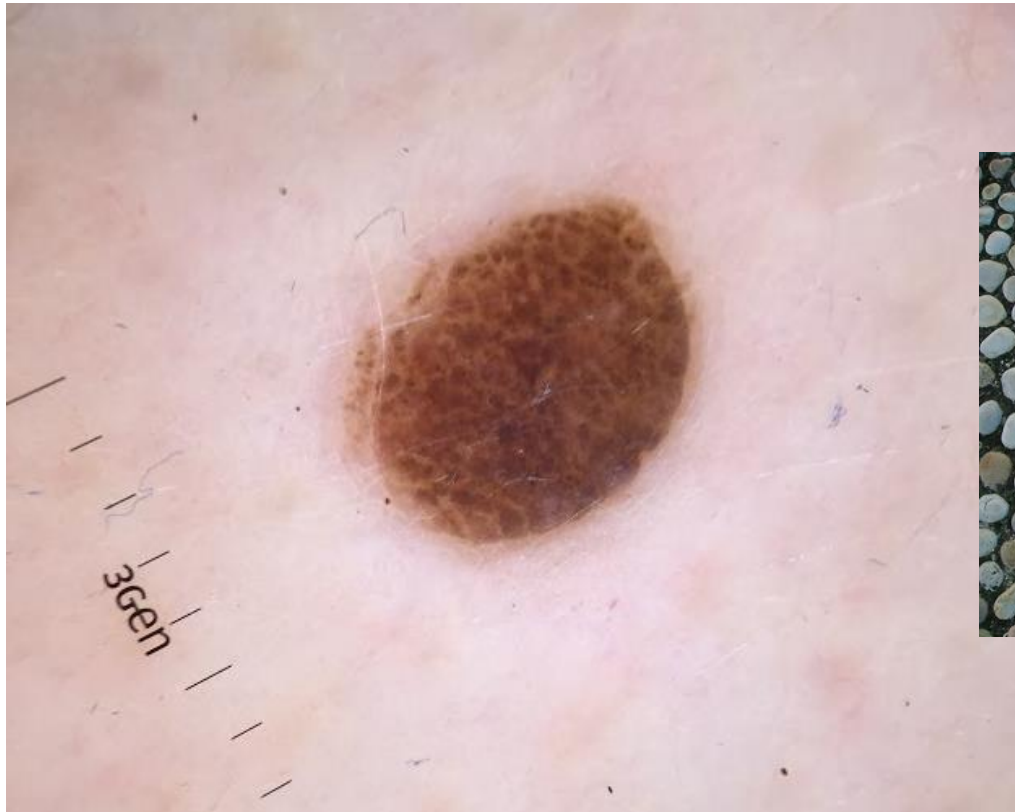
Font: Dr. David García Hernández

Nevus dèrmics



1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques. Patró globular:

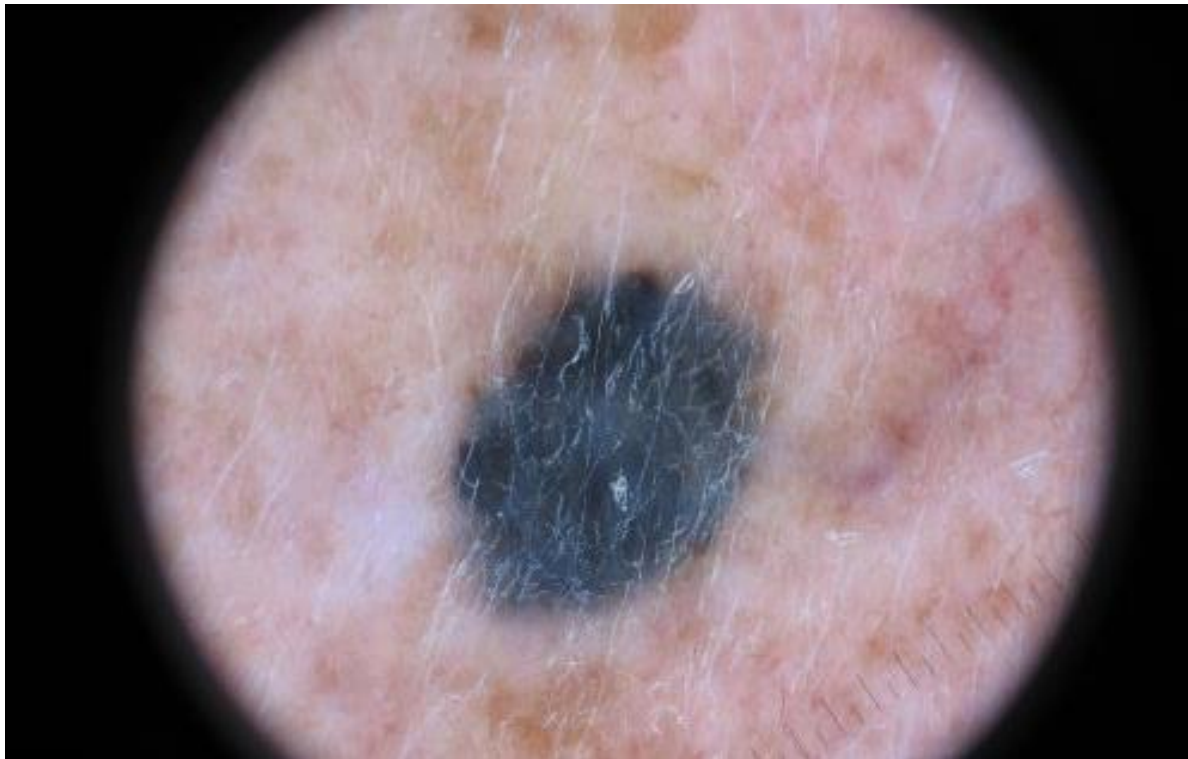


<http://www.rafaazaragoza.com/general/empedrad-o-santillana-del-mar-marqueteria-mineral/>

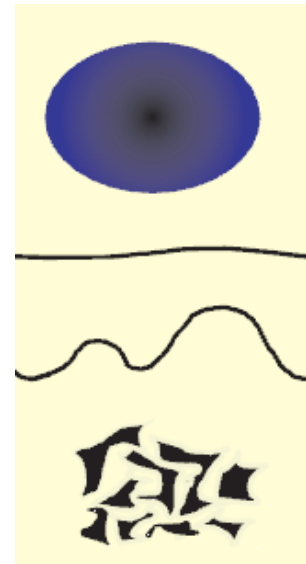
Font: Dra. Montse Andreu

1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques. Patró homogeni (nevus blau):

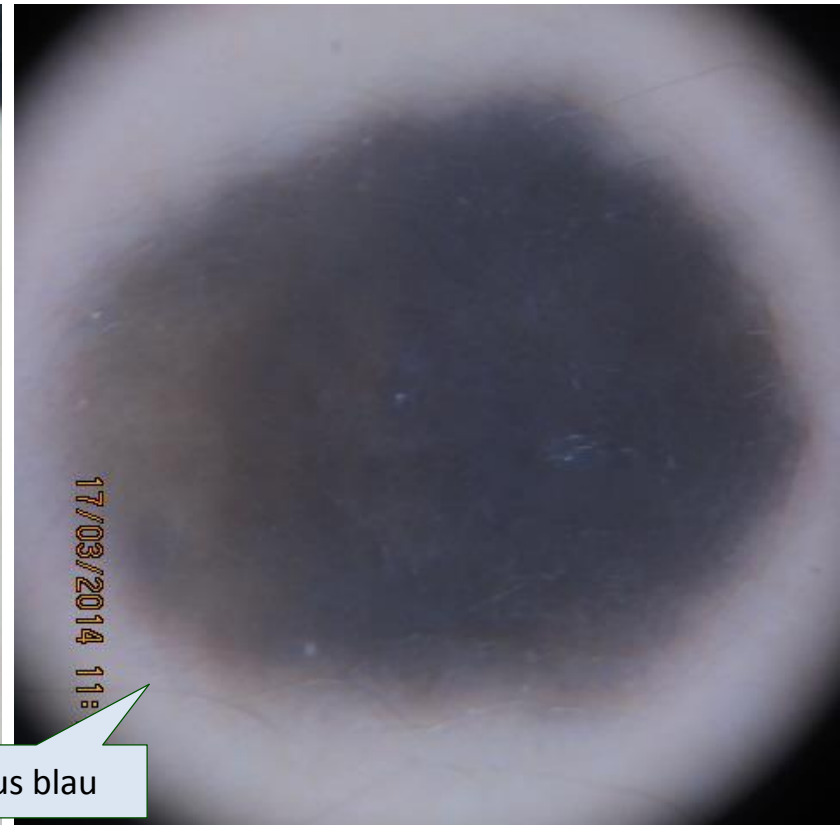
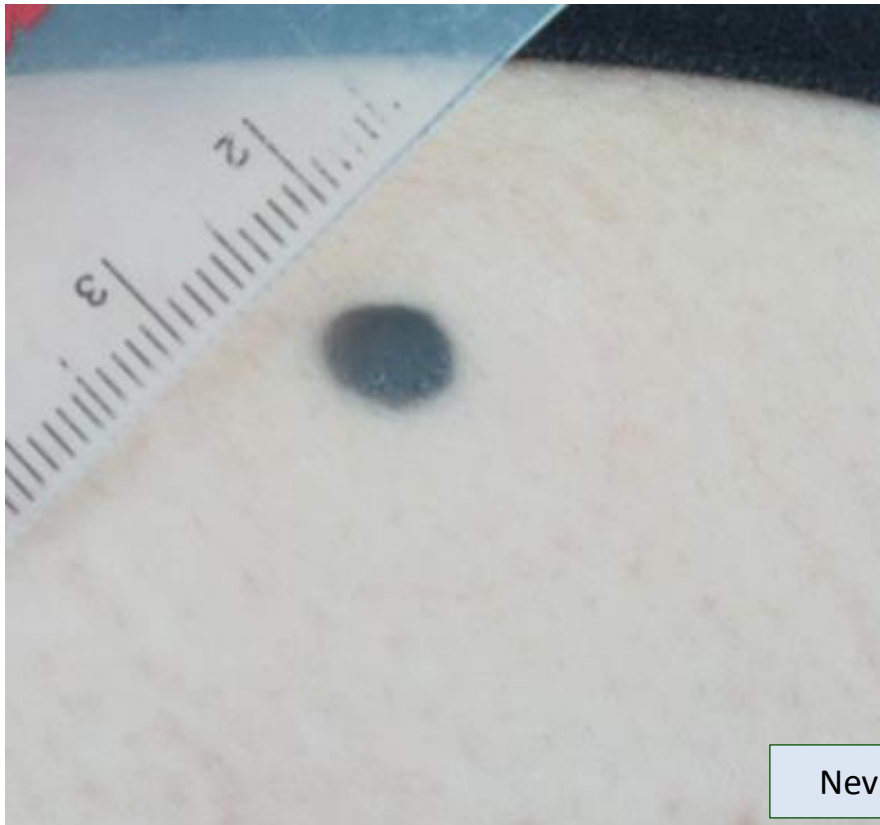


Font: Dra. Rosa Senán



1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques:

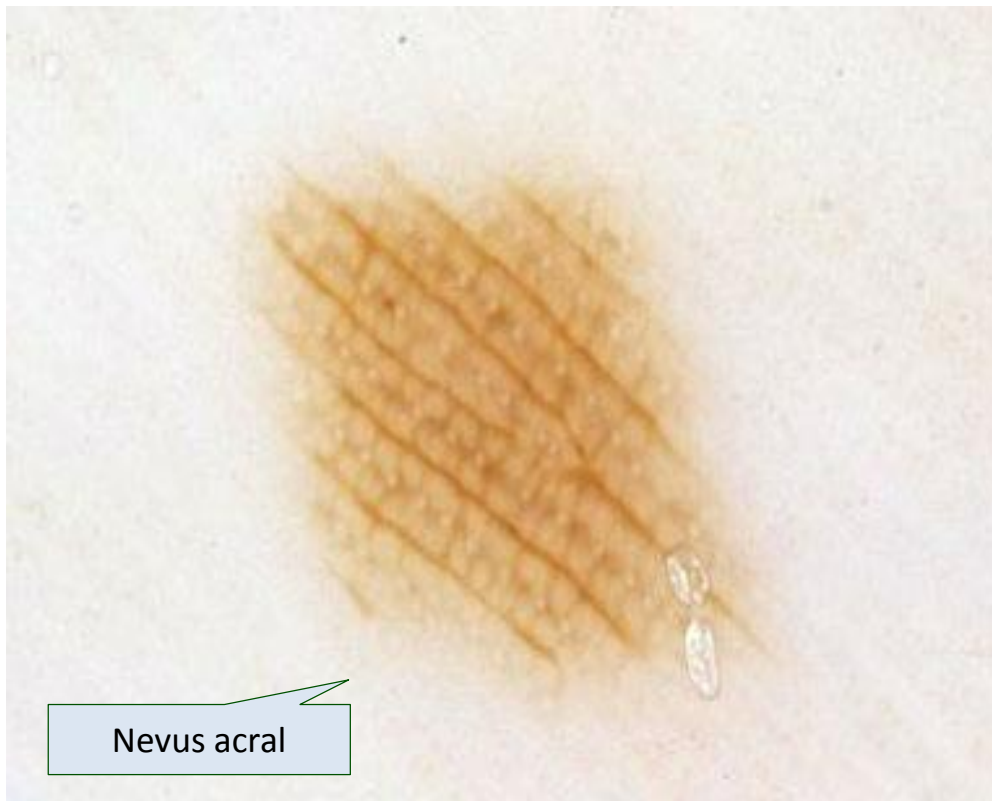


Nevus blau

Font: Dra. Sandra Pons

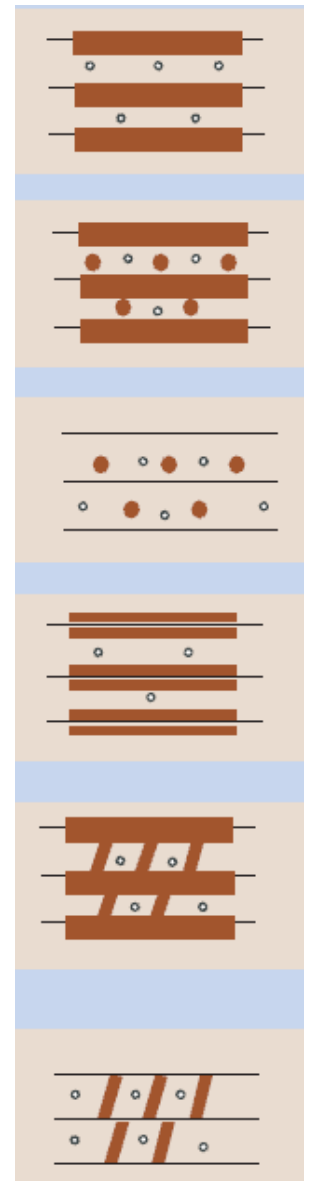
1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques.
Patró paral·lel al solc:



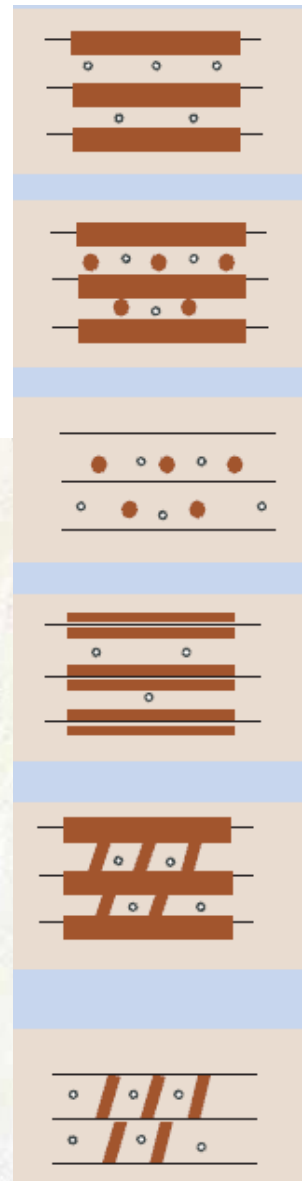
Nevus acral

Font: Dermatoweb



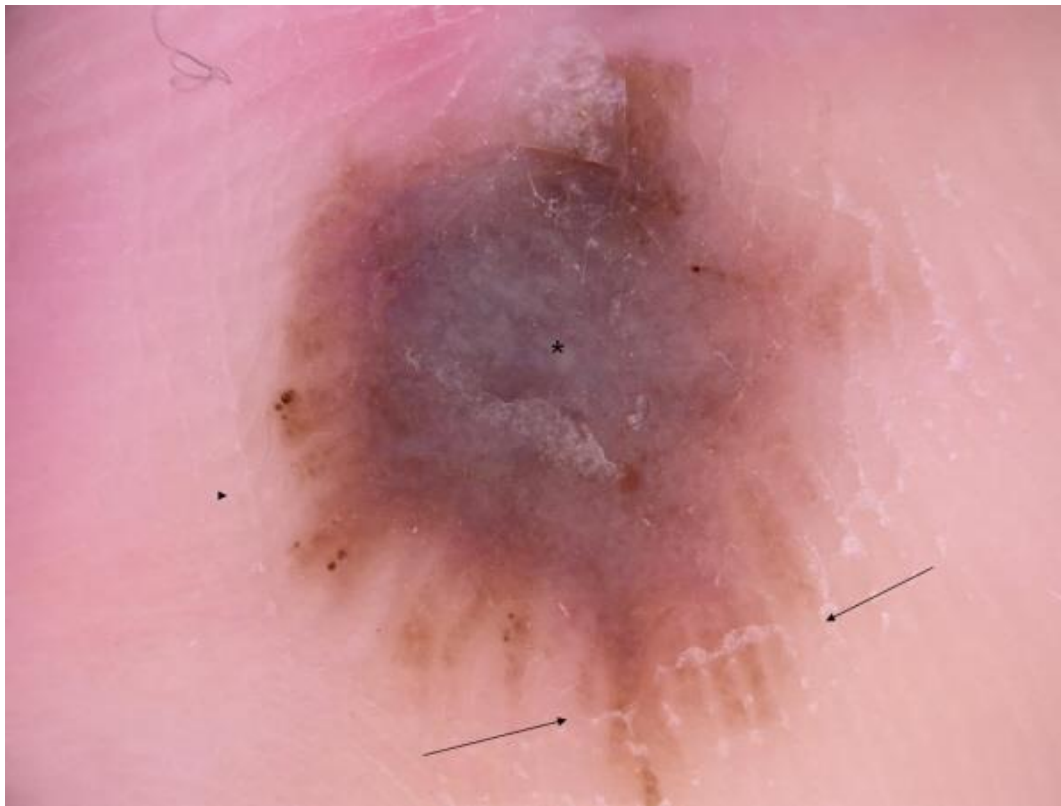
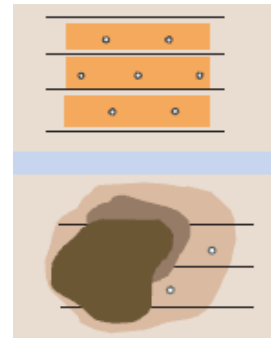
1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques.
Patró paral·lel al solc:



