



CÓMO CITAR

Otero-Ortega LF, Piña-Rodríguez Y, Román-Manrique Y, Quijano-Rojas JM, Bilbao CH, Soler-Borges J. Estudio dermatoscópico del melanoma cutáneo primario. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e7075. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/7075/6504>

*Autor para correspondencia:

laurenflaviaoteroortega@gmail.com

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas y Cristy Darias-Domínguez.

Palabras clave:

melanoma cutáneo; dermatoscopia; estadio tumoral

Key words:

cutaneous melanoma; dermoscopy; tumor stage

Recibido: 11/11/2025.

Aceptado: 01/02/2026.

Publicado: 11/03/2026.

Artículo de Investigación

Estudio dermatoscópico del melanoma cutáneo primario

Dermoscopic study of primary cutaneous melanoma

Lauren Flavia Otero-Ortega¹  <https://orcid.org/0000-0002-2052-7032>

Yisel Piña-Rodríguez¹  <https://orcid.org/0000-0002-5196-9976>

Yenisey Román-Manrique¹  <http://orcid.org/0000-0003-3071-9879>

Juan Manuel Quijano-Rojas¹  <http://orcid.org/0009-0006-9207-3961>

Carlos H. Bilbao¹  <http://orcid.org/0009-0006-6017-2877>

Jenny Soler-Borges¹  <http://orcid.org/0000-0002-2094-6747>

Afiliación:

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El melanoma cutáneo es una enfermedad grave y potencialmente mortal. La dermatoscopia es imprescindible para su diagnóstico precoz y oportuno.

Objetivo: Determinar las características dermatoscópicas del melanoma cutáneo primario.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en el Servicio Provincial de Dermatología. El universo quedó constituido por 20 casos, que fueron analizados clínica y dermatoscópicamente.



Las variables fueron: edad, sexo, fototipo, estructuras y patrones dermatoscópicos y estadio. Se recogieron los datos en una historia clínica. Se utilizaron los programas Microsoft Excel y SPSS para el procesamiento estadístico.

Resultados: Sobresalió el sexo femenino, las edades entre 53 y 59 años y el fototipo cutáneo III. Las estructuras de mayor incidencia fueron los puntos y glóbulos atípicos, el velo azul blanquecino y la red pigmentaria atípica. Predominó la forma clínica de extensión superficial, el patrón multicomponente y el estadio clínico localizado.

Conclusiones: Se establece una relación inversamente proporcional entre el estadio tumoral y la presencia de estructuras dermatoscópicas. A menor tiempo de evolución de la lesión, existe mayor número de hallazgos dermatoscópicos.

ABSTRACT

Introduction: Cutaneous melanoma is a serious and potentially fatal disease. Dermoscopy is essential for its early and timely diagnosis.

Objective: To determine the dermatoscopic characteristics of primary cutaneous melanoma.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was designed in the provincial Dermatology service. The universe was made up of 20 cases that were analyzed clinically and dermoscopically. The variables were: age, sex, phototype, dermatoscopic structures, patterns and stage. Data were collected in a medical record. Microsoft Excel and SPSS programs were used for statistical processing.

Results: The female sex, ages between 53 and 59 years and skin phototype III were predominant. The structures with the highest incidence were atypical dots and globules, whitish-blue veil and atypical pigment network. The clinical form of superficial extension, the multicomponent pattern and the localized clinical stage predominated.

Conclusions: An inverse relationship was established between tumor stage and the presence of dermatoscopic structures. The shorter the time of evolution of the lesion, the greater the number of dermatoscopic findings.

INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno (MM) es una neoplasia que surge en los melanocitos, células que derivan de la cresta neural y migran durante el desarrollo embrionario. Se localizan en la capa basal de la epidermis y tienen como función



la síntesis de melanina. Afecta la piel en el 90 % de los casos, pero es posible que aparezca en mucosas, globo ocular, leptomeninges y en el tracto gastrointestinal. Puede o no producir pigmento y posee una gran capacidad de inducir metástasis. Además, tiene una alta resistencia a la quimioterapia y radioterapia, por lo que un diagnóstico temprano es primordial para lograr mayores tasas de supervivencia.⁽¹⁾

