

^a Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: mariana@hafner.med.br (M.F. Hafner).

Recebido em 15 de agosto de 2020; aceito em 5 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.03.011>

2666-2752/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Análise de concordância de características dermatoscópicas entre cinco observadores em uma amostra de 200 imagens dermatoscópicas^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A dermatoscopia é uma técnica não invasiva que tem comprovado, em metanálises recentes, aumentar a acurácia no diagnóstico do melanoma cutâneo em comparação ao exame a olho nu. Entretanto, sua aplicação pode ser considerada subjetiva e muito dependente do observador, com forte influência da experiência anterior. Até o momento, poucos estudos de reprodutibilidade com foco na concordância inter-observador de imagens dermatoscópicas foram publicados. A maioria deles é baseada na avaliação de < 50 casos por cada observador.¹⁻³ Além disso, desde a realização do *Internet Consensus Meeting* de 40 especialistas em dermatoscopia em 2003, algumas novas características dermatoscópicas foram descritas que não foram avaliadas.¹

O objetivo deste projeto foi analisar e determinar a reprodutibilidade da análise de características dermatoscópicas clássicas e novas para o diagnóstico de melanoma em 200 imagens dermatoscópicas por cinco observadores em cegamento (E.H.T., L.N.B., J.A.A.I., B.L.M., E.R.L.). A experiência anterior em dermatoscopia foi > 10 anos (um observador), > 5 anos (dois observadores) e < 5 anos (dois observadores).

Foi realizada uma avaliação retrospectiva das imagens dermatoscópicas coletadas no banco de dados da Unidade de Melanoma no departamento do presente estudo. As imagens foram obtidas utilizando-se um sistema de dermatoscopia digital polarizada (Dermlite Photo II Pro HR[®] [3Gen[®], San Juan Capistrano, CA, EUA] e uma câmera Olympus E-420[®] [Olympus, Tóquio, Japão]). O diâmetro da lesão precisava se encaixar na imagem para ser incluído. Casos sem confirmação histopatológica, metástases de melanoma ou melanomas de localizações especiais (melanoma facial,

acral, ungueal, genital ou de mucosa) foram excluídos. A distribuição dos diagnósticos na presente amostra é mostrada na [tabela 1](#).

Foram analisadas as seguintes características dermatoscópicas: cores (marrom clara, marrom escura, preta, azul/cinza, vermelha/rosa, branca), assimetria de cores/estruturas, rede pigmentada atípica, glóbulos irregulares, estrias, borões irregulares, estrias brancas brilhantes, áreas de pigmentação negativa ou marrons, pigmentação preta-azulada, áreas vermelhas-leitosas, padrão em arco-íris, pseudolacunas, ulceração e vasos irregulares. Os dados foram analisados utilizando o software SPSS versão 22.0 (Chicago, IL, EUA). A concordância inter-observador entre os cinco dermatoscopistas foi avaliada através do teste estatístico Kappa de Fleiss.

Os resultados da análise de concordância são apresentados na [tabela 2](#). A maioria das características dermatoscópicas mostrou que os valores de Kappa variaram entre 0,3-0,5, o que pode ser considerado de regular a moderado. A assimetria de cores e estruturas (sim/não) apresentou concordância moderada (0,46-0,49), ligeiramente superior à mesma avaliação considerando um ou dois eixos. A presença de mais de três cores também apresentou concordância moderada (0,46). As estruturas específicas de melanoma que apresentaram maior consistência foram as estrias brancas brilhantes (até 0,55), enquanto as áreas marrons sem estrutura apresentaram os piores resultados (0,05). Algumas características recentemente descritas, como sulcos cutâneos proeminentes e pigmentação preto-azulada, mostraram correlação muito fraca (0,23 e 0,18, respectivamente) entre todos os observadores.

Estudos anteriores determinaram que características relacionadas à organização geral, cores e simetrias têm maior concordância e poder discriminatório do que mui-

Tabela 1 Distribuição do diagnóstico nos 200 casos para avaliação

Diagnóstico	n	%
Melanoma	99	49,5
Nevo melanocítico	45	22,5
Nevo melanocítico com atipia histopatológica	22	11,0
Nevo azul	5	2,5
Nevo de Spitz	4	2,0
Carcinoma basocelular	14	7,0
Ceratose seborreica	5	2,5
Dermatofibroma	2	1,0
Carcinoma espinocelular	2	1,0
Outras neoplasias	2	1,0
Total	200	100

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.03.011>

[☆] Como citar este artigo: Rodríguez-Lomba E, Lozano-Masdemont B, Nieto-Benito LM, Torre EH, Suárez-Fernández R, Avilés-Izquierdo JA. Concordance analysis of dermoscopic features between five observers in a sample of 200 dermoscopic images. *An Bras Dermatol*. 2022;97:382-4.

