

Melanoma lentiginoso acral en una paciente adulta

Acral lentiginous melanoma in an adult patient

Dra. Yoandra Seara Govea,^I Dra. Soini González Gámez^{II} y Dr. Maikel González Pérez^{III}

^I Policlínico "Tamara Bunke", Calimete, Matanzas, Cuba.

^{II} Centro Médico Psicopedagógico "América Labadí Arce", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Centro Médico Ambulatorio "Carlos Manuel de Céspedes", Bayazo, Granma, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente ecuatoriana de 58 años, blanca, con antecedentes de hernias discales en regiones cervical y lumbar, quien hace 2 años asistió a la Consulta de Dermatología por presentar cambio de coloración en la uña del tercer dedo de la mano derecha, síntomas que se correspondían con un lentigo simple. En esta ocasión acude con destrucción de la lámina ungueal y aumento de la coloración que se extiende a todo el pulpejo del dedo, por lo cual se le realizó otra biopsia y se confirmó el diagnóstico histológico de melanoma lentiginoso acral (*in situ*).

Palabras clave: hernia discal, región cervical, región lumbar, lentigo simple, melanoma lentiginoso acral.

ABSTRACT

The case report of a 58 years white patient is presented with a history of disk herniation in cervical and lumbar regions, who 2 years ago attended the Dermatology Service due to a color change in the fingernail of the third finger of her right hand, symptoms that belonged to a lentigo simplex. In this occasion she presented destruction of the ungueal bed and increase of color which covers the whole fingertip, so another biopsy was carried out and the histological diagnosis of acral lentiginous melanoma (*in situ*) was confirmed.

Key words: disk herniation, cervical region, lumbar region, lentigo simplex, acral lentiginous melanoma.

INTRODUCCIÓN

El melanoma es el tumor maligno de piel más agresivo, que puede provocar metástasis linfáticas y hemáticas; 90 % de las muertes se asocian a este tipo de cáncer. Se origina de los melanocitos de la piel, células especializadas en la biosíntesis y transporte de la melanina, pigmento que da color a la piel, al pelo y a la úvea ocular. La primera descripción de melanoma fue realizada en el papiro de Eber en 1500 AC, y luego por Hipócrates (460-375 AC).¹⁻³

Desde mediados de los años 60, la incidencia del melanoma maligno se ha incrementado a escala mundial. Así, la tasa de incidencia en Europa es de 10 a 20 por cada 100 000 personas y en Australia, de 50 a 60 por cada 100 000; en Estados Unidos ha aumentado desde 4,5 por cada 100 000 habitantes en 1970 hasta 11,7 y 15,2 por cada 100 000 en 2000 y 2006, respectivamente. Las estadísticas indican que 1 de cada 57 varones y 1 de cada 78 mujeres desarrollará un melanoma a lo largo de su vida; 50 % de estos se observan en individuos con menos de 50 años y 35 % en menores de 35.⁴⁻⁶

Existen 4 subtipos principales: de extensión superficial -- el más frecuente -- (60 - 70 %), nodular (15 - 30 %), lentigo maligno (5 %) y acral lentiginoso (5 - 10 %). Según algunos autores, 7 % de todos los melanomas cutáneos se localizan en zonas distales.⁷

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una paciente ecuatoriana de 58 años, blanca, con antecedente de salud, quien hace 3 años acudió a Consulta de Dermatología por presentar una hiperpigmentación grisácea en la lámina ungueal del tercer dedo de la mano derecha; se le realizó biopsia y diagnosticó lentigo simple. No presentó síntoma subjetivo asociado a esta lesión; por tanto, no le dio importancia, pero tuvo un crecimiento más acelerado en los últimos 6 meses, motivo por el cual volvió a consulta. Fue examinada cuidadosamente y ante las características de la lesión melanocítica, se planteó como diagnóstico presuntivo un melanoma maligno, por ello se le realizaron exámenes complementarios y biopsia de piel.