Se considera que el cáncer de piel es el más frecuente de todos, y se calcula que cada año a nivel mundial se diagnostican alrededor de 3 millones de casos (no melanoma) y 132 000 melanomas, lo que sugiere que la incidencia se ha incrementado casi tres veces en las últimas dos décadas.^(2,3) En los Estados Unidos el riesgo de padecer melanoma a lo largo de la vida se ha incrementado de 1 por cada 1500 personas en 1935 a 1 por cada 39 en 2010. Mientras, en Europa la incidencia se ha incrementado en 3,1 % en el mismo período de tiempo. Lo mismo ocurre en países como Australia y Nueva Zelanda, que son los que registran la mayor incidencia a nivel mundial.⁽²⁾

En Cuba, según el anuario estadístico de 2023, los tumores malignos son la segunda causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 4,4 por 100 000 habitantes.⁽³⁾ Se reportan cada año alrededor de 7000 casos nuevos de carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma maligno.⁽⁴⁾

Desde el punto de vista clínico, se describen cuatro formas clásicas y sus variantes atípicas (estas últimas, aunque no son las más frecuentes, constituyen motivo de errores diagnósticos con desenlaces fatales para los pacientes). Se citan: melanoma de extensión superficial, nodular, lentigo maligno y lentiginoso acral.⁽⁵⁾ De igual forma, existen melanomas cutáneos que pueden cursar con manifestaciones inusuales donde se incluyen el amelanótico, desmoplásico, de las mucosas, Spitzoide y el melanoma sintetizador de pigmento (tipo animal).^(6,7)

Por la necesidad de su detección precoz, surge la evaluación dermatoscópica como un método complementario a la clínica. Su uso aumenta la eficacia en el diagnóstico y seguimiento de lesiones melanocíticas en un 30 % sobre la inspección clínica.^(1,6,8) Matanzas dispone de un grupo multidisciplinario que brinda atención integral a todo paciente con sospecha o diagnóstico de melanoma. A pesar de este arduo trabajo, no existen estudios en la provincia que caractericen mediante la dermatoscopia esta entidad. Al tener en cuenta estos antecedentes, se decidió realizar esta investigación con el objetivo de determinar las características dermatoscópicas del melanoma cutáneo primario.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en los pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo primario, que acudieron a la consulta de tumores periféricos en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de Matanzas, en el período de marzo de 2021 hasta



febrero de 2023. El universo quedó constituido por 20 pacientes que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio. A todos se les practicó un examen clínico y dermatoscópico, con fotografías de las estructuras observadas en cada caso.

Las variables definidas fueron: edad, sexo, fototipo cutáneo, estructuras dermatoscópicas, patrones dermatoscópicos y estadios tumorales. La información se procesó utilizando los valores de frecuencia absoluta y relativa, el cálculo porcentual, así como también otras medidas estadísticas para analizar tendencias y realizar valoraciones cualitativas.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución según la demografía. Predominó el grupo etario 53-59 años, el sexo femenino (55 %) y el fototipo cutáneo III (60 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes según variables sociodemográficas

Variables (n = 20)	Total	
	No.	%
Edad		
25-31	1	5
39-45	5	25
46-52	1	5
53-59	7	35
>60	6	30
Sexo		
Femenino	11	55
Masculino	9	45
Fototipo cutáneo		
II	4	20
III	12	60
IV	3	15
V	1	5

Se analizó el comportamiento de las estructuras dermatoscópicas en correspondencia con la forma clínica estudiada (tabla 2), donde se evidencia que los puntos y glóbulos atípicos, el velo azul blanquecino y la red pigmentaria atípica fueron los de mayor incidencia, ocupando el 19,4; 17,0 y el 15,5 %

respectivamente, con una sumatoria de 52 %, y predominio de la forma clínica de extensión superficial con 9 casos, que representa el 45 % del total.