1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques.
Patró paral·lel a la cresta:

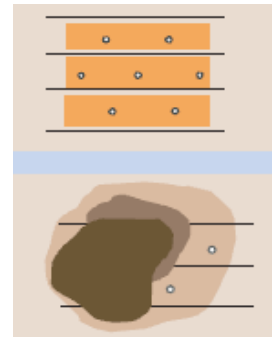


Melanoma lentiginós acral

Font: dermatoweb2.udl.es

1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques.
Patró paral·lel a la cresta:



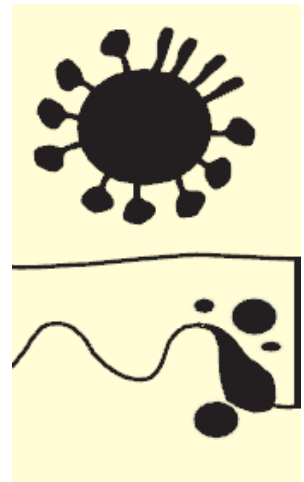
Melanoma lentiginós acral
(Imatge a ull nu)



Melanoma lentiginós acral
(Imatge dermatoscòpica)

1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques.
Patró radial (“en esclat”):



Nevus de Reed



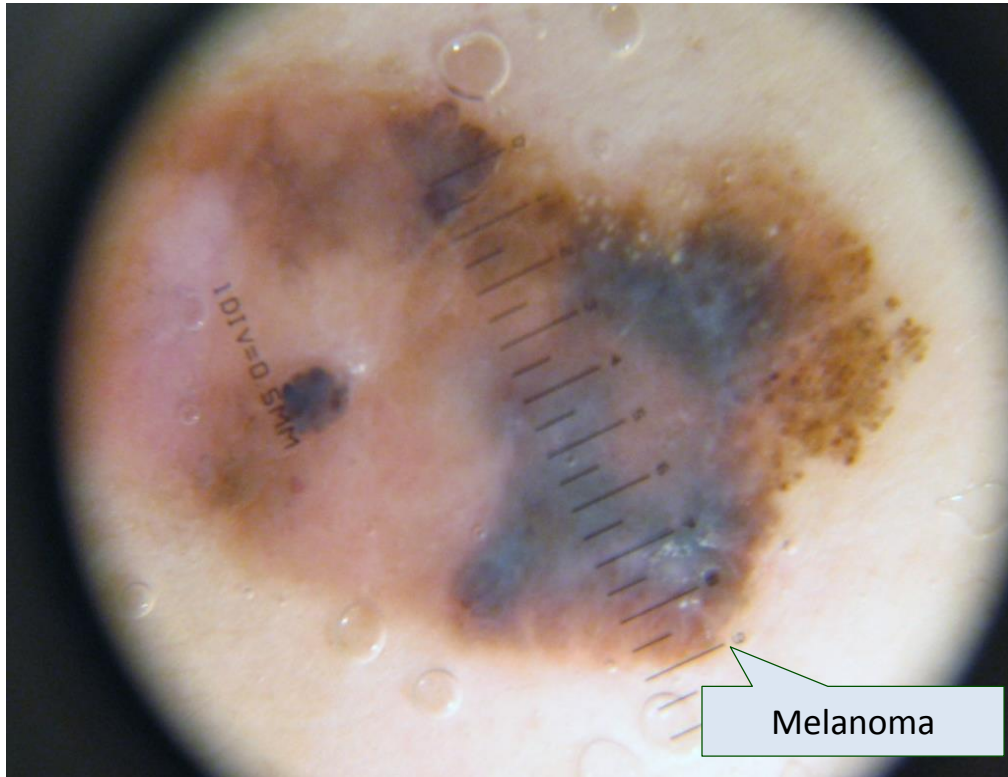
<http://herramientas.educa.madrid.org/animalandia/imagen.php?id=16072>

Font: dermatoweb2.udl.es

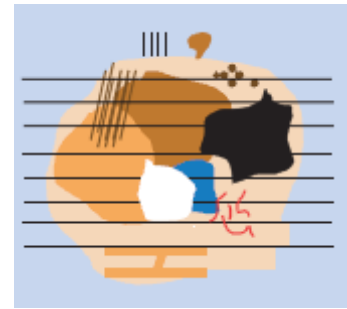
1a. Etapa:

- Lesions melanocítiques.

Patró multicomponent (Melanoma):



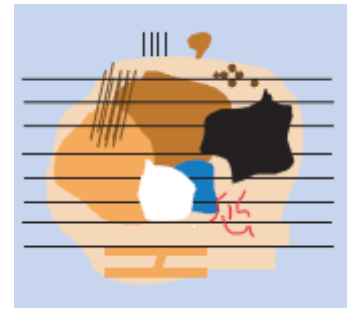
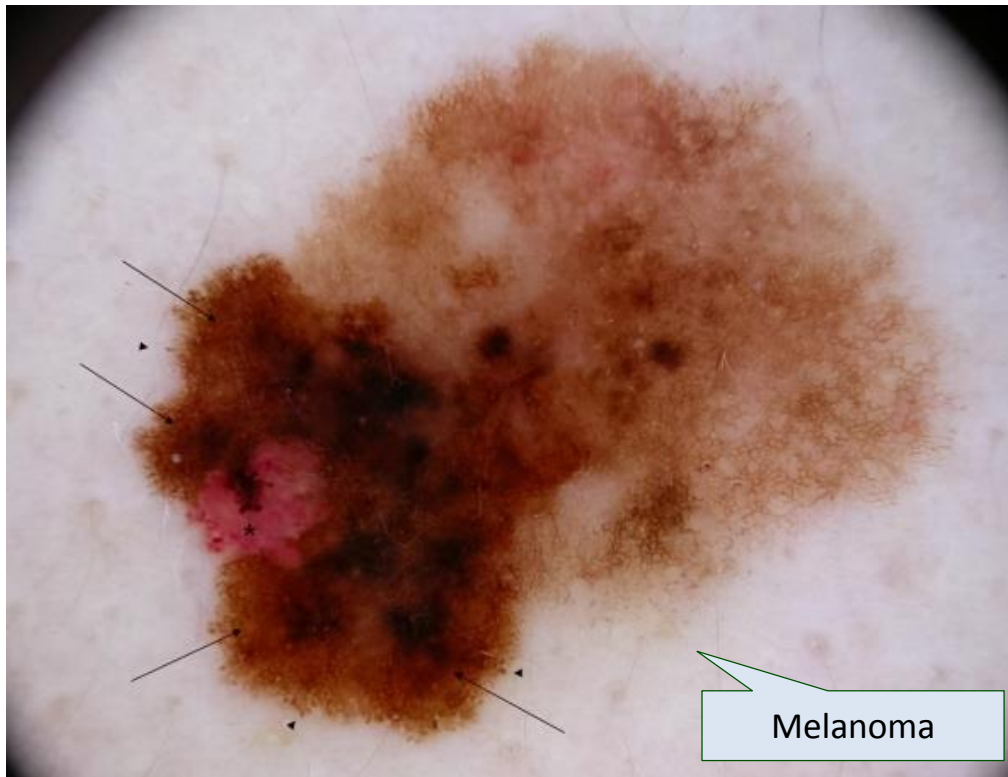
Font- Dra. Rosa Senán



1a. Etapa:

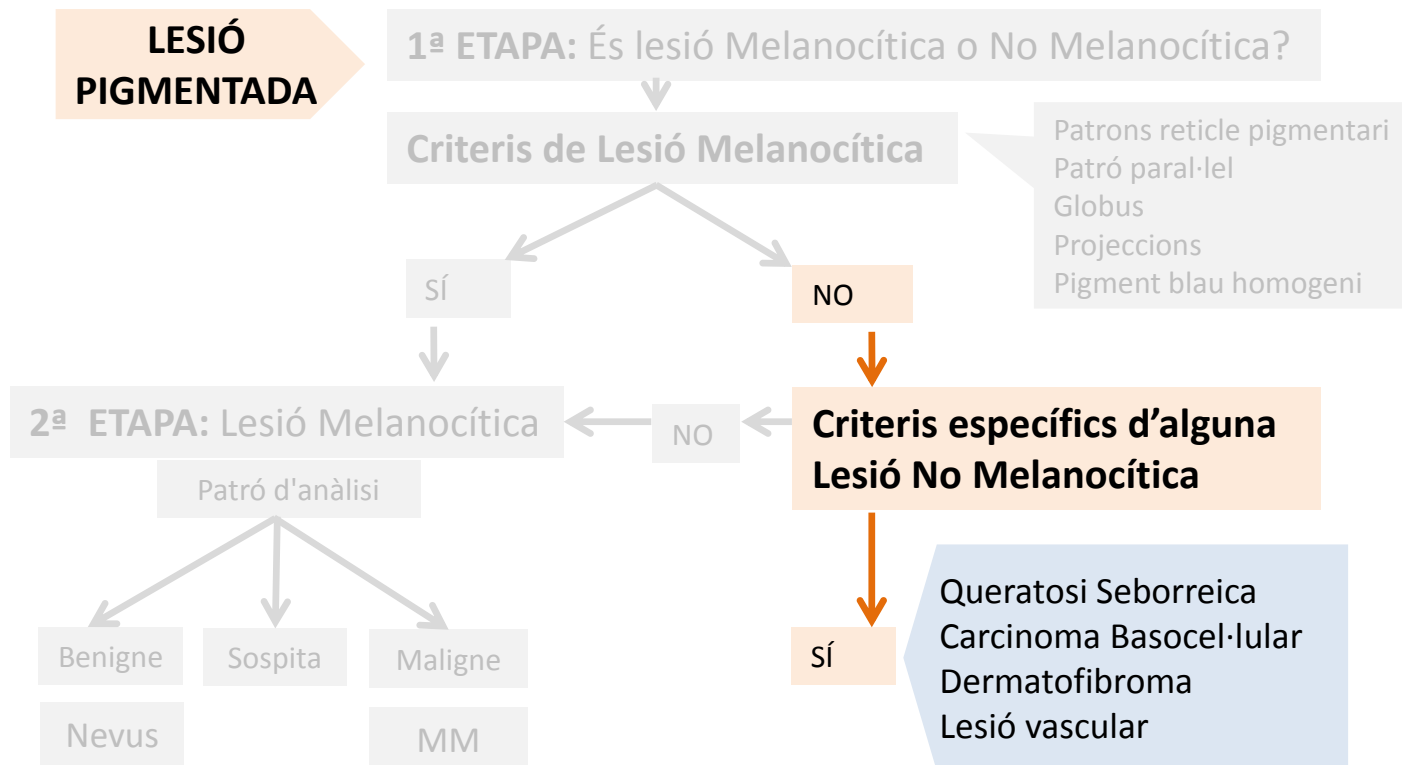
- Lesions melanocítiques.

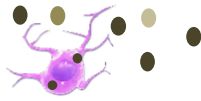
Patró multicomponent (Melanoma):



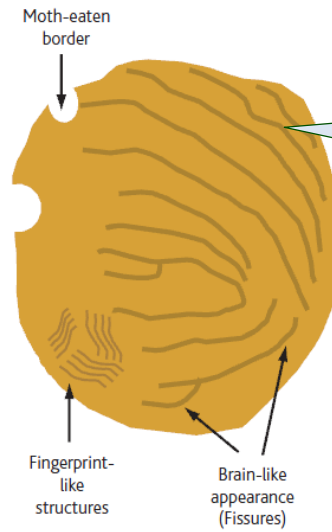
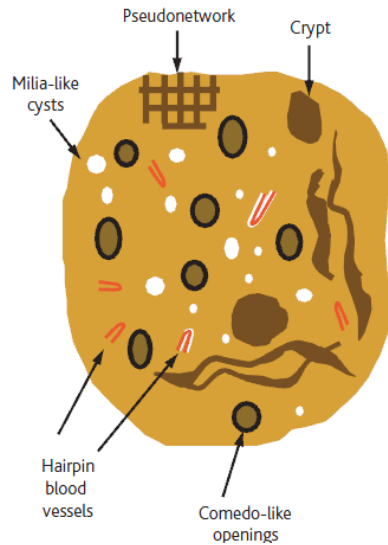
Lesions pigmentades:

■ Lesió pigmentada No Melanocítica:



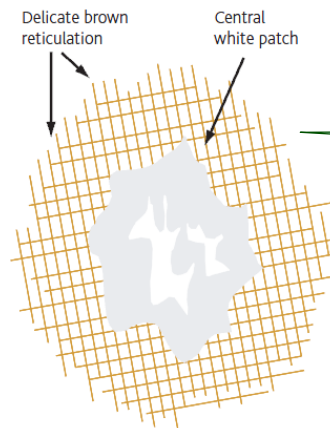
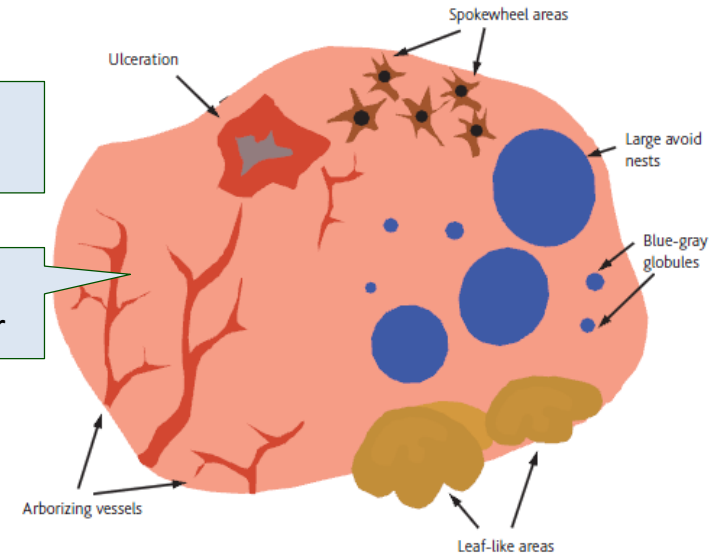


Criteris de lesió no melanocítica:



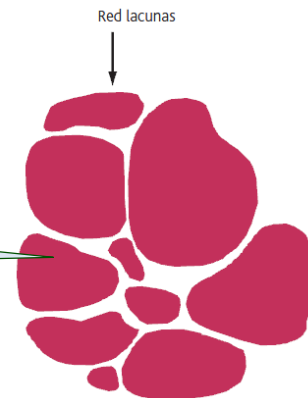
Queratosi
seborreica

Carcinoma
Basocel·lular



Dermatofibroma

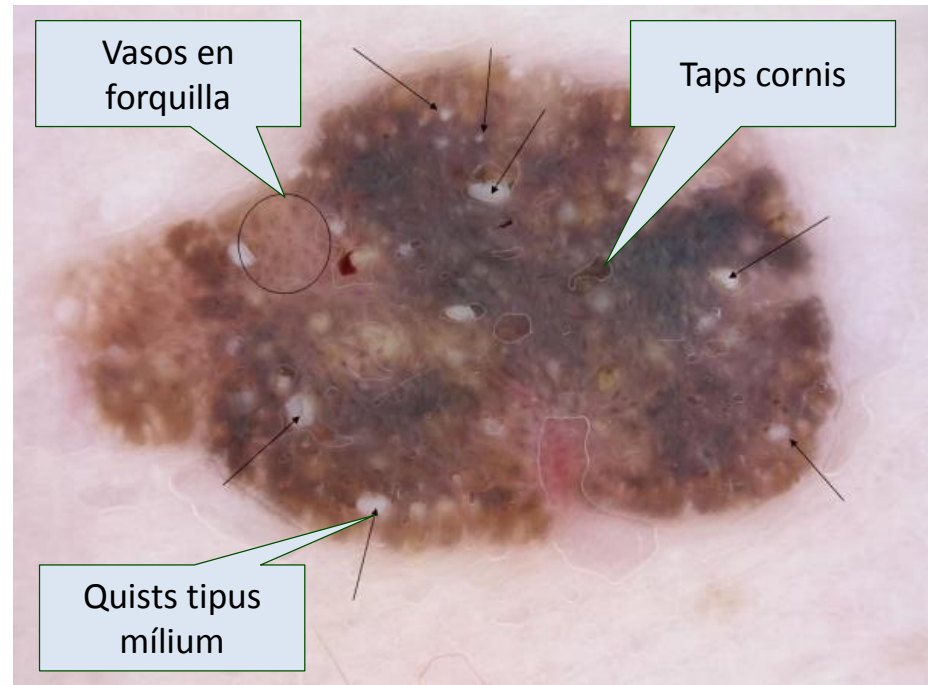
Angioma



Criteris de lesió no melanocítica:

■ Queratosi seborreica:

1. Quists tipus mílium(fletxes).
2. Taps cornis.
3. Fissures i crestes "*fat fingers*" (dits gruixuts) (cervellet).
4. "Empremtes digitals" (vores arnades-corcades).
5. Vasos en forquilla (cercle).
6. Fals reticle pigmentat.
7. Final abrupte de la vora.