^{☆☆} Trabalho realizado utilizando dados de pacientes obtidos da Unidade de Melanoma do Hospital General Universitario Gregorio Marañón em Madrid, Espanha.

Tabela 2 Concordância inter-observador de cores e estruturas dermatoscópicas (teste estatístico Kappa de Fleiss)

	K
Três ou mais cores	0,46
Assimetria de cores (sim/não)	0,46
Assimetria estrutural (sim/não)	0,49
Assimetria de cores (0–2 eixos)	0,35
Assimetria estrutural (0–2 eixos)	0,36
Estrias brancas brilhantes	0,55
Padrão vascular polimorfo	0,48
Regressão	0,47
Estrias/pseudópodes	0,45
Rede pigmentar atípica	0,42
Pseudolacunas	0,41
Rede pigmentar negativa	0,40
Glóbulos irregulares	0,38
Vasos irregulares	0,37
Borrões irregulares	0,37
Véu azul-esbranquiçado	0,35
Padrão em arco-íris	0,34
Áreas vermelhas-leitosas	0,30
Sulcos cutâneos proeminentes	0,23
Pigmentação preta-azulada	0,18
Áreas hipopigmentadas	0,16
Áreas marrons sem estrutura	0,05

tas estruturas diagnósticas bem conhecidas, como rede pigmentar atípica ou borrrões irregulares.^{1–3} Algoritmos dermatoscópicos recentes, como os algoritmos CASH e TADA, são baseados nessa ideia.^{4,5} Esse achado foi confirmado na presente análise de concordância e apoia essa abordagem. Por outro lado, são dignos de nota os baixos valores observados em características novas, como sulcos cutâneos proeminentes e pigmentação preto-azulada. Embora essas características tenham sido bem definidas e sua identificação possa ser útil para aumentar a suspeita de certas lesões, sua concordância inter-observador parece ser muito baixa para ser confiável na prática clínica. Espera-se que essa variabilidade seja mais acentuada, principalmente entre dermatoscopistas não especialistas, limitando sua eficácia no diagnóstico.

A dermatoscopia pode ser uma ferramenta diagnóstica subjetiva e sua eficácia na detecção de lesões malignas depende de experiência prévia. Considera-se que algoritmos básicos para não especialistas devem incluir apenas estruturas dermatoscópicas que sejam facilmente identificadas pela maioria dos dermatologistas. As limitações do presente estudo incluem seu desenho retrospectivo e ser de instituição única.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Enrique Rodríguez-Lomba: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica e manejo de casos estudados; revisão

crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Belén Lozano-Masdemont: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica e manejo de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Lula María Nieto-Benito: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica e manejo de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Elisa Hernández de la Torre: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica e manejo de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Ricardo Suárez-Fernández: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica e manejo de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.







José Antonio Avilés-Izquierdo: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica e manejo de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:679–93.
- 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;141:1008–14.
- Carrera C, Marchetti MA, Dusza SW, Argenziano G, Braun RP, Halpern AC, et al. Validity and reliability of dermoscopic criteria used to differentiate nevi from melanoma. A Web-Based International Dermoscopy Society Study. *JAMA Dermatol.* 2016;152:798–806.
- Rogers T, Marino ML, Dusza SW, Bajaj S, Usatine RP, Marchetti MA, et al. A Clinical Aid for Detecting Skin Cancer: The Triage Amalgamated Dermoscopic Algorithm (TADA). *J Am Board Fam Med.* 2016;29:694–701.
- Henning JS, Dusza SW, Wang SQ, Marghoob AA, Rabinovitz HS, Polsky D, et al. The CASH (color, architecture, symmetry, and homogeneity) algorithm for dermoscopy. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:45–52.

Enrique Rodríguez-Lomba ^{a,*},
 Belén Lozano-Masdemont ^b,
 Lula María Nieto-Benito ^a,
 Elisa Hernández de la Torre ^a,
 Ricardo Suárez-Fernández ^a
 e José Antonio Avilés-Izquierdo ^a

^a Departamento de Dermatologia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Espanha

^b Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: enriquerlomba@outlook.com (E. Rodríguez-Lomba).