Tabla 2. Estructuras dermatoscópicas según formas clínicas

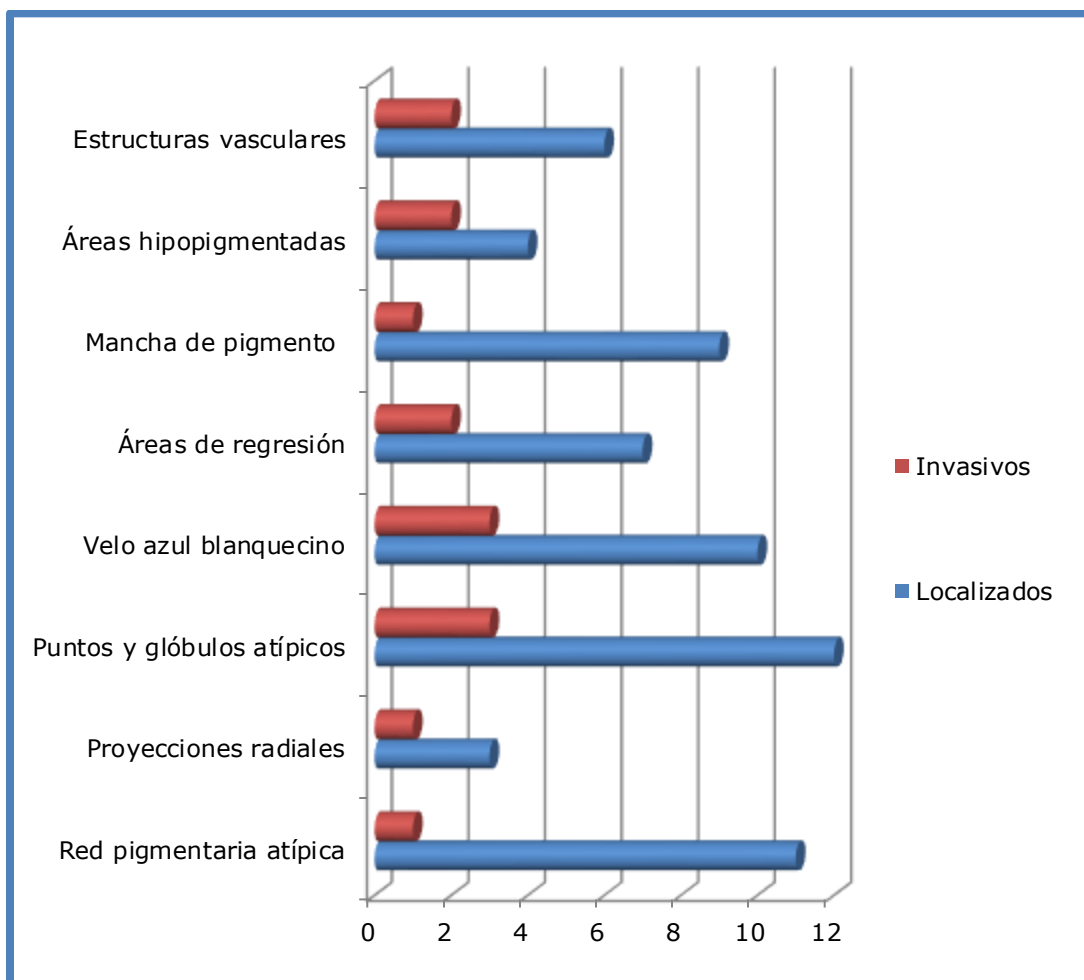
Estructuras dermatoscópicas (n = 77)	Formas clínicas							
	Extensión superficial (n = 9)		Nodular (n = 7)		Lentiginoso acral (n = 4)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Red pigmentaria atípica	9	100	3	42,8	-	-	12	15,5
Proyecciones radiales	1	11,1	1	14,2	2	50,0	4	5,1
Puntos y glóbulos atípicos	7	77,7	6	85,7	2	50,0	15	19,4
Velo azul blanquecino	7	77,7	4	57,1	2	50,0	13	17,0
Áreas de regresión	4	44,4	4	57,1	1	25,0	9	11,6
Mancha de pigmento	7	77,7	1	14,2	2	50,0	10	12,9
Áreas hipopigmentadas	4	44,4	-	-	2	50,0	6	7,7
Estructuras vasculares	3	33,3	4	57,1	1	25,0	8	10,3

La tabla 3 representa la frecuencia de los patrones dermatoscópicos según diagnóstico clínico de las lesiones estudiadas. Se detectó con mayor frecuencia el patrón multicomponente en 13 de los 20 pacientes investigados, seguido del paralelo a la cresta con cuatro pacientes, ocupando el 65 y 20 % respectivamente.