Font: dermatoweb2.udl.es

Criteris de lesió no melanocítica:

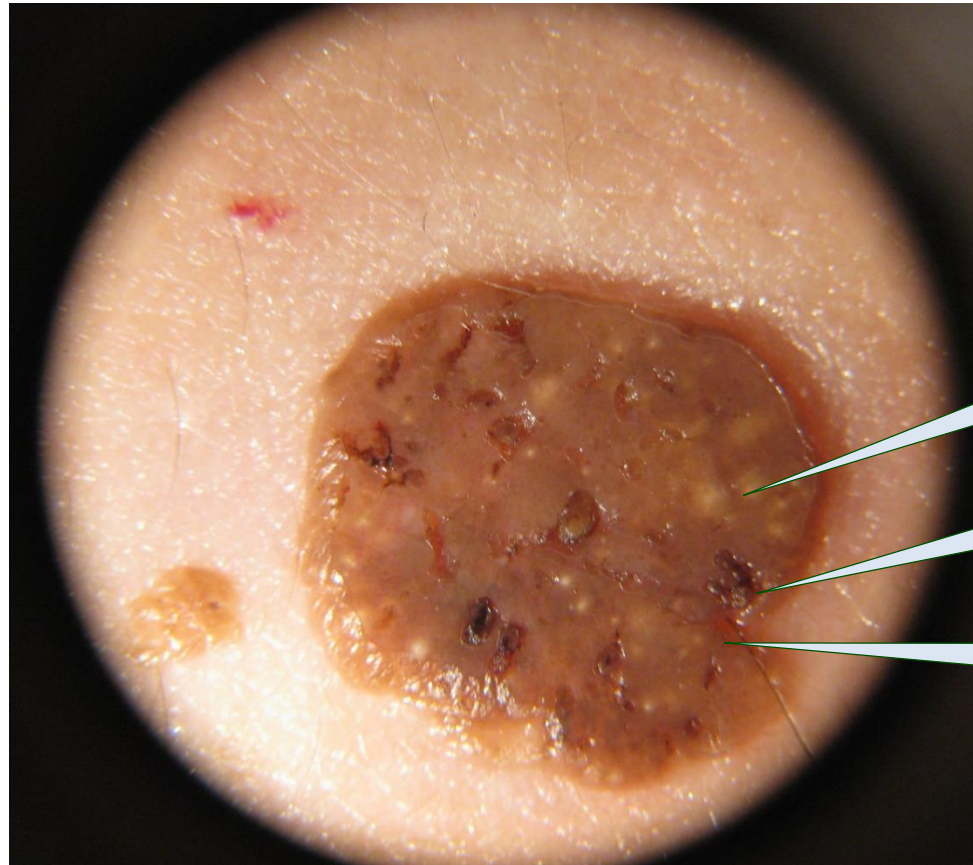
■ Queratosi seborreica:



<http://cuzitsgood.net/product/triple-chocolate-cookies/>



<https://www.lasnaves.com/desayuno-kafkiano-con-cookies-wordpress-quita-lo-valiente/?lang=ca>



Pseudoquists
de mílium

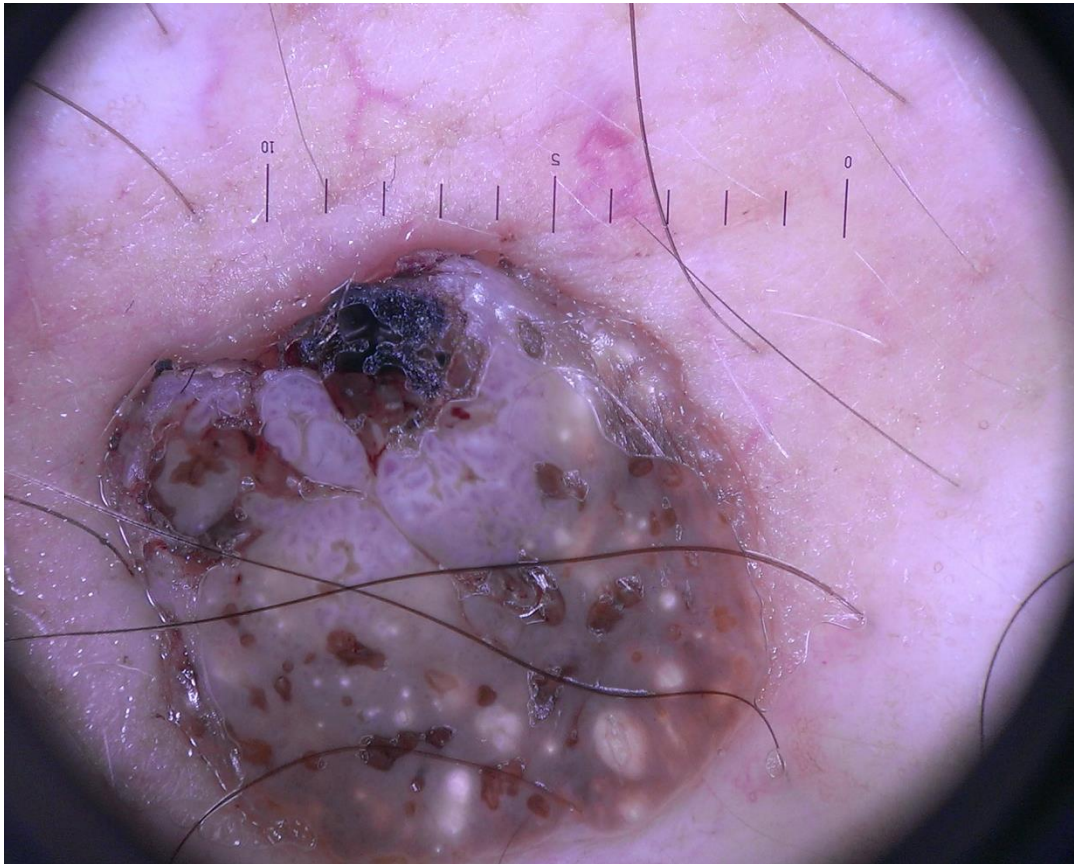
Taps cornis

Vasos en
forquilla

Font: Dra. Rosa Senán

Criteris de lesió no melanocítica:

- Queratosi seborreica:



Font- Dra. Sandra Pons

Criteris de lesió no melanocítica:

- Queratosi seborreica:



Font: Dra. Rosa Senán Sanz

Criteris de lesió no melanocítica:

- Queratosi seborreica:



<https://divulgacientifico.wordpress.com/2013/06/23/bigbrain-la-historia-de-un-mapa-cerebral/>

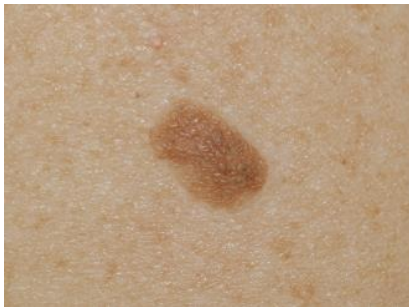
Patró
cerebriforme

Criteris de lesió no melanocítica:

- Queratosi seborreica:

Fissures i crestes
tipus "*fat fingers*"
i queratina

Vores corcades



Font: dermatoweb2.udl.es

Criteris de lesió no melanocítica:

■ Carcinoma Basocel·lular:

- És el càncer cutani més freqüent.
- Predomina, tot i que no exclusivament, en àrees fotoexposades.
- Té creixement molt lent, invasiu de les estructures veïnes. Habitualment no produeix metàstasi.
- Afecta primàriament a la pell i no a les mucoses.
- Variants clíniques:
 - **CBC Nodular** → Brillant a contrallum (perlat).
 - **CBC Ulcerat (ulcus rodens)** → És CBC nodular que s'acaba ulcerant pel centre (vores perlades).
 - **CBC Superficial o Multifocal** → Sembla èczema però no pica i creix lentament (DxD èczema).
 - **CBC Esclerodermiforme** → Sembla una cicatriu on el pacient no ha tingut lesió.

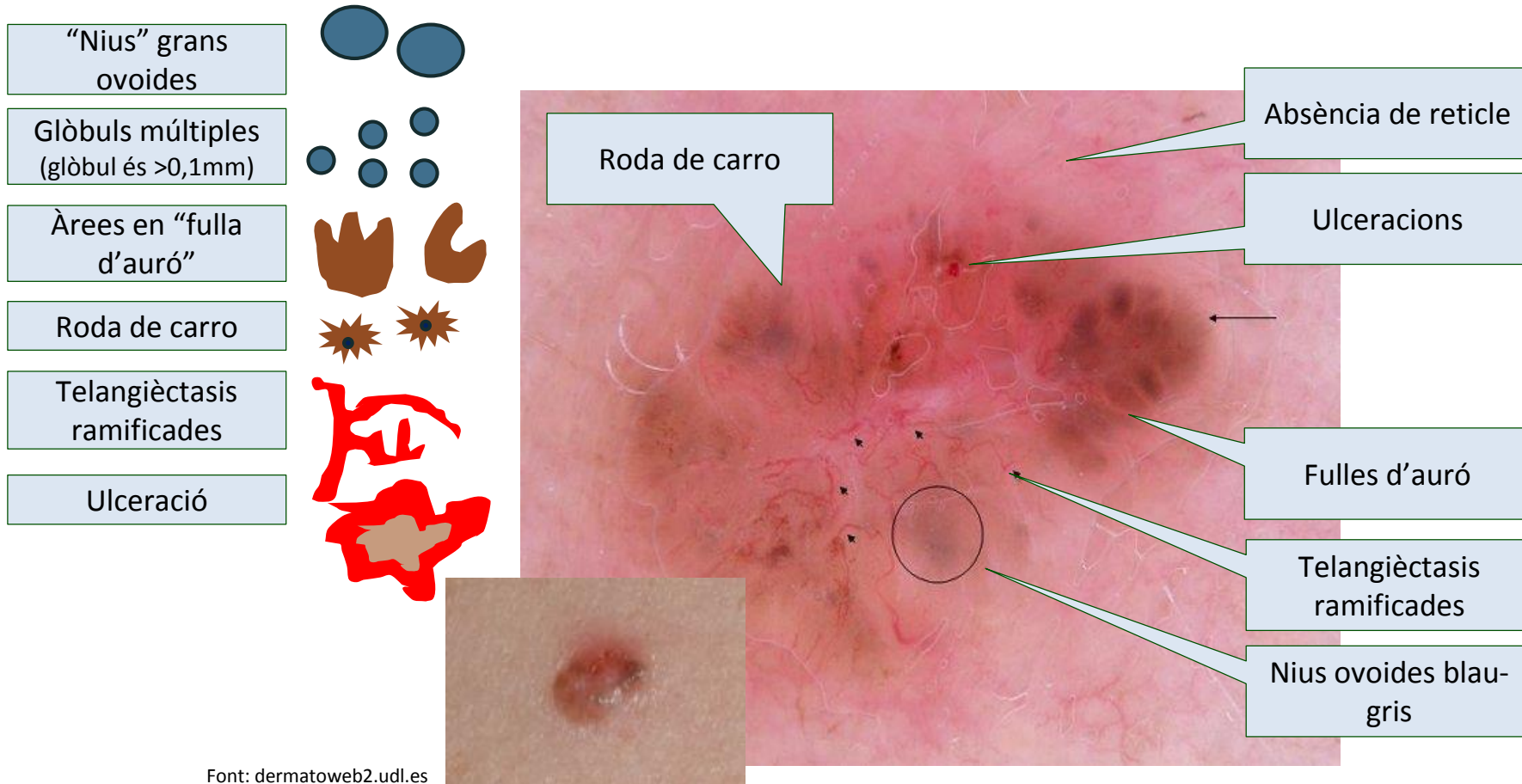
Criteris de lesió no melanocítica:

- Carcinoma Basocel·lular (com es veu a ull nu):



Criteris de lesió no melanocítica:

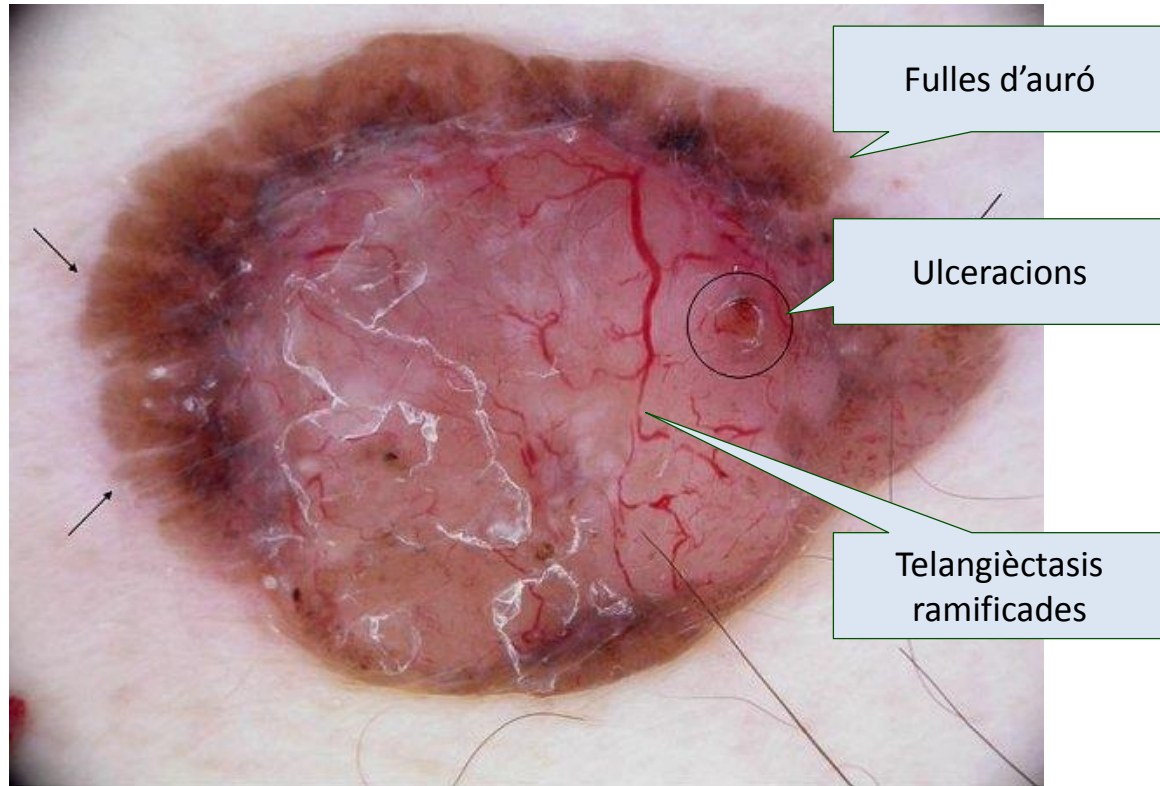
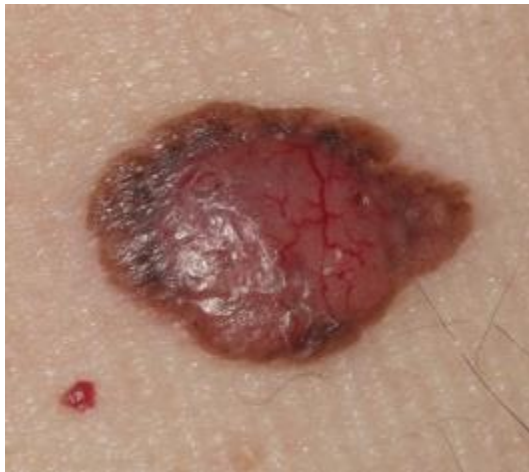
- **Carcinoma Basocel·lular.** Ha de complir ≥ 1 criteri dels següents:



Font: dermatoweb2.udl.es

Criteris de lesió no melanocítica:

- Carcinoma Basocel·lular Nodular:

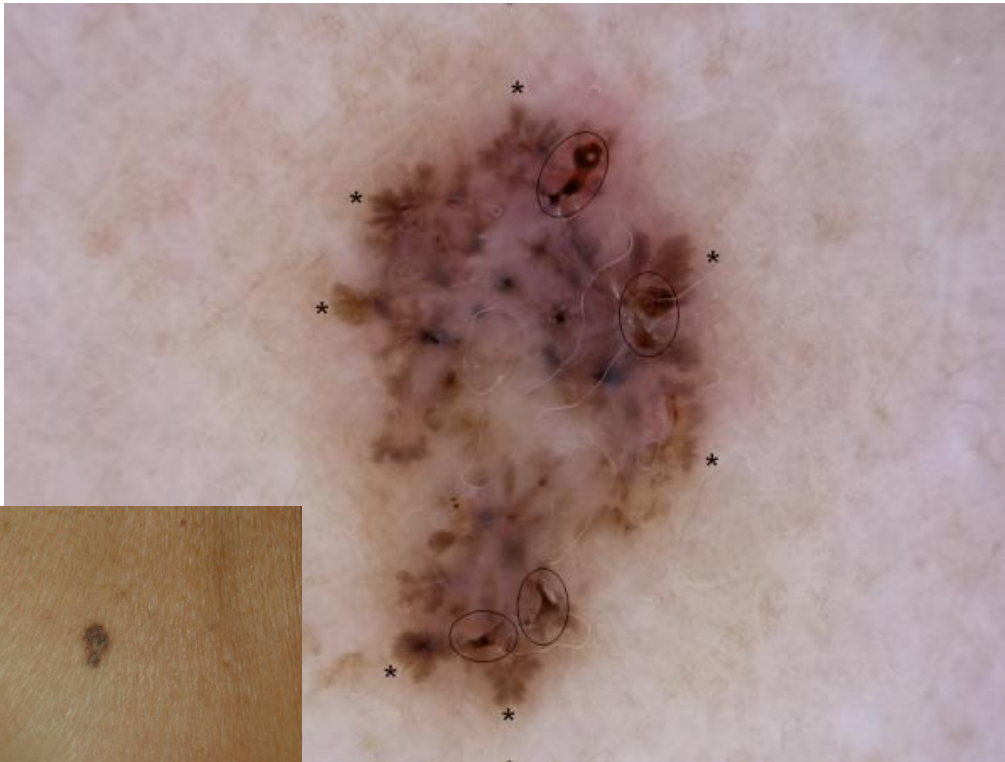


Font: dermatoweb2.udl.es

Criteris de lesió no melanocítica:

■ Carcinoma Basocel·lular Superficial:

Pensar en ell: “èczema que no millora”



Font: dermatoweb2.udl.es

Criteris de lesió no melanocítica:

- Carcinoma Basocel·lular:



Font: Dra. Sandra Pons

Criteris de lesió no melanocítica:

- **Carcinoma Basocel·lular Nodular-Superficial:**



Font: Dra. Montse Andreu

Críteris de lesió no melanocítica:

- **Carcinoma Basocel·lular Pigmentat:**

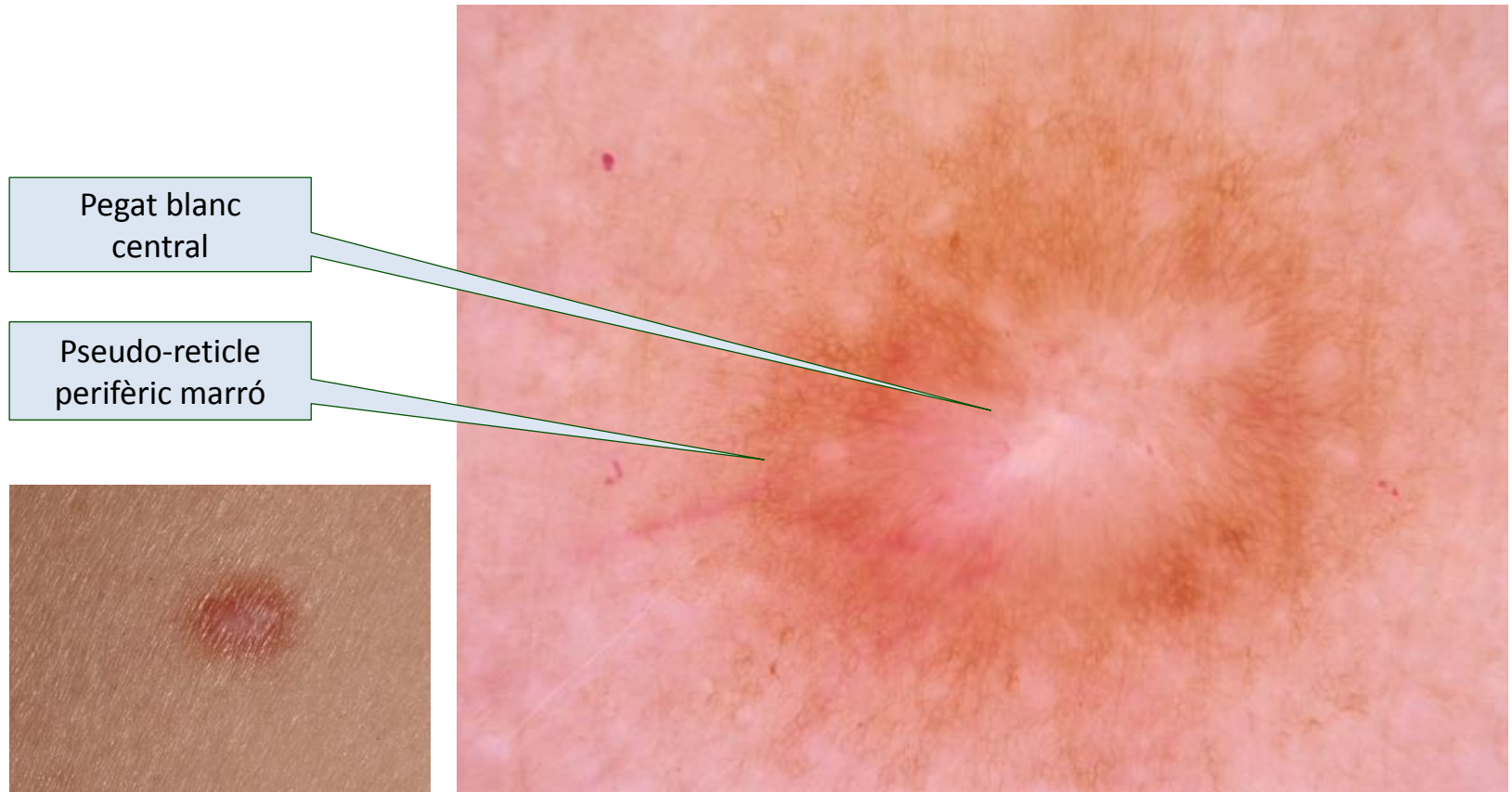


Font: Dra. Sandra Pons



Criteris de lesió no melanocítica:

- **Dermatofibroma:**



Font: dermatoweb2.udl.es

Criteris de lesió no melanocítica:



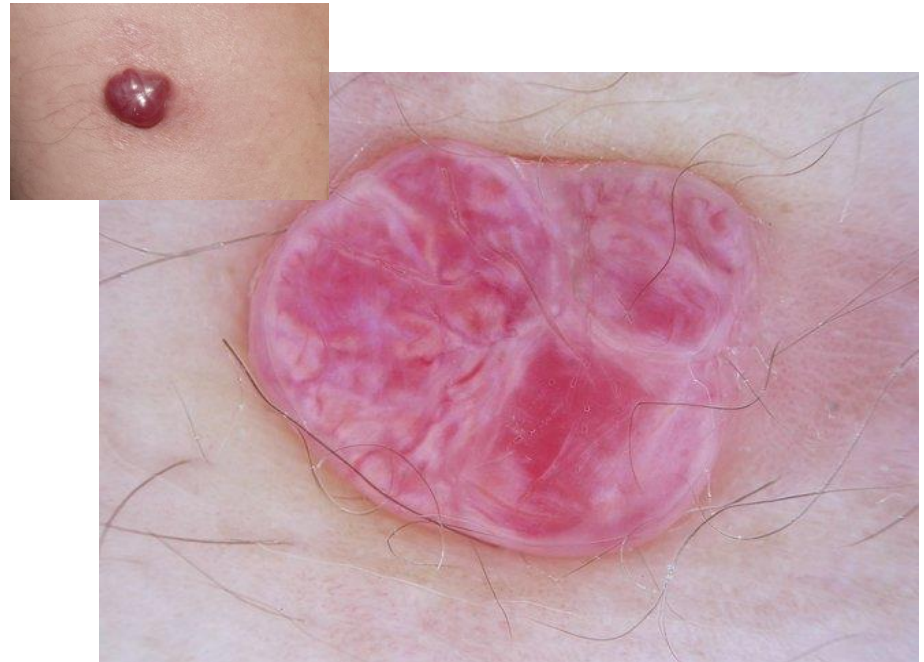
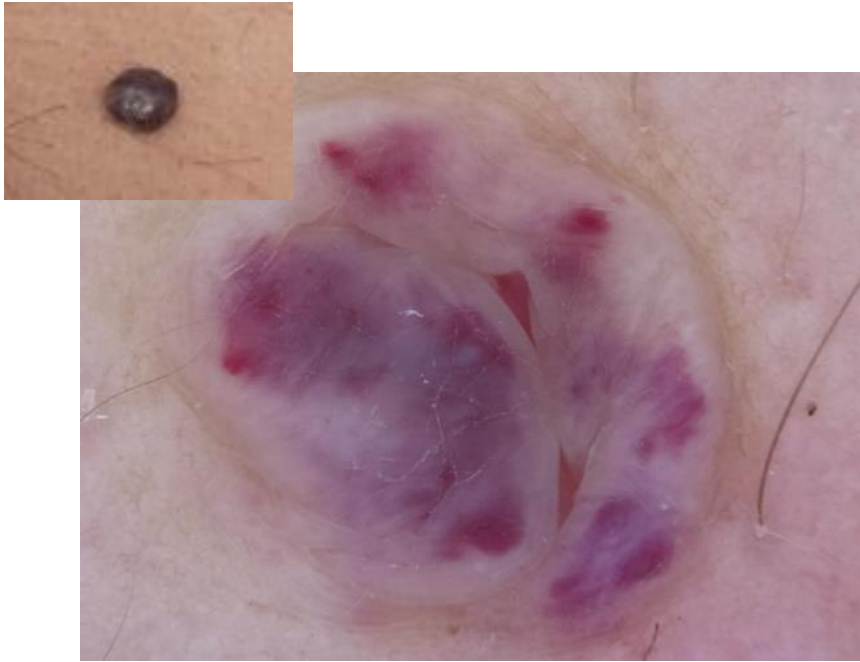
http://www.huffingtonpost.com/2013/06/07/national-donut-day-history_n_3398148.html

Font: Sandra Pons

Criteris de lesió no melanocítica:

■ Lesió vascular:

- Absència de criteris de tumor melanocític + llacunes vermelles.
 - Si NO té hiperqueratosi → **HEMANGIOMA CAPIL·LAR (PUNT ROBÍ).**
 - Si SÍ té hiperqueratosi → **ANGIOQUERATOMA.**



Font: dermatoweb2.udl.es

Criteris de lesió no melanocítica:

- Lesió vascular:



Font: Dra. Montse Andreu



Criteris de lesió no melanocítica:

- Lesió vascular:



Font: Dra. Sandra Pons



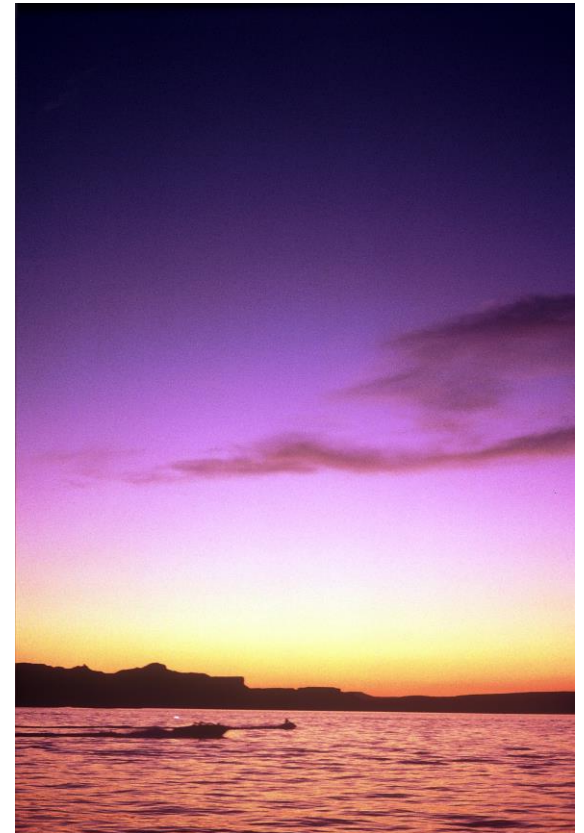
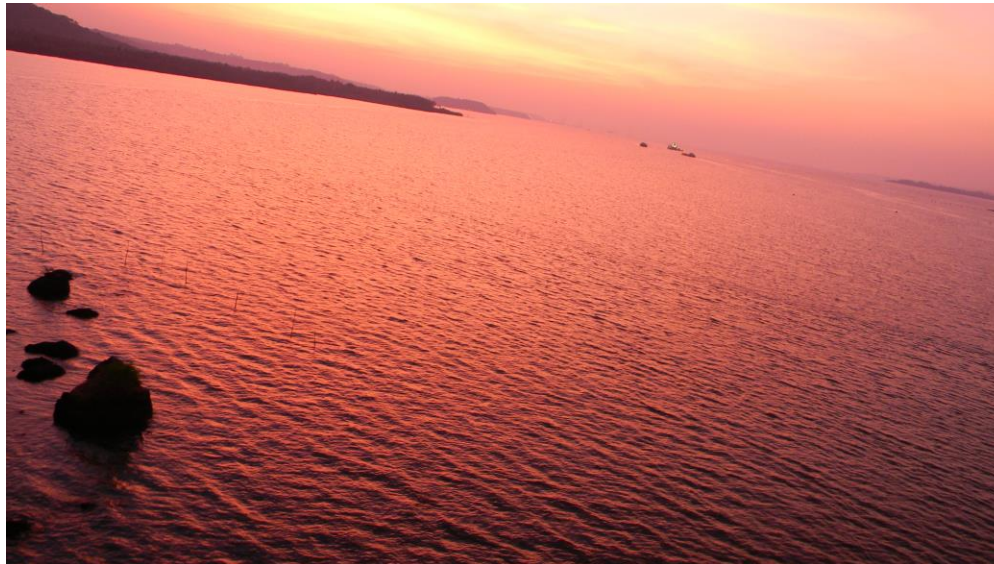
[wikicommons.com](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sunset_in_Malindi.jpg)

Criteris de lesió no melanocítica:

- Lesió vascular:



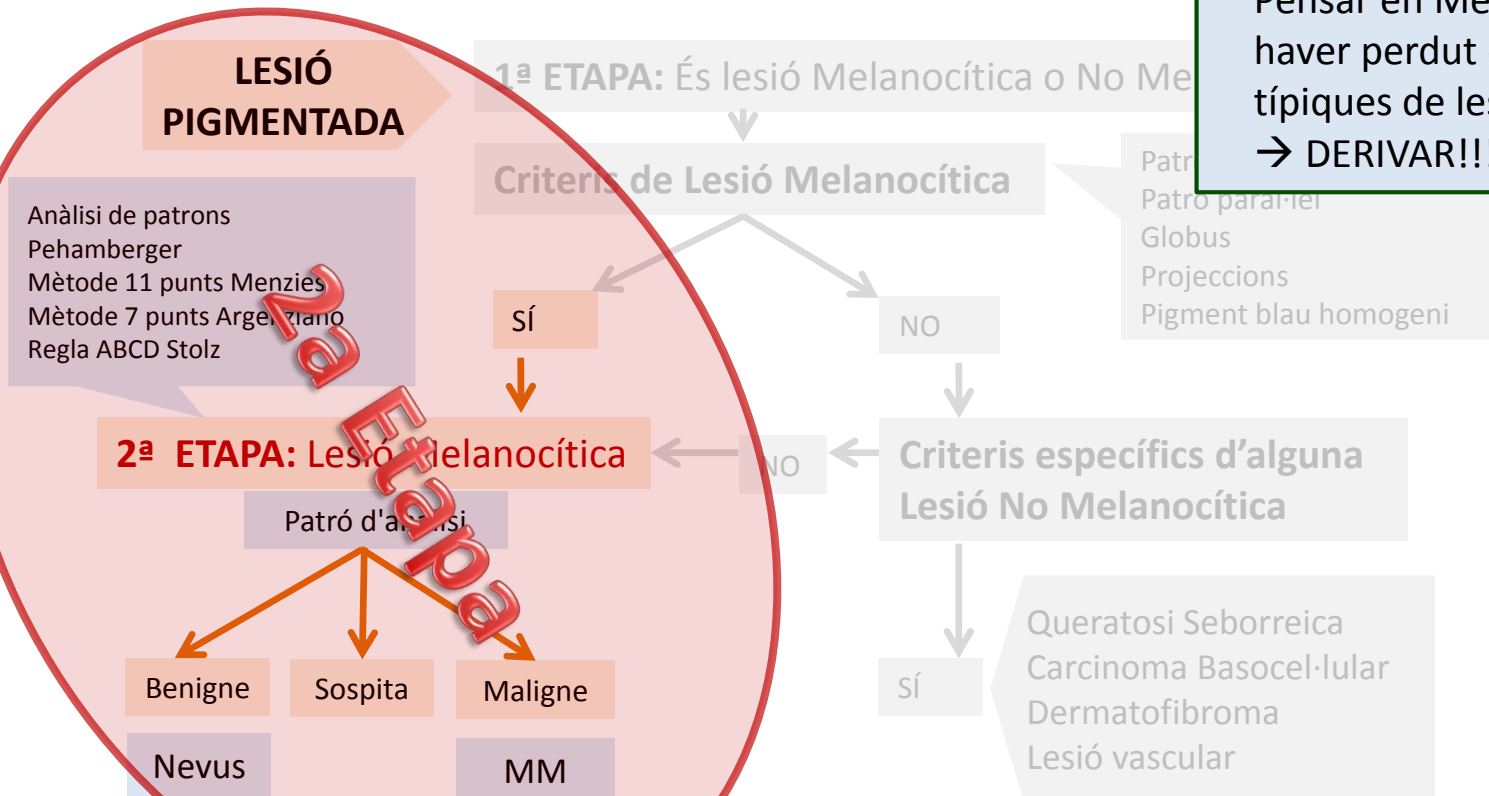
[wikicommons.com](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sunset_in_Malindi.jpg)



Lesions pigmentades:

■ Lesió pigmentada melanocítica:

- Si compleix criteris de les. melanocít. → Passem a la 2a. Etapa
- Si NO compleix criteris de les. melanocít. però tampoc criteris de NO melanoc. → Pensar en Melanoma (pot haver perdut estructures típiques de les. Melanocítica) → DERIVAR!!!



2a. Etapa:

Hem reconegut almenys un patró corresponent a lesió melanocítica, i ara...

**Com diferenciem entre melanoma
i nevus melanocítics?**

Criteris dermatoscòpics de nevus congènits:



- **Troballes característiques:**
 - Quists tipus mílium.
 - Hipertricosi.
 - Canvis de pigmentació perifol·licular.
- **Patró global:**
 - Reticular.
 - Globular.
 - Reticulo-globular.
 - Pigmentació marró difusa.
 - Multicomponent amb homogeneïtat d'estructures.

Criteris dermatoscòpics de nevus displàsics:

- **A nivell macroscòpic (ull nu)** → Un nevus displàsic és un nevus atípic que comparteix amb el melanoma algun o tots els criteris de l'algoritme ABCDE macroscòpic.
- **Troballes dermatoscòpiques que indiquen benignitat:**
 - Patró reticular difús.
 - Patró reticular “en pegats”.
 - Patró reticular perifèric amb:
 - Hipopigmentació central.
 - Hiperpigmentació central.
 - Glòbuls uniformes al centre.