- Antecedentes patológicos familiares: padre con cáncer de estómago (fallecido)
- Antecedentes patológicos personales: no refiere datos de interés.
- Interrogatorio por aparatos: nada a señalar.
- Hábitos tóxicos: no refiere.
- Examen físico general: negativo
- Examen físico dermatológico: mancha hiperpigmentada en la falange y pulpejo del tercer dedo de la mano derecha con destrucción de la lámina ungueal, signo de Hutchinson positivo en el pliegue adyacente a borde libre (figura). No se constataron adenopatías regionales.

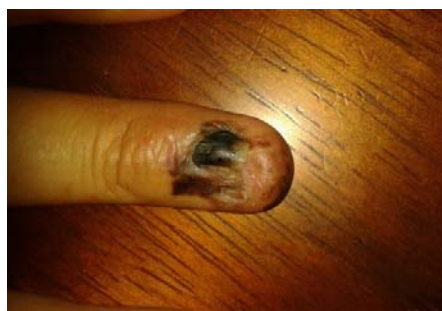


Fig. Signo de Hutchinson positivo en el pliegue adyacente a borde libre

- Exámenes complementarios:
 - Hemograma completo: 12,1 g/dL
 - Glucosa: 78 mg/dL

- Urea: 20 mg/dL
- Creatinina: 0,7 mg/dL
- Colesterol: 110 mg/dL
- Rayos X de tórax para el estadiamiento: negativo
- Ultrasonido ganglionar y abdominal: sin alteraciones, no hepatomegalia
- Electrocardiograma: normal
- Resonancia magnética cerebral: negativa

Se indicó estudio histológico mediante una biopsia en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Se confirmó el diagnóstico clínico presuntivo de melanoma maligno lentiginoso acral con el resultado histológico de piel acral que mostraba hiperplasia de las redes con hiperpigmentación e incremento de los melanocitos basales de moderada a marcada atopia citológica distribuidos de manera irregular, lo cual se acompañaba de escaso infiltrado linfocitario y algunos melanófagos subepiteliales. No se evidenció invasión a la dermis.

Confirmado el diagnóstico, la paciente fue remitida al Servicio de Oncología del Hospital Andrade Marín, de Quito, Ecuador, donde se le realizó tratamiento quirúrgico.

COMENTARIOS

El melanoma acral lentiginoso es el subtipo más común de melanoma en individuos no caucásicos; se registra 70 % en personas negras, 40 % en asiáticos, 15 % en hispanos y solo de 2 a 8 % en caucásicos; sin embargo, no presenta una mayor incidencia global con respecto a los demás subtipos de melanomas citados anteriormente.⁸

De hecho, la patogénesis del melanoma acral lentiginoso no está clara, algunos estudios han vinculado la exposición a químicos y las lesiones traumáticas como factores de riesgo en poblaciones caucásicas. Además, en individuos negros, con pigmentación intermedia (latinos y asiáticos), así como en los blancos, el melanoma acral lentiginoso se produce en zonas no expuestas a la luz ultravioleta; es por ello que esta causa podría no ser el factor etiológico más importante para este tipo de melanoma.⁹

Ahora bien, la localización de estos melanomas en zonas de apoyo sugiere, que la presión puede tener algún papel etiopatogénico, quizá asociado al calor o a los traumatismos repetidos. El reciente hallazgo de la sobreexpresión de NUA2 en los melanomas acrales lentiginosos podría apoyar esta teoría.¹⁰

En casos de difícil diagnóstico se recomiendan los estudios de inmunohistoquímica, entre los cuales figuran: hmb-45, proteína s-100, melan A y enolasa neurona específica; o el de reacción en cadena de polimerasa (PCR) para establecer la expresión de moléculas como CDK4, CDKN2A, CCND1, KIT, TP53, RAC1 Y MITF. Así, se realiza un diagnóstico histológico más preciso y se determinan las células iniciadoras del melanoma, que conforman una subpoblación de crecimiento lento, pero con un gran poder neoplásico *in vivo*; además, estas expresan algunos marcadores, tales como CD20, CD133, CD24, CD271, o el transportador ABC.

Se ha demostrado que las células iniciadoras del melanoma son las responsables de la alta recidiva de estos tipos de tumores, puesto