Tabla 3. Patrones dermatoscópicos según formas clínicas

Patrones dermatoscópicos (n = 20)	Formas clínicas							
	Extensión superficial		Nodular		Lentiginoso acral		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Patrón reticular atípico	1	11,1	-	-	-	-	1	5,0
Patrón retículo-globular atípico	-	-	1	14,2	-	-	1	5,0
Patrón paralelo a la cresta	1	11,1	-	-	3	75,0	4	20,0
Patrón multicomponente	7	77,8	6	85,8	-	-	13	65,0
Patrón inespecífico	-	-	-	-	1	25,0	1	5,0
Total	9	100	7	100	4	100	20	100

Se relaciona las estructuras encontradas según el estadio tumoral. En el gráfico, los estadios se agruparon en dos grandes categorías: localizados e invasivos. Los primeros son los que presentan mayor cantidad de hallazgos dermatoscópicos; la red pigmentaria atípica, los puntos y glóbulos atípicos y el velo azul blanquecino son los de mayor incidencia.



Gráf. Distribución de las estructuras dermatoscópicas según estadios tumorales.

DISCUSIÓN

El melanoma cutáneo es uno de los tumores de piel que exhiben mayores índices de mortalidad. Por fortuna, su incidencia no es tan elevada como en los tumores epiteliales. No obstante, su variada morfología clínica, con sus disímiles formas de presentación, atenta contra un diagnóstico temprano y certero.

En la actual investigación se constató una mayor incidencia del melanoma maligno en el grupo etario correspondiente a la quinta década de la vida. Esto se debe a los múltiples factores involucrados en la génesis de esta afección, como los inmunitarios, la predisposición genética, los antecedentes familiares y las radiaciones ultravioletas.

La Sociedad Americana del Cáncer afirma que el incremento anual del melanoma es de 0,6 % entre adultos mayores de 50 años,⁽⁹⁾ datos que concuerdan con la actual investigación.

A nivel nacional, las estadísticas publicadas tuvieron similitud con las presentes. Un estudio realizado en La Habana por Bejerano-Durán et al.,⁽¹⁰⁾ en 2024, mostró un predominio entre las edades comprendidas entre 65 y 76 años. De igual forma, en la provincia de Cienfuegos, se mostró una edad media de diagnóstico entre los 50 y 65 años, lo que indica que ha aumentado aproximadamente cinco años en las últimas tres décadas, tanto en hombres como en mujeres.⁽¹¹⁾

Por otra parte, Rodríguez Lomba⁽¹²⁾ encontró que la edad media de diagnóstico fue de 58 años, además que el envejecimiento progresivo de la población mundial en las próximas décadas hace esperable que la incidencia aumente.

Semanate-Zapata et al.⁽¹³⁾ refieren que, en cuanto a la epidemiología, se observa que el melanoma presenta dos picos de mayor incidencia, uno en la edad media de la vida (40-50 años) y otro hacia los 65 años, con una edad media de presentación a los 58,8 años en los varones y a los 58 años en las mujeres; se consideran estas últimas las de mayor número de melanomas en todas las edades de la vida.

En lo concerniente al sexo, la mayor parte de los estudios y registros mundiales ha puesto de manifiesto que las mujeres son las más afectadas, y así se evidencia en el presente documento. Se atribuye de forma histórica que prácticas habituales en las féminas, como hábitos de mayor exposición solar recreativa en meses de verano, mayor frecuencia de autoexploración y mayor longevidad con respecto al hombre, pueden ser determinantes en este análisis.

Sin embargo, en la última década esta tendencia podría estar igualándose, e incluso invirtiéndose, según los registros más recientes de algunos países como Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda.⁽¹⁴⁾ Resultados semejantes muestran Martínez-Piva et al.,⁽¹⁵⁾ quienes incluyeron 215 pacientes; la mediana de edad fue de 67 años (rango 51-75 años), y un 51 % pertenecía al sexo femenino.

En divergencia expresa Medina Ramírez et al.,⁽¹⁶⁾ en 2024, que en los Estados Unidos la incidencia más alta se da en pacientes caucásicos con una relación de 1/39 para hombres y 1/58 para mujeres.