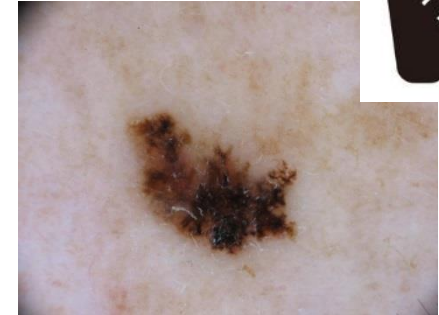


Qualsevol d'aquests 5 patrons ha de ser uniforme i difuminar-se en la perifèria de la lesió.

Criteris dermatoscòpics de melanoma:



- **Globals:**
 - Asimetria.
 - Múltiples colors.
- **Patrons:**
 - Multicomponent (≥ 2 estructures).
 - En “esclat d’estels”.
 - Inespecífic (que no es pot classificar com cap patró), sobretot si s’acompanya de vasos irregulars.
- **Característiques locals:**
 - Xarxa/reticle pigmentat atípic.
 - Projeccions atípiques (pseudòpodes, extensions radials).
 - Punts-glòbuls atípics.
 - Vasos irregulars i polimòrfics (en coma, puntiformes, lineals, en espiral, gruixuts i tortuosos...).
 - Estructures de regressió.
 - Vel blau-blanc.



2a. Etapa:

■ Anàlisi de Patrons de lesions melanocítiques:

- Valorar irregularitats dels diversos patrons característics de lesions pigmentades melanocítiques.
- Lesions benignes:
 - Nevus congènit.
 - Nevus adquirit juntura/compost/intradèrmic.
 - Nevus adquirit displàsic o atípic.
- Lesions malignes:
 - Melanoma.

Patrons de les lesions melanocítiques

Patró reticular pigmentat

Patró globular (o en empedrat)

Patró homogeni blau

Patró en “esclat d’estrelles”

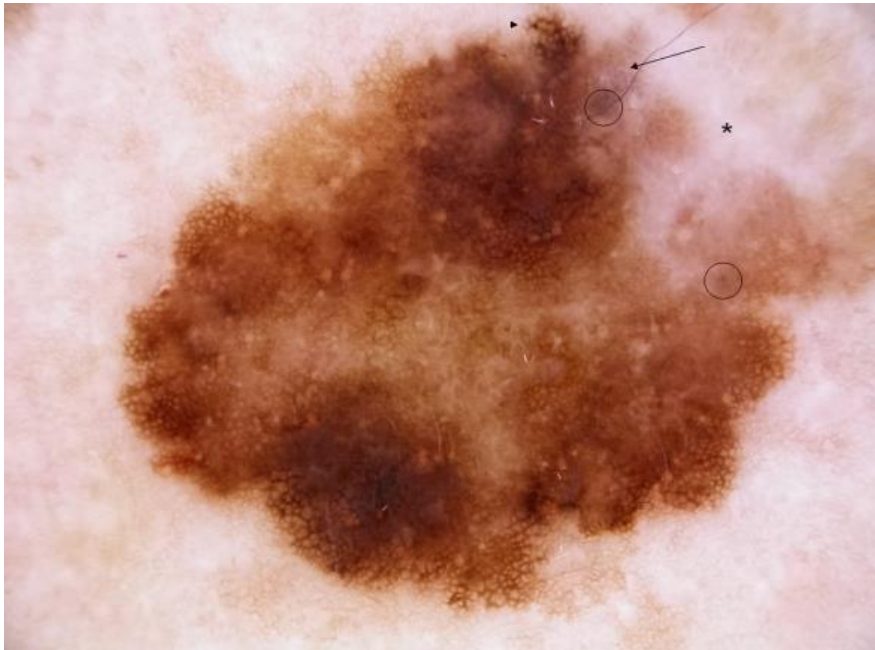
Patró paral·lel (al solc o a la cresta)

Patró multicomponent

Patró reticular:

Melanoma

Reticle irregular, xarxes diferents amb final abrupte en perifèria, asimètric



Font: dermatoweb2.udl.es

Nevus

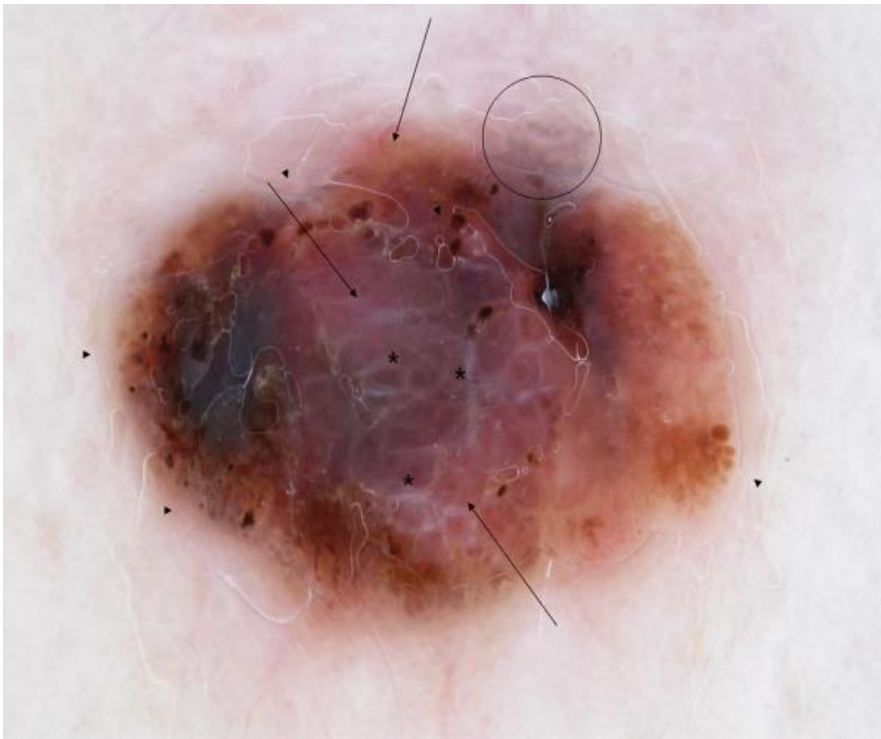
Reticle regular, fi, es difumina en perifèria, simètric.



Patró globular:

Melanoma i Nevus displàsic

Glòbuls irregulars i de diferents mides, asimètric.



Nevus

Glòbuls regulars, distribuïts de manera harmònica.



Font: dermatoweb2.udl.es

Patró homogeni:



Melanoma

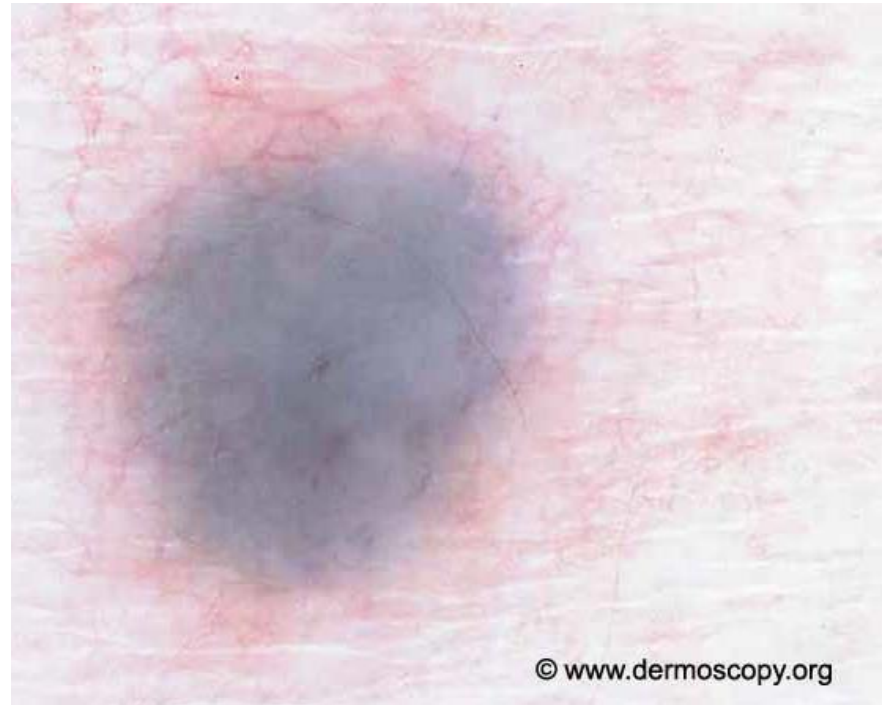
Associat a estructures vasculars fines.
Recent aparició.



© www.dermoscopy.org

Nevus blau

Lesió **estable** en el temps.



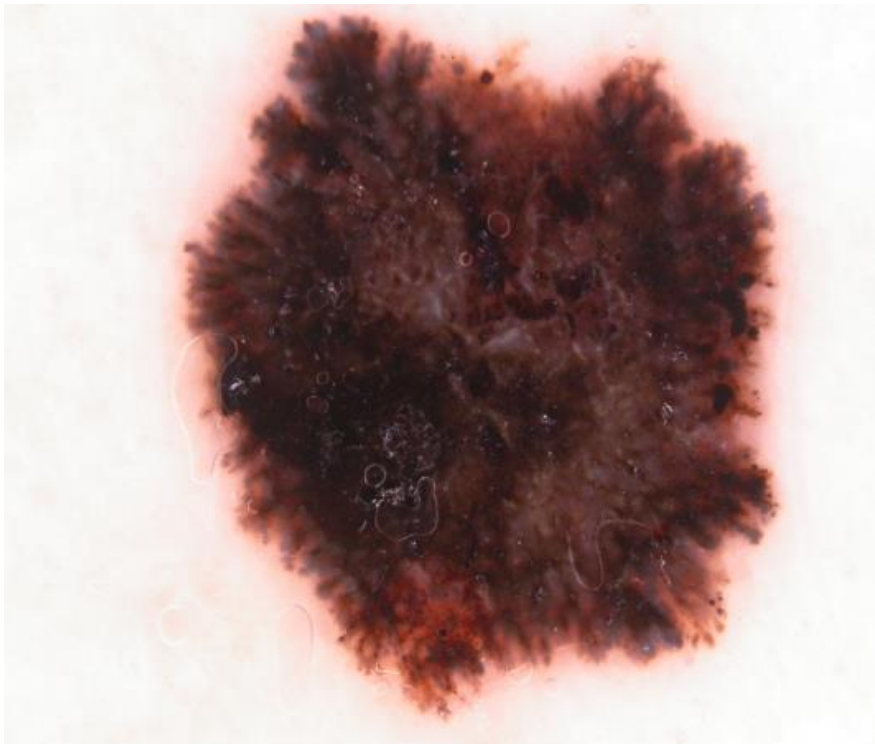
© www.dermoscopy.org

Patró estrellat:

DERIVAR!!!

Melanoma

Asimètric.



Nevus de Reed i de Spitz

Patró en corona d'estrelles.

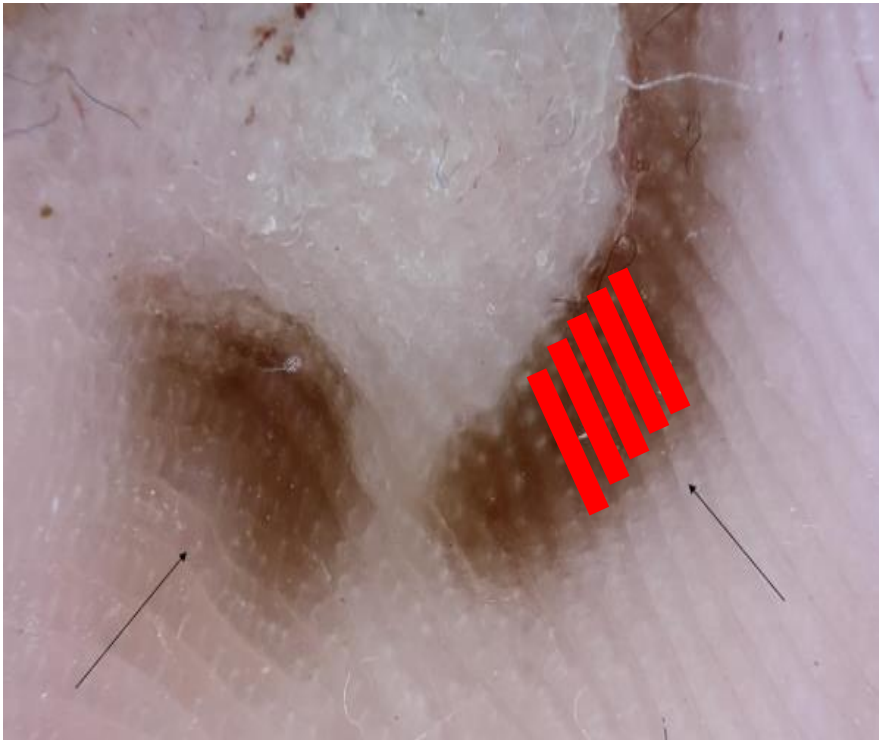


Font: dermatoweb2.udl.es

Patró paral·lel:

Melanoma

Línies paral·leles, **a la cresta**. S'observen sortides de porus ecrins.



Nevus acral

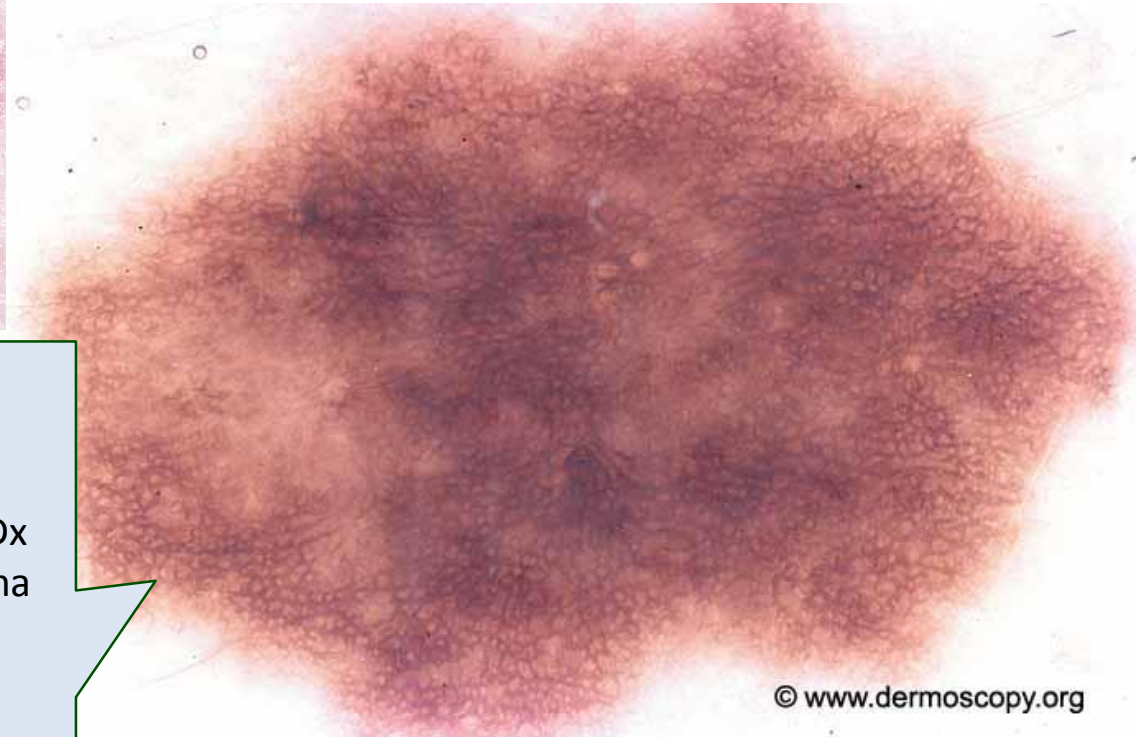
Línies paral·leles, **al solc**. De vegades patró en gelosia.