Recebido em 4 de dezembro de 2020; aceito em 30 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.02.011>

2666-2752/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Curetagem e eletrocoagulação versus exérese cirúrgica no tratamento do carcinoma basocelular de baixo risco – evolução pós-operatória e satisfação aos três meses: ensaio clínico randomizado^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Diversas abordagens terapêuticas são descritas atualmente no tratamento do carcinoma basocelular (CBC), como curetagem e eletrocoagulação (C&E), cirurgia convencional, cirurgia micrográfica de Mohs, agentes tópicos ou intralesionais, radioterapia e terapia fotodinâmica. A escolha do método depende do subtipo do CBC; são considerados o tamanho, a localização, o padrão clínico-patológico e as condições clínicas dos pacientes.^{1,2}

A C&E tem como vantagens o menor tempo cirúrgico e a facilidade na abordagem da lesão, demandando menor estrutura física e menos custos de materiais para sua execução. Porém, o procedimento apresenta um tempo de cicatrização ou recuperação mais prolongado, podendo gerar cicatrizes mais inestéticas em comparação à cirurgia convencional.^{3,4}

Apesar de a C&E ser um método classicamente descrito no tratamento do CBC, há poucos estudos comparando prospectivamente essa técnica com a exérese cirúrgica. Porém, em estudos observacionais, as taxas de recorrência local para curetagem e eletrocoagulação se mostraram comparáveis à cirurgia convencional para lesões de baixo risco.^{2,4}

O presente estudo comparou de maneira prospectiva, randomizada, aberta e controlada as intervenções C&E e cirurgia convencional para CBC de baixo risco em relação a complicações cirúrgicas, recuperação pós-operatória, aspecto estético e satisfação do paciente aos três meses após o procedimento.

Foram incluídos no estudo, entre fevereiro de 2018 e março de 2019, pacientes imunocompetentes, sem transtornos de coagulação, provenientes do Ambulatório do Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu -

UNESP com diagnóstico de CBC de baixo risco, clinicamente evidente, de até 10 mm de diâmetro. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (Parecer: 4.101.709).

Foram consideradas lesões de baixo risco aquelas com bordas bem delimitadas, não recorrentes, fora de áreas previamente irradiadas, localizadas no pescoço, tronco, extremidades (exceto mãos e pés) ou regiões de baixo risco na face (fronte e região bucinadora), com padrão de crescimento expansivo nodular ou superficial.²

As lesões foram demarcadas com caneta cirúrgica com margem de segurança de 3 mm, com auxílio de dermatoscópio.

No grupo de C&E, a porção central da lesão foi excisada com lâmina tangencial (barbirese) e encaminhada a exame anatomopatológico. O restante do tecido tumoral foi curetado até eliminação completa à inspeção, além da pele circundante até demarcação prévia de 3 mm, ou até o limite dos tecidos friáveis. O leito curetado foi eletrocoagulado em sequência. O processo de C&E foi repetido totalizando dois ciclos.^{4,5}

No grupo da exérese cirúrgica, a lesão foi retirada em fuso, seguindo as linhas de tensão da pele, guiada pela demarcação de 3 mm de margem de segurança, fechada com sutura direta, utilizando mononylon 4.0 (tronco e membros) e 5.0 (face) em pontos simples interrompidos.⁶

Os pacientes foram orientados a manter cuidados locais com limpeza e curativo com pomada de antibióticos, e retirar pontos, no caso de cirurgia convencional, na unidade básica de saúde.

As características estudadas foram: sexo; idade; escolaridade; tabagismo; fototipo; tipo clínico do CBC; diâmetro da lesão; sinais de recidiva tumoral; infecção pós-operatória necessitando de cuidados locais ou sistêmicos; deiscência da sutura; sangramento significativo necessitando de atendimento em saúde; retração cicatricial clinicamente evidente; intensidade da dor por escala analógica de 1 a 10; prurido por escala análoga de 1 a 10; interferência dos cuidados pós-operatórios na rotina diária em uma questão tipo Likert com as opções quase nunca, poucas vezes, muitas vezes, quase sempre; satisfação com o procedimento cirúrgico em uma questão tipo Likert com as opções nenhuma, pouca, moderada, muita e total; e resultado estético da cicatriz aos três meses pela "Patient and Observer Scar Assessment Scale" e em uma escala analógica de 0 a 10.⁷

O cálculo do tamanho amostral resultou em 98 lesões e foi baseado em uma diferença de taxa de satisfação máxima com o procedimento esperada de 60% versus 85% para um teste de poder de 80% e $p \leq 0,05$ bicaudal.

As características com $p < 0,2$ nas análises bivariadas foram analisadas por modelos mistos multivariados ajustados por idade, sexo, fototipo, anos de estudo, tabagismo,

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.02.011>

☆ Como citar este artigo: Bastos LMH, Carvalho LP, Haddad GR, Miola AC, Schmitt JV. Curettage and electrocoagulation versus surgical excision in the treatment of low-risk basal cell carcinoma – Postoperative follow-up and satisfaction at three months: randomized clinical trial. *An Bras Dermatol.* 2022;97:384–6.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Infectologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.