El fototipo cutáneo de Fitzpatrick es otra variable que presenta un estrecho vínculo con la etiopatogenia de las neoplasias malignas cutáneas. En el presente estudio, comandó la serie el tipo III, debido al predominio de este color de piel en Cuba, según el Censo de Población y Viviendas de 2012, realizado por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadística e Información,⁽¹⁷⁾ donde se encuentra una mayoría de la blanca (64,1 %) y varía

por regiones geográficas. Así, en la provincia de Matanzas, esta es la predominante y representa un 58,4 % del total.⁽³⁾

En la investigación realizada por Bordelois et al.,⁽¹⁸⁾ en Guantánamo, fue más común que los pacientes tuvieran fototipo cutáneo tipo II (33,3 %) y III (40 %). Se afirma que los sujetos con el I, II y III presentan mayor riesgo por estar menos protegidos frente a la radiación ultravioleta. Molina Linares⁽¹⁹⁾ y los anteriores autores, establecen datos similares con las autoras. Colocan al III como un grupo de alto riesgo que experimenta una falsa sensación de seguridad ante la radiación ultravioleta, puesto que en las primeras exposiciones sufren quemaduras de leves a moderadas, pero posterior a esto desarrollan capacidad de bronceado, criterio que los hace vulnerables al adoptar conductas de riesgo, como exponerse a largas jornadas al sol e incorporar esa falsa sensación de seguridad.

La observación de determinadas estructuras dermatoscópicas tiene una estrecha relación con la forma clínica del melanoma. Al revisar cómo se asociaron, se apreció que el de extensión superficial fue el que más estructuras reunió, seguido del nodular y lentiginoso acral. Se asume como obvio este comportamiento, pues al tomar como punto de partida los principios ópticos de la dermatoscopia como técnica diagnóstica, hay que señalar que, al incidir el haz de luz sobre la epidermis, previa sustancia contactante,⁽²⁰⁾ los elementos que están en las capas más superficiales de la piel se evidenciarán más que los que se encuentran en la dermis profunda.⁽²¹⁾

Coincide con lo planteado Martínez-Piva,⁽¹⁵⁾ en que el subtipo histológico más frecuente fue el extensivo superficial (74 %), seguido del nodular (22 %), el acral lentiginoso (2,4 %) y el lentigo maligno (1,6 %).

En lo referente a los patrones dermatoscópicos, es conocido que son el conjunto de estructuras que se agrupan de diferentes formas y constituyen un todo único que responden al diagnóstico de una determinada enfermedad. En ese sentido se aprecia que, en la variedad de extensión superficial, el patrón más identificado fue el multicomponente, con un 77,8 %. De igual forma, este patrón fue el predominante en la forma clínica nodular. Los datos encontrados guardan concordancia con Arenas Guzmán⁽⁵⁾ y Bolognia et al.,⁽⁷⁾ los cuales sustentan el predominio del multicomponente y el patrón inespecífico.

En coincidencia con el presente trabajo, se encontró un estudio transversal realizado en pacientes del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Este informa que el patrón multicomponente estuvo presente en un elevado número de melanomas, para un 72,4 %, seguido del patrón inespecífico en el 20,2 %, y de los patrones retículo-globular y paralelo, con el 3,7 %, de manera respectiva.⁽²²⁾

En la investigación realizada por Heras Alonso,⁽²³⁾ se exponen los diferentes criterios dermatoscópicos para todas las variedades de melanoma. Plantea que



el melanoma de extensión superficial se caracteriza por patrón multicomponente, por lo que la mayoría de los criterios diagnósticos bien conocidos de melanoma se han hecho en el contexto de esta forma clínica. Una estadificación adecuada del melanoma es crucial para la evaluación del paciente: planificar su tratamiento o la inclusión a ensayos clínicos, brindar un seguimiento y desarrollar estrategias de vigilancia sanitaria.⁽²⁴⁾

Actualmente, para evaluar pronóstico y evolución, la American Joint Committee on Cancer utiliza un sistema basado en el estudio del sistema TNM (tumor, nódulo, metástasis). Este permite clasificar a los melanomas en estadios clínicos, dividiendo a los pacientes en portadores de enfermedad localizada (estadios I y II), enfermedad ganglionar y regional (estadio III) y con metástasis a distancia (estadio IV).^(25,1)

Para la presente investigación, los estadios se agruparon en dos categorías: localizados e invasivos. Al analizar las estructuras dermatoscópicas que se observan en cada grupo, se puede constatar que los primeros son los que presentan mayor cantidad de hallazgos dermatoscópicos, y son la red pigmentaria atípica, los puntos y glóbulos atípicos y el velo azul blanquecino los de mayor incidencia. Las lesiones correspondientes a estadios iniciales muestran una mayor cantidad de estructuras anatómicas, ocurre lo contrario en los avanzados. Se atribuye este comportamiento al crecimiento radial de esta etapa, donde las células neoplásicas progresan confinadas a epidermis o dermis superficial, lo que permite una mejor visualización de las estructuras.