Font: dermatoweb2.udl.es

2a. Etapa:

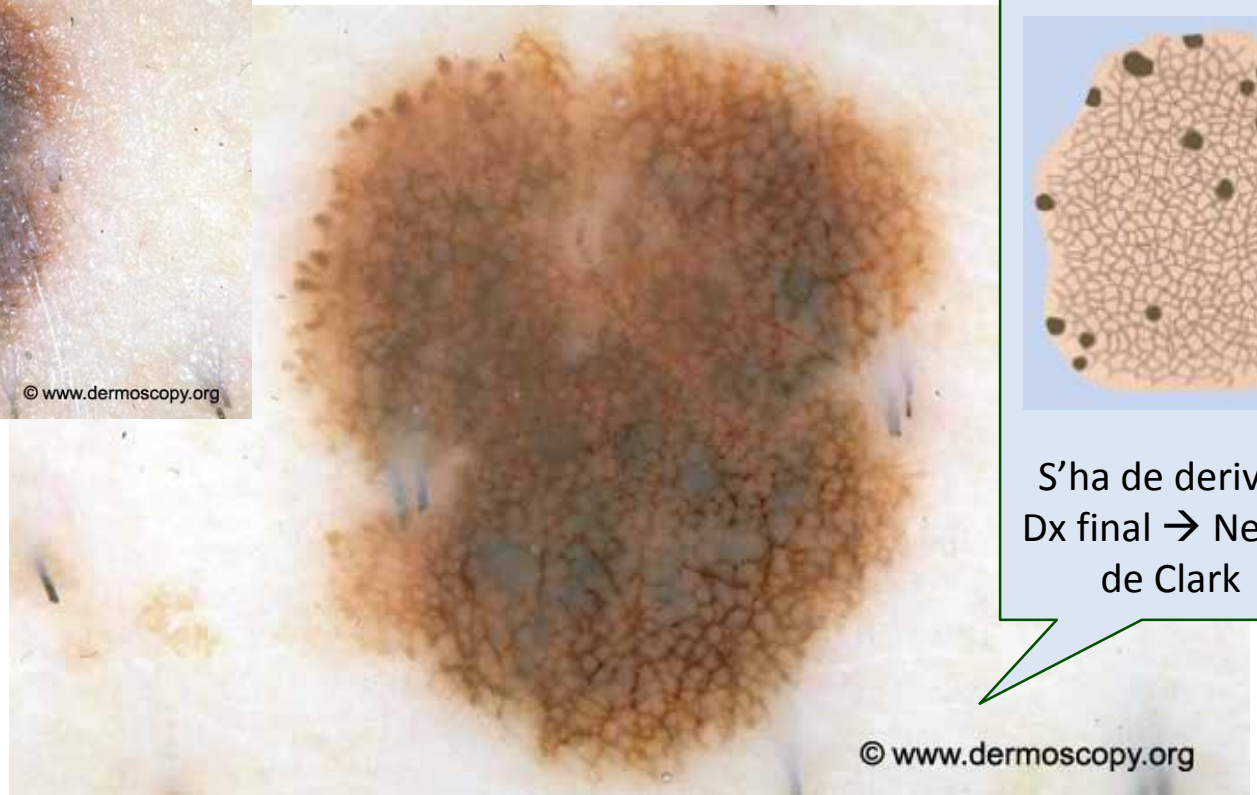
- Anàlisi de Patrons de lesions melanocítiques:



Patró reticular
desorganitzat
(atípic)
S'ha de derivar, Dx
final → Melanoma
in situ

2a. Etapa:

■ Anàlisi de Patrons de lesions melanocít.:



Patró reticular +
globular
desorganitzat
(atípic)



S'ha de derivar,
Dx final → Nevus
de Clark

2a. Etapa:

▪ Altres mètodes:

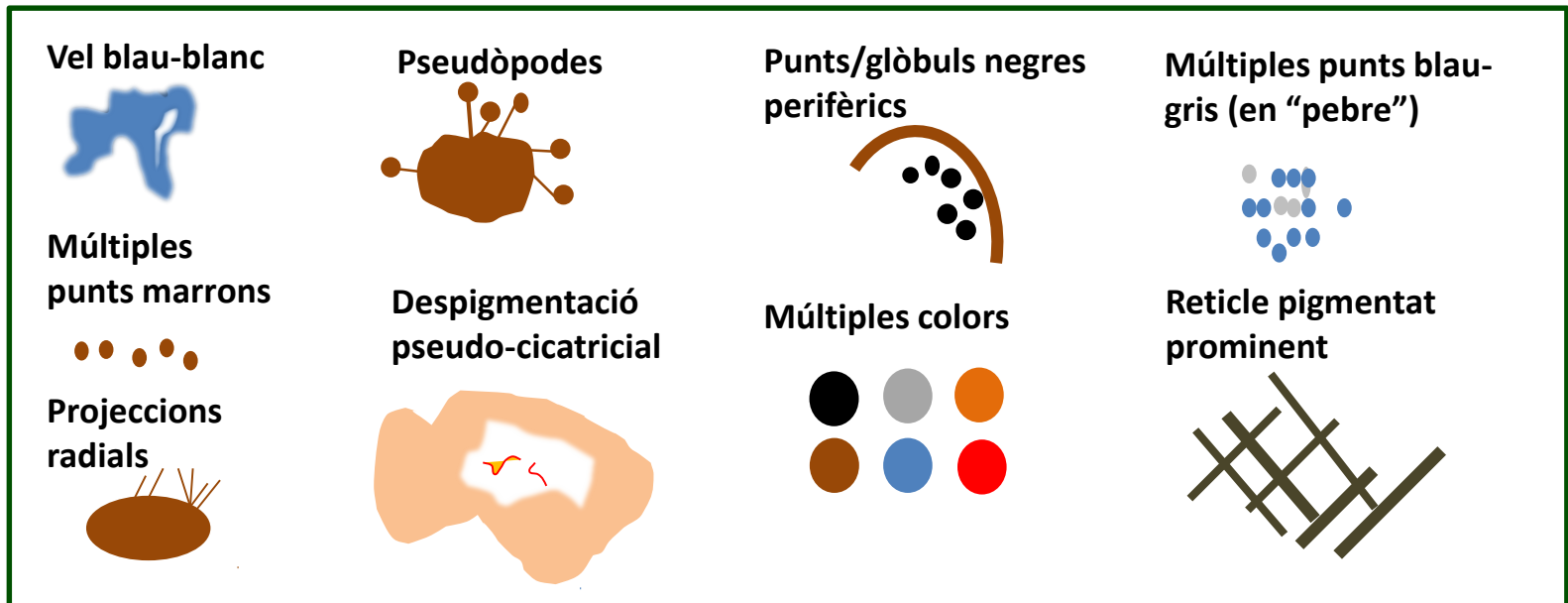
- Hem analitzat els patrons de la lesió reconeguda com a nèvica i ja sabem reconèixer si és típic o atípic, però necessitem uns CRITERIS que ens aclareixin si derivo o no.

**CRITERIS QUE ENS INDIQUIN
SOSPITA ELEVADA DE MALIGNITAT**

2a. Etapa:

■ Mètode de la llista d'11 punts de Menzies:

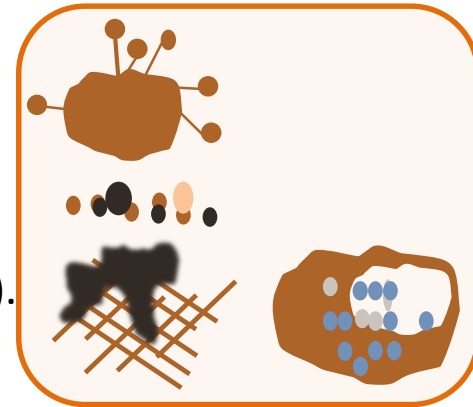
- **Criteris negatius** (NO en melanoma):
 - Presència d'un únic color.
 - Simetria de patró.
- **Criteris positius** (almenys 1 ha d'estar present):



2a. Etapa:

■ Mètode de la llista de 7 punts d'Argenziano:

- **Criteris majors** (cadascú puntua 2):
 - Reticle pigmentat atípic.
 - Vel blanc-blau.
 - Patró vascular atípic (vasos lineals irregulars, vasos puntiformes perpendiculars a la superfície de la pell).
- **Criteris menors** (cadascú puntua 1):
 - Projeccions (distribució irregular).
 - Punts i glòbuls (distribució irregular).
 - Taques de pigment (distribució irregular).
 - Estructures de regressió.



≥ 3 punts → diagnòstic de melanoma (S de 95% i E de 75%)

5. CRIBRATGE A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA AMB EL MÈTODE DE 3 PUNTS DE SOYER

Grup de Dermatologia de la CAMFiC
dermato@camfic.org



Cribratge a l'Atenció Primària

■ Regla dels 3 punts de Soyer:

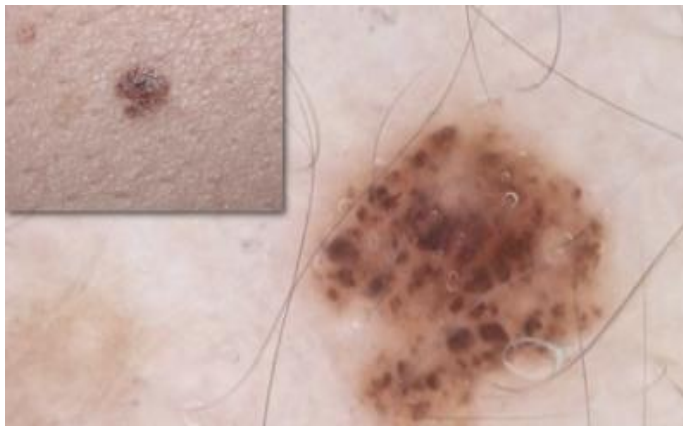
- Mètode de cribratge de càncer cutani. Valoració per dermatoscòpia amb un mètode simplificat de 3 punts per a la discriminació de lesions sospitoses
- No discrimina entre lesions melanocítiques (melanomes) i no (carcinomes).
- El CBC es pot diagnosticar pel mètode en 2 etapes.
- Ideal per Atenció Primària. Observadors amb menys experiència.
- 3 Criteris dermatoscòpics a avaluar:
 - **Asimetria** → De colors o estructura dermatoscòpica.
 - **Reticle pigmentat atípic** → Reticle amb xarxa irregular i línies gruixudes.
 - **Color blau-blanc** → Àrees amb color blau-blanc.
- Puntuació:
 - **Sospita Benigna** → Si 0-1 criteris presents.
 - **Sospita Maligna** → Si 2-3 criteris presents.

**DERIVAR A
DERMATOLOGIA!!!**

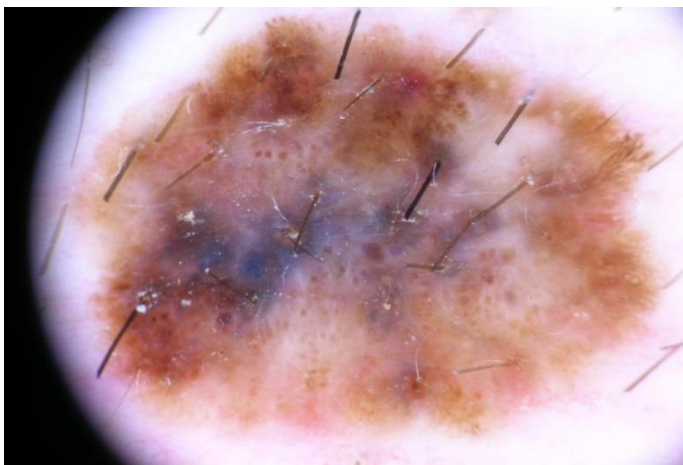
Soyer HP, Argenziano G, Zalaudek I, et al. 3-point check list of dermoscopy. A new screening method for early detection of melanoma. Dermatology 2004; 208: 27-31

REGLA DELS 3 PUNTS. ASIMETRIA:

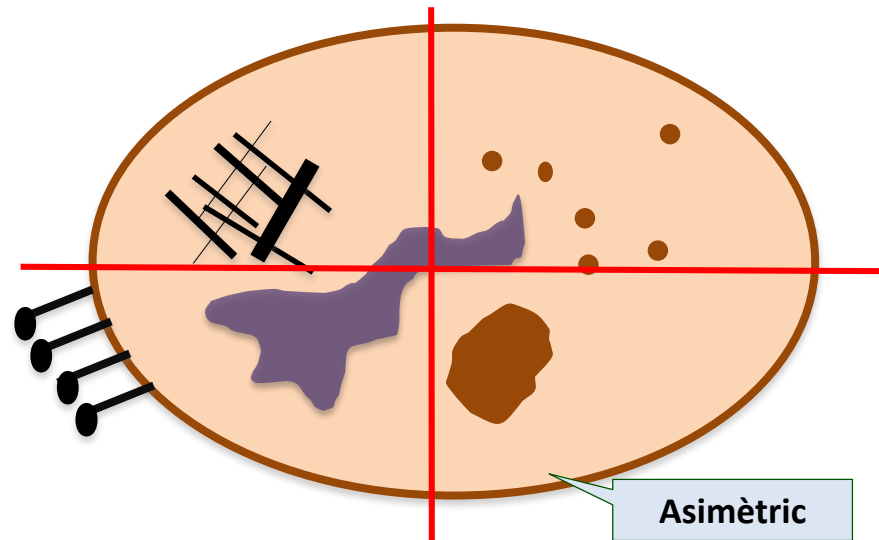
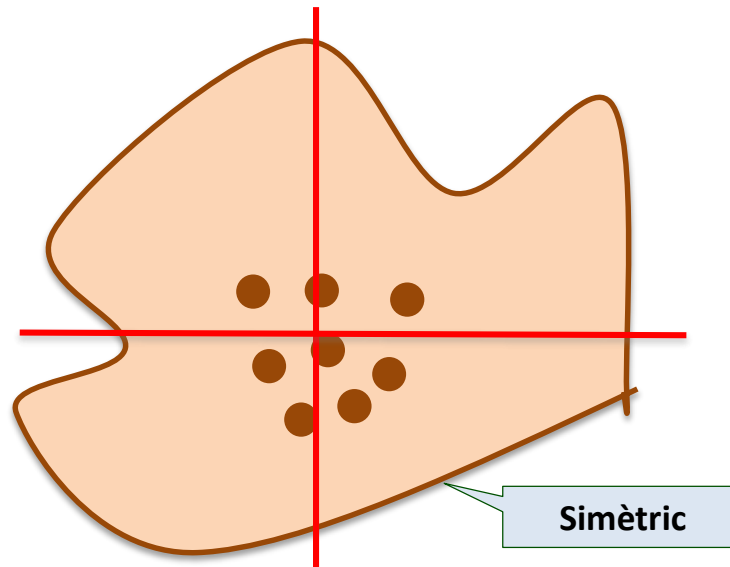
Asimetria de COLOR o ESTRUCTURA (no de forma)
en ≥ 1 dels eixos



www.uv-damage.org

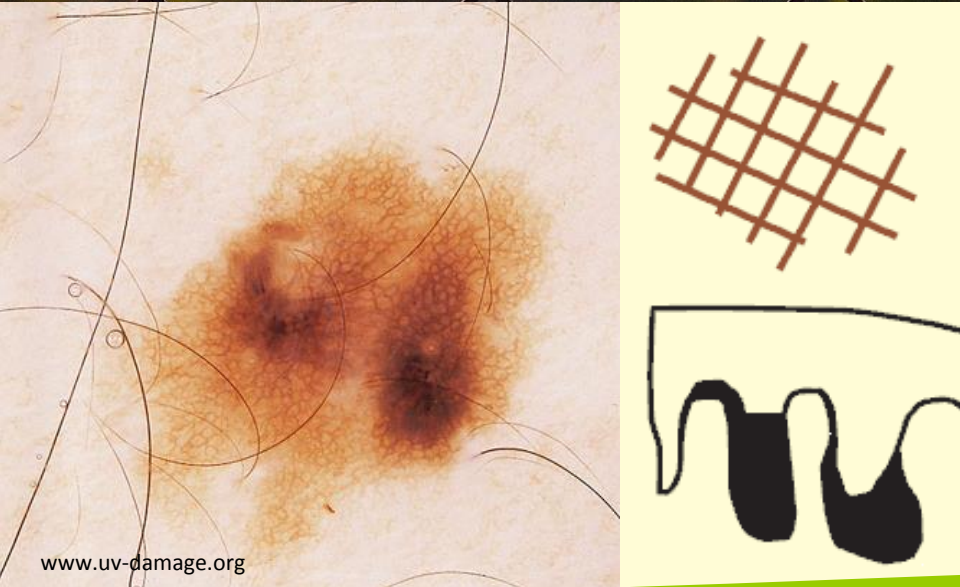


www.topdoctors.es



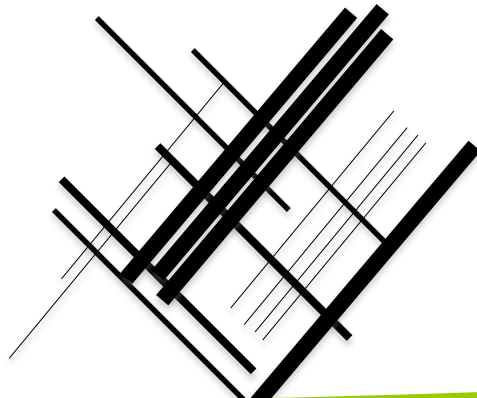
REGLA DELS 3 PUNTS. RETICLE TÍPIC:

Regular en gruix i mida dels orificis



REGLA DELS 3 PUNTS. RETICLE ATÍPIC:

Línies irregulars gruixudes i orificis irregulars



REGLA DELS 3 PUNTS. COLOR BLANC-BLAU:

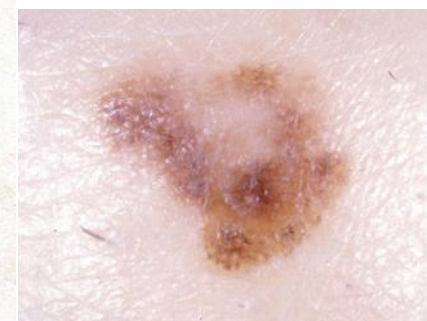
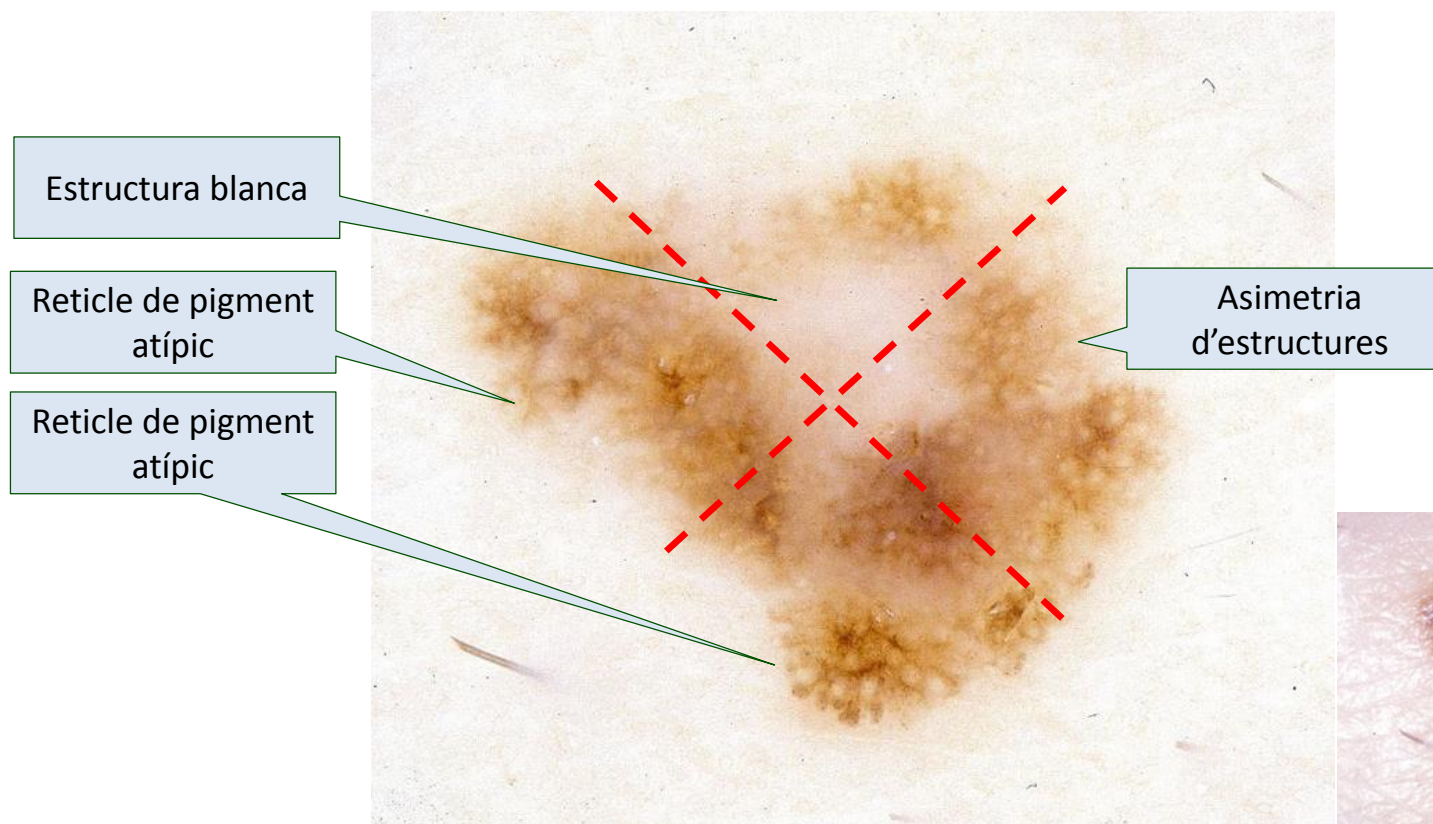
Estructures blanc-blaves com: punts blaus en “pebre”; vel blanc-blavós; cicatriu blanca; estructures blaves en CBC (nius ovoides, glòbuls blanc-gris).