En ese sentido, se citan los resultados del artículo de la revista *Advances in Dermatology and Allergology* de 2020,⁽²⁶⁾ donde concluyen que la presencia de una red fina atípica puede orientar al dermatólogo examinador hacia el diagnóstico de formas localizadas, mientras que los pseudópodos, el patrón multicomponente, las regresiones y los vasos sanguíneos atípicos sugieren melanoma invasivo, planteamiento que guarda total similitud con el estudio actual.

Del análisis de los resultados se puede concluir que el sexo femenino, la quinta década de la vida y el fototipo III son los de mayor incidencia en este estudio. Los puntos y glóbulos atípicos, el velo azul blanquecino, la red pigmentaria atípica y el patrón multicomponente fueron los preponderantes. Se establece que existe una relación inversamente proporcional entre el estadio tumoral y el número de estructuras dermatoscópicas presentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de piel [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [citado 10/12/2024]. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2023/08/02/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-del-cancer-de-piel/>
2. Da Silva Cunha HM, Berno Lessa MF, Guimarães Muzzi I, et al. Avaliação do uso de inteligência artificial na detecção precoce de melanoma. Cad Pedag [Internet]. 2025 [citado 10/01/2025];22(1):e13330. Disponible en: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/13330>
3. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2022 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2023 [citado 10/12/2024]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2023/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022-Ed-20231.pdf>
4. Baquero Mendoza SC, Ofarril Hastie V, Varela Villalobos SM, et al. Caracterización de pacientes de la tercera edad que presentan lesiones precancerosas. Folia dermatol cuban [Internet]. 2024 [citado 11/12/2024];18(2). Disponible en: <https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/400>
5. Arenas Guzmán R. Dermatología. Atlas y Diagnóstico y Tratamiento [Internet]. Guadalajara: McGraw Hill Education México y Latinoamérica; 2023 [citado 14/10/2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=3430>
6. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al. Fitzpatrick: Dermatología en Medicina General [Internet]. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001 [citado 14/10/2024]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1189661>
7. Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatología [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2018 [citado 16/11/2024]. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/dermatologia/bolognia/978-84-9113-365-0>
8. Cabrera Lóor JN, Pinoargote Masterrena AG, Palacios Vera MF, et al. Dermatoscopia: Una herramienta indispensable en el diagnóstico dermatológico. Braz J Implantol Health Sci [Internet]. 2024 [citado 10/01/2025];6(8):321-31. Disponible en: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2819>



9. Fonseca Núñez YD, Rodríguez Rosales S. Fotoprotección; un reto en la Cuba de hoy. Multimed [Internet]. 2024 [citado 20/10/2024];28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182024000100006
10. Bejerano-Durán R, Armada-Capote A. Characterization of patients operated on with a diagnosis of skin cancer over a period of 5 years. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2024 [citado 20/10/2024];53(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v53n2/1561-3046-mil-53-02-e30115.pdf>
11. Ayala-Reina Z, González-Deben M, Villafuerte-Reinante J, et al. Caracterización histopatológica del melanoma maligno cutáneo. Provincia de Cienfuegos. 2009-2011. Medisur [Internet]. 2018 [citado 14/01/2025];16(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3893>
12. Rodríguez Lomba E. Validación de estructuras dermatoscópicas y propuesta de algoritmo simplificado para el diagnóstico de melanoma [tesis en Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2021 [citado 20/01/2025]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/entities/publication/3cb11c3e-75e6-4b6f-94eb-d096b8b7ba57>
13. Semanate-Zapata VF, Manzano-Pasquel LD, Ochoa-Vinueza CE, et al. Cáncer de piel melanoma. Una revisión de la literatura. Rev UGC [Internet]. 2025 [citado 14/01/2025];3(2):134-48. Disponible en: <https://universidadugc.edu.mx/ojs/index.php/rugc/article/view/136>
14. Yang DD, Saliccioli JD, Marshall DC, et al. Trends in malignant melanoma mortality in 31 countries from 1985 to 2015. Br J Dermatol [Internet]. 2020 [citado 26/10/2024];183(6):1056-64. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjd/article-abstract/183/6/1056/6600193>
15. Martínez-Piva MM, Vacas AS, Rodríguez Kowalczyk MV, et al. La dermatoscopia como herramienta para inferir el Breslow del melanoma. Actas Dermosifiliogr. 2021;112(5):434-40. DOI: 10.1016/j.ad.2020.11.015.
16. Medina Ramírez IN, Florez Sejin SE, Márquez Maurcia D, et al. Puesta al Día en el Cáncer de Piel: Artículo de Revisión. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2024;8(2):2192-204. DOI: 10.37811/cl_rcm.v8i2.10658.
17. Oficina Nacional de Estadística e Información de Cuba. Censo de población y viviendas, Cuba 2012 [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información de Cuba; 2014 [citado 20/10/2024]. Disponible en: https://users.pop.umn.edu/~rmccaa/IPUMSI/taller_lima_2014/10-cuba_franco_ipums-al_taller_2014.pdf



18. Bordelois Abdo JA, López Mateus M, Fernández Ramírez I, et al. Caracterización del adulto mayor con diagnóstico probable de cáncer de piel. Rev Inf Cient [Internet]. 2019 [citado 24/11/2024];98(1):7-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86223>
19. Molina Linares II, Mora Marcial GR, González Pérez S, et al. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con lesiones malignas en la piel. Medicentro Electrón [Internet]. 2020 [citado 03/07/2024];24(2):305-19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000200305
20. Serrano-Manzano M, García Hernández D, Martínez-Carpio PA. Situación actual de la utilización de la dermatoscopia en Medicina Estética. Med Estét [Internet]. 2019 [citado 05/08/2024];61(4):13-25. Disponible en: <https://www.seme.org/revista/articulos/situacion-actual-de-la-utilizacion-de-la-dermatoscopia-en-medicina-estetica>
21. Elder DE. Lever's Dermatopathology: Histopathology of the Skin [Internet]. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022 [citado 05/08/2024]. Disponible en: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/levers-dermatopathology-histopathology-of-the-skin-2571>
22. Castro-Turusetta AC, Cortina Morales EM, Alvarado Verduzco C, et al. Características dermatoscópicas del melanoma en pacientes del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Acta Méd [Internet]. 2021 [citado 16/11/2024];22(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106579>
23. de las Heras Alonso ME. Diagnóstico precoz de melanoma con dermatoscopia. Rev Investig Educ Cienc Salud. 2022;7(2):86-92. DOI: 10.37536/RIECS.2022.7.2.340.
24. Orozco Sebá BE, Meléndez Ramírez E, Montoya Maya CL, et al. Manual de Dermatología [Internet]. Barranquilla: Editorial Uninorte; 2025 [citado 20/01/2025]. Disponible en: <https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-26598390-152ed26fb4.pdf>
25. Quinaluisa-Erazo CA, Iñiguez-Betancourt KS, Ortiz Quiroz PV, et al. Diagnóstico y tratamiento del melanoma Cutáneo. RECIAMUC [Internet]. 2020 [citado 18/07/2024];4(1). Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/433>
26. Podolec K, Bronikowska A, Pirowska M, et al. Dermatoscopic features in different dermatopathological stages of cutaneous melanomas. Postepy Dermatol Alergol [Internet]. 2020 [citado 24/11/2024];37(5):677-84. Disponible en: <https://www.termedia.pl/Dermoscopic-features-in-different-dermatopathological-rnstages-of-cutaneous-melanomas,7,35935,0,1.html>



Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Lauren Flavia Otero-Ortega: conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización y redacción del borrador original.

Yisel Piña-Rodríguez: investigación, metodología, redacción, revisión y edición.

Yenisey Román-Manrique: investigación, metodología, visualización y redacción, revisión y edición.

Juan Manuel Quijano-Rojas: redacción y revisión.

Carlos H. Bilbao: redacción, revisión y edición.

Jenny Soler-Borges: redacción, revisión y edición.