Cribratge a l'Atenció Primària:

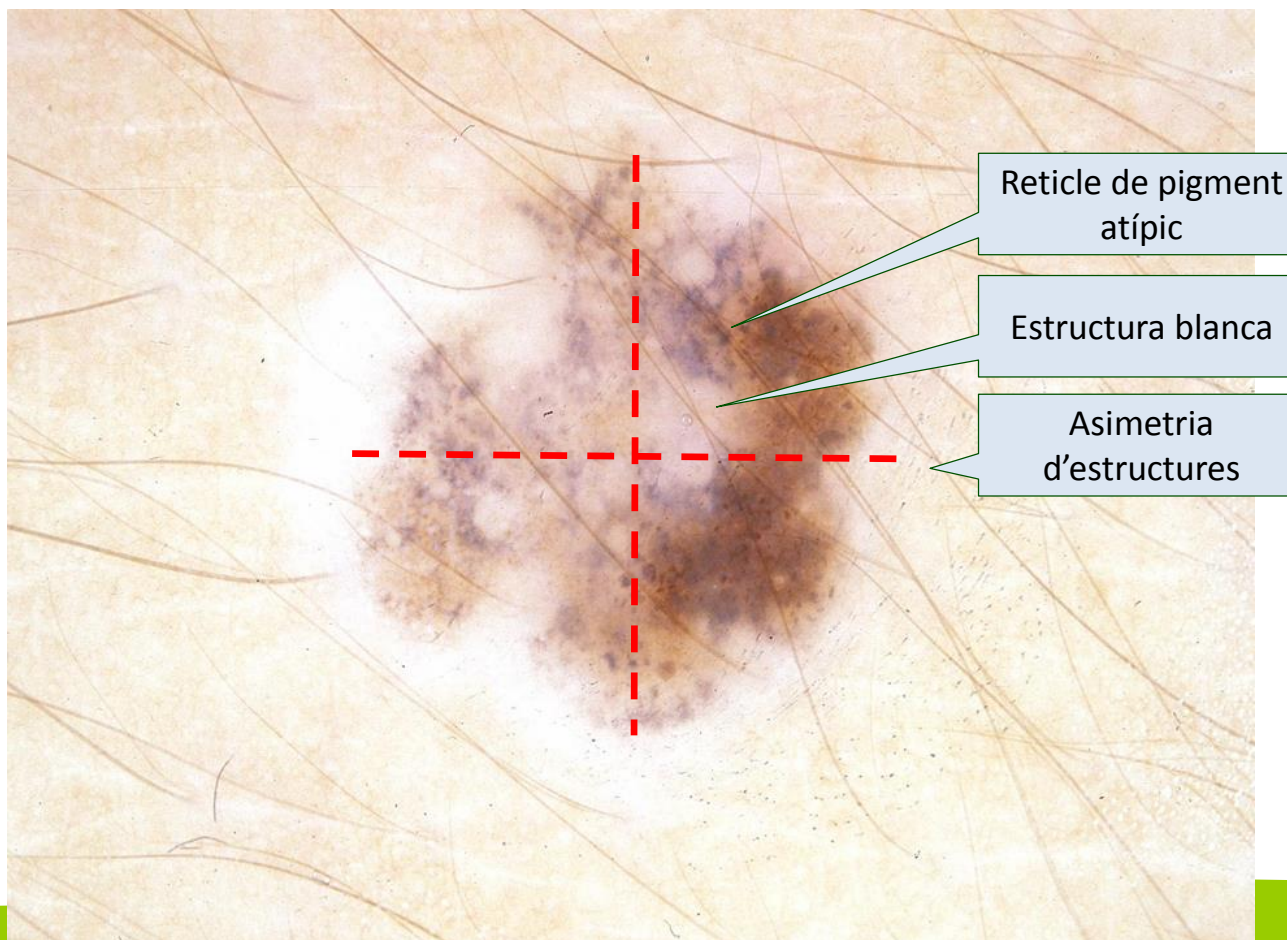
- Regla dels 3 punts de Soyer:



Cribratge a l'Atenció Primària:



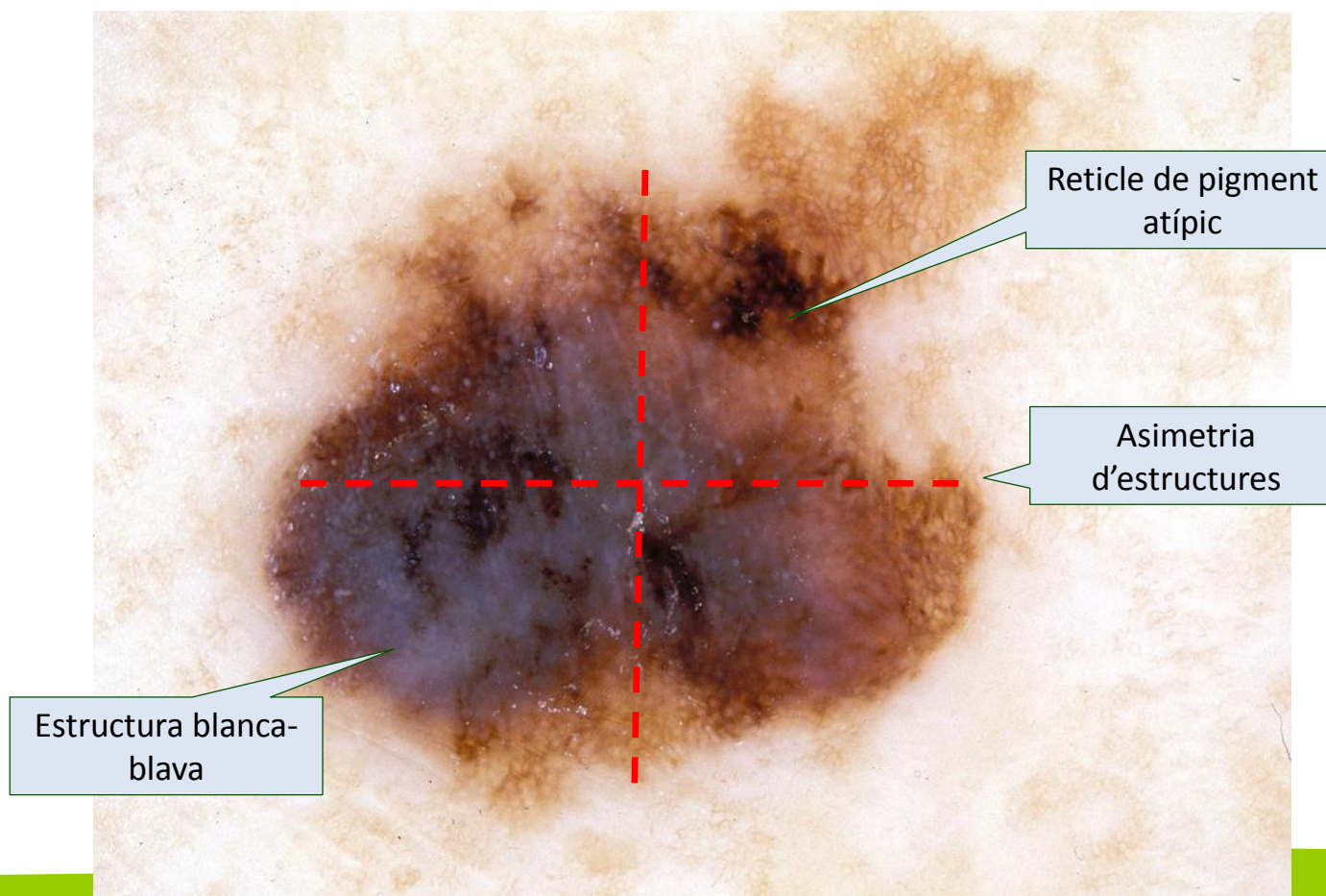
- Regla dels 3 punts de Soyer:



Cribratge a l'Atenció Primària:



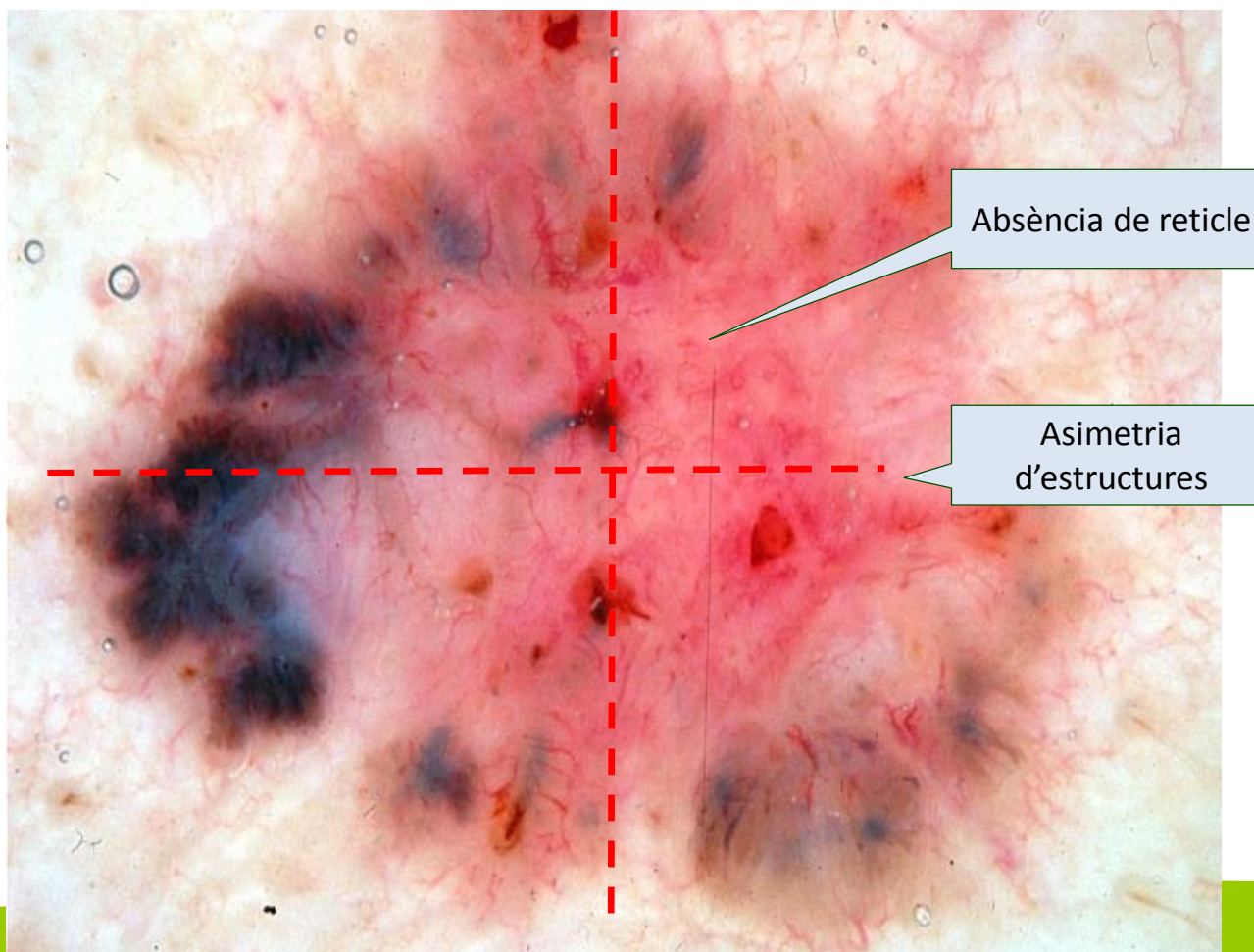
- Regla dels 3 punts de Soyer:



Cribratge a l'Atenció Primària:



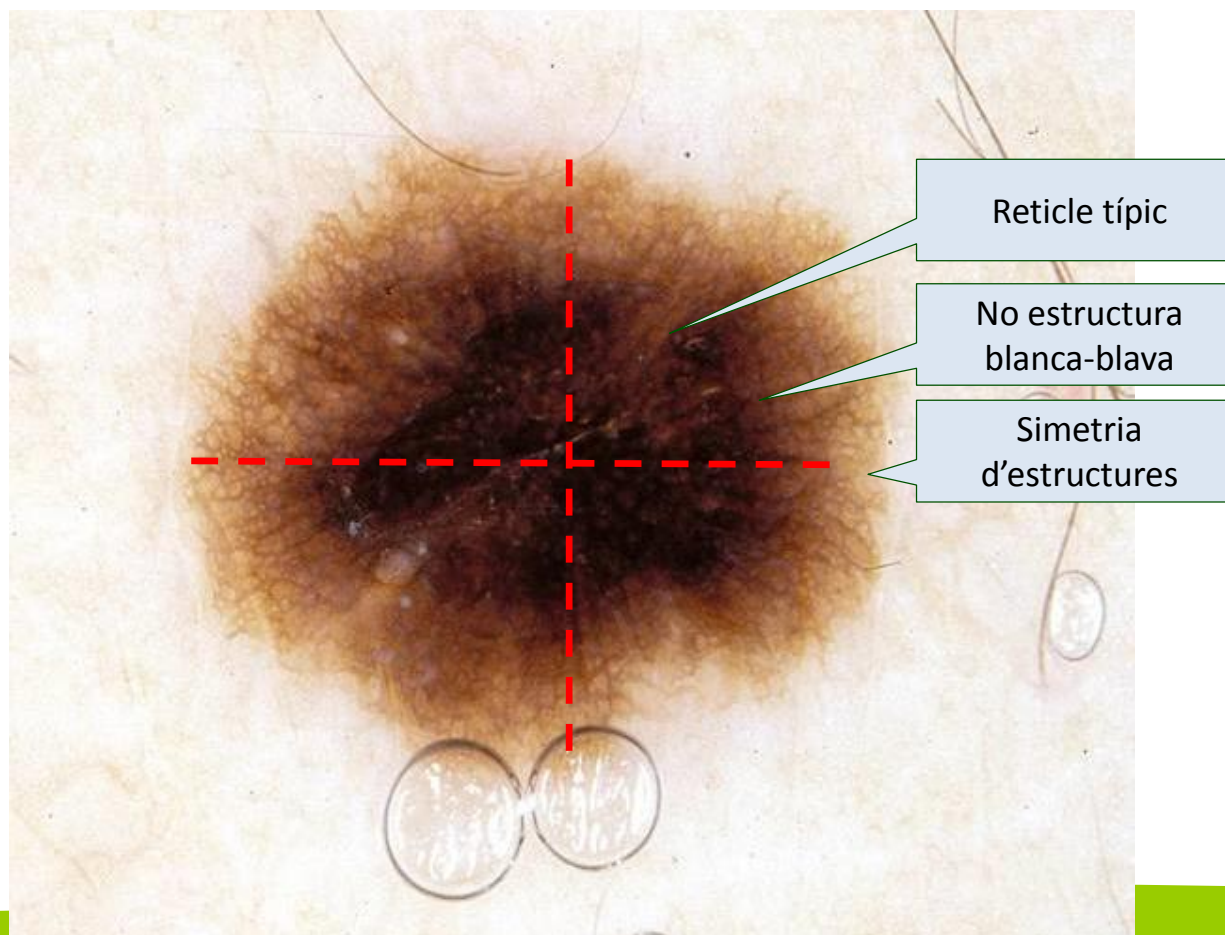
- Regla dels 3 punts de Soyer:

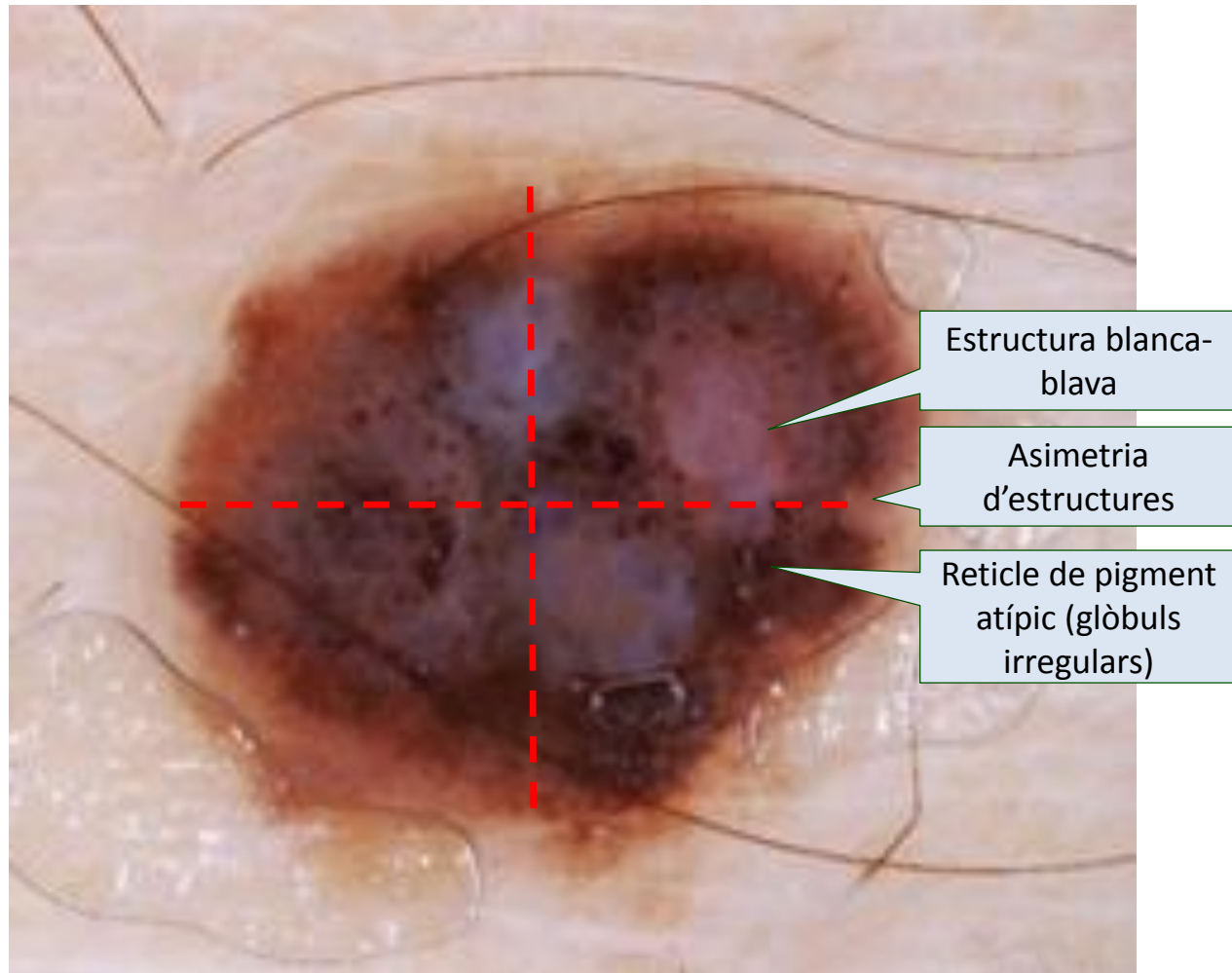


Cribratge a l'Atenció Primària:

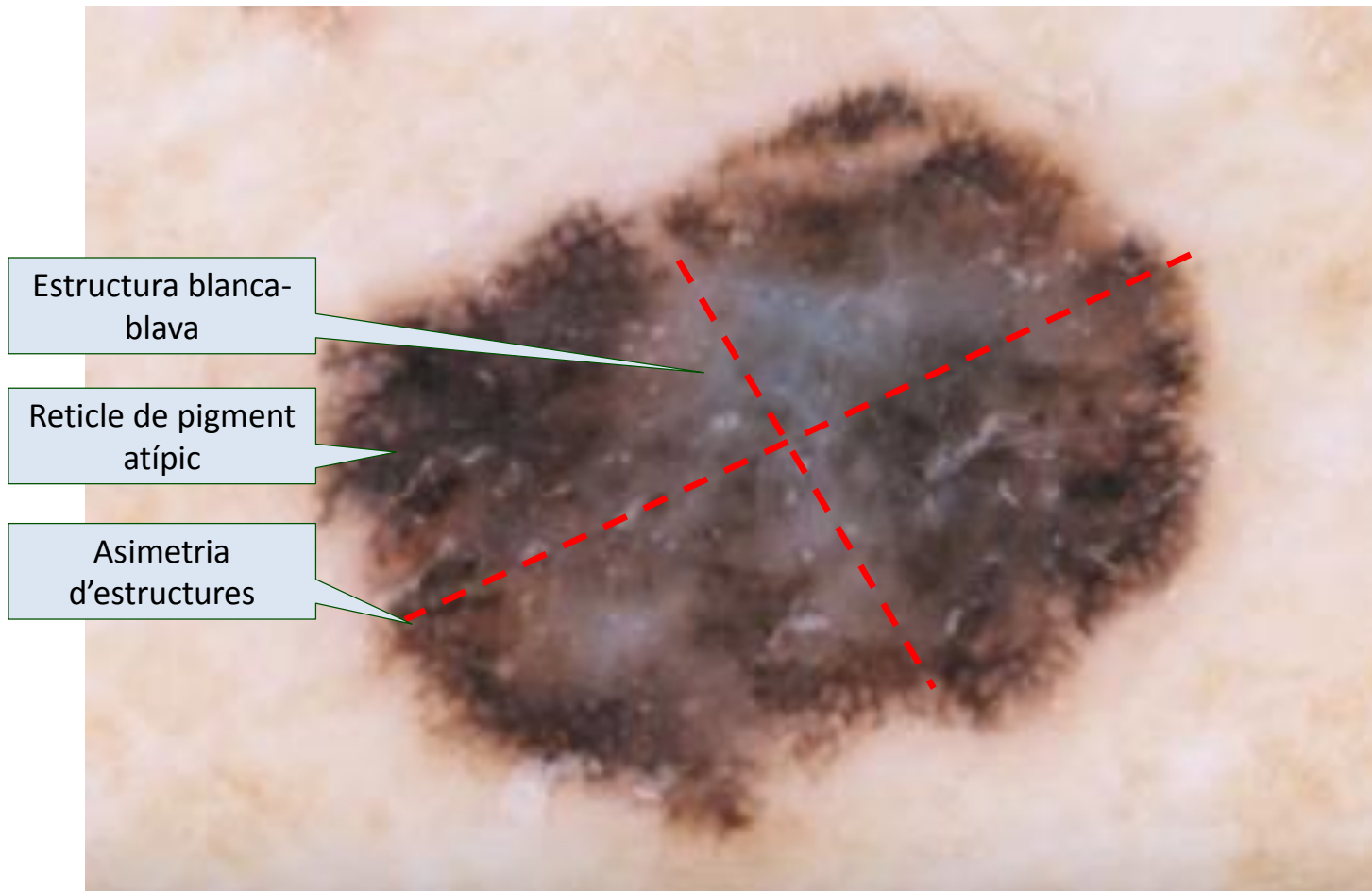


- Regla dels 3 punts de Soyer:





www.uv-damage.org

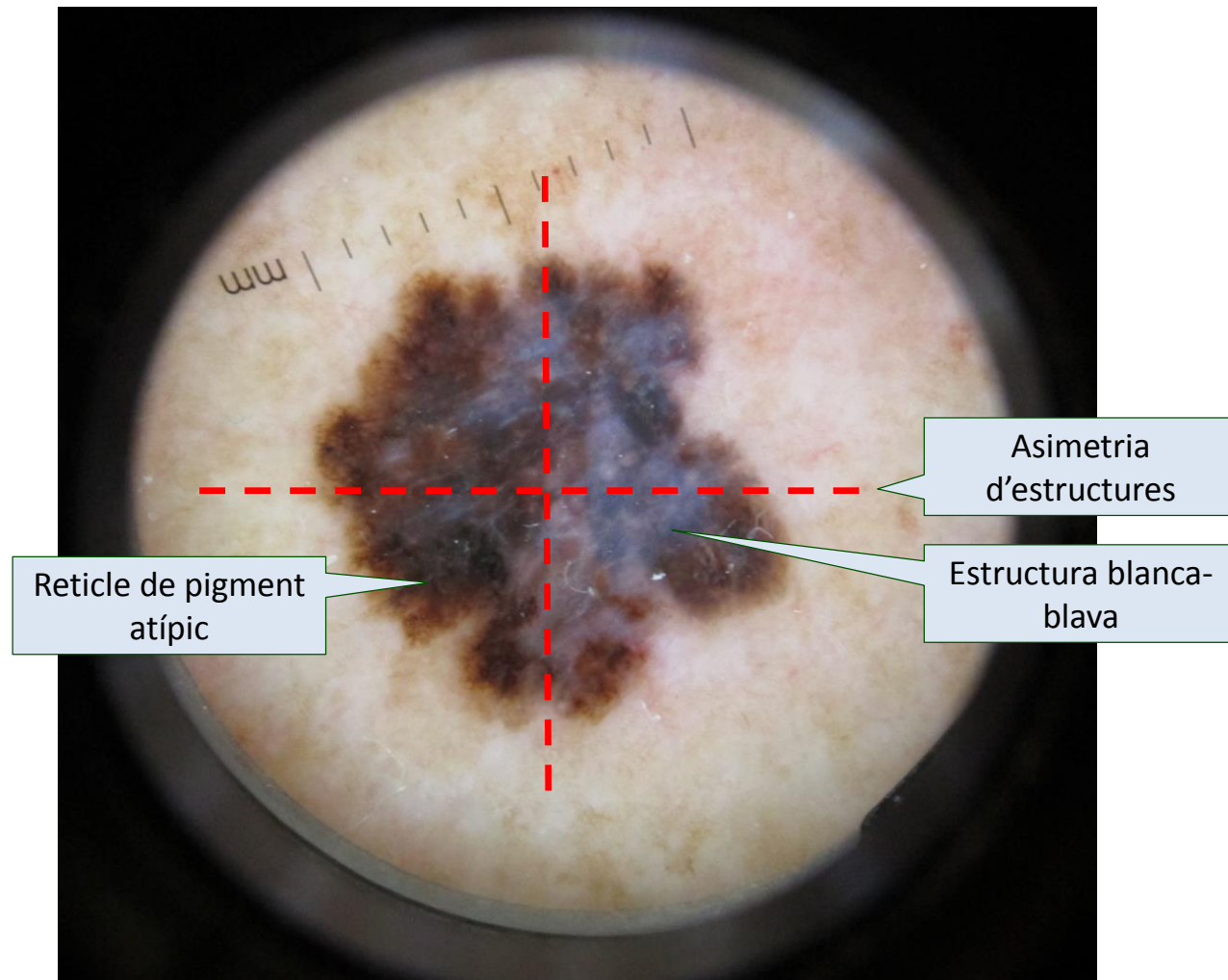


Estructura blanca-blava

Reticle de pigment atípic

Asimetria d'estructures

www.uv-damage.org



Dra. Raquel Molina

Conclusions:

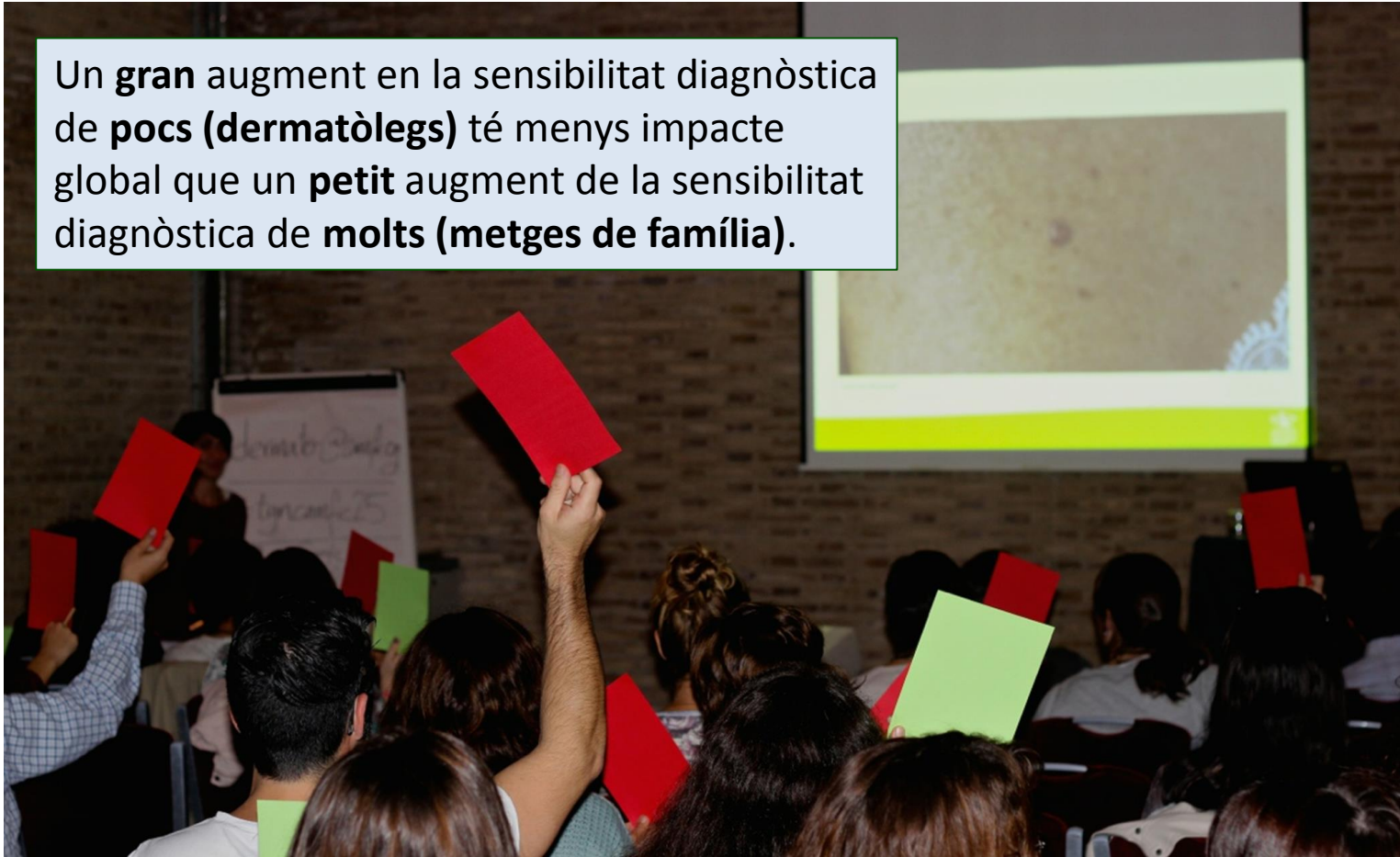
- Càncer de pell → **El més freqüent** (taxes de càncer de pell s'han triplicat al nostre país en 20 anys ¹).
- Consell de **fotoprotecció** → El 70% dels càncers de pell es podrien evitar amb mesures de protecció solar ².
- Cerca activa de **pacients d'alt risc** (ús d'eines diagnòstiques com la dermatoscòpia) → El diagnòstic i el tractament precoç dels carcinomes de la pell poden evitar seqüeles funcionals i estètiques.
- La dermatoscòpia és un sistema de diagnòstic molt **útil**.
- En el cas de l'Atenció Primària pot tenir un paper important en el **cribratge**.
- Té un cost **assequible**.
- Hi ha **criteris, patrons i algoritmes** molt precisos per a les lesions melanocítiques i d'altres patologies.

1) Actas Dermosifiliogr. 2010;101:39–46.

2) <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/who60/en>

Conclusions:

Un **gran** augment en la sensibilitat diagnòstica de **pocs (dermatòlegs)** té menys impacte global que un **petit** augment de la sensibilitat diagnòstica de **molts (metges de família)**.



Dra. Teresa Mateu. Taller Dermatoscòpia Congrés CAMFiC Tarragona 2015

BIBLIOGRAFIA

- Principios de Dermatoscopia. J. Malvehy, S. Puig.
- Manual de Dermatoscopia. J Malvehy, S. Puig.
- Alcántara PA, Menárguez JF. Dermatoscopia en atención primaria. AMF 2013;9(6):331-339.
- Argenziano G, Puig S et al. Dermoscopy Improves Accuracy of Primary Care Physicians to Triage Lesions Suggestive of Skin Cancer. J Clin Oncol 2006 (24):1877-1882.
- Carrera C et al. Correlación histológica de los parametros dermatoscopicos, lesiones melanociticas y no melanociticas, y criterios dermatoscopicos de los nevus melanociticos. Med Cutan Iber Lat Am 2004: 32(2): 47-60.
- Malvehy J, et al. Signos guía en el diagnóstico diferencial en dermatoscopia. Piel 2003;18(2):85-91.
- Argenziano G, Catricalà C. Dermoscopy of Patients With Multiple Nevi. Arch Dermatol. 2011;147(1):46-49.
- De Troya-Martín M et al. Estudio dermoscópico del melanoma maligno cutáneo: análisis descriptivo de 45 casos. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:44-53.
- Pons S. Cancer de piel y lesiones precursoras: lesiones pigmentadas y melanoma. AMF 2013;9(2):64-75.
- Menárguez JF ,Alcántara PA,. ¿Tiene un melanoma?. AMF 2013;9(3):143-147.
- A.J. Stratigos, A.D. Katsambas. The value of screening in melanoma. Clinics in Dermatology (2009) 27, 10–25.
- <http://www.dermapixel.com/2015/06/fotoproteccion-en-la-infancia-que-hay.html>

WEBS D'INTERÈS

- <http://www.dermapixel.com/2015/06/fotoproteccion-en-la-infancia-que-hay.html>
- www.dermoscopy-ids.org
- DERMOSCOPY PODCASTS <http://m.youtube.com/user/dermoscopy>
- dermoscopy tutorial: <http://www.dermoscopy.org/atlas/base.htm>
- <http://m.youtube.com/watch?v=S7gNXIy3dcY>





Moltes gràcies!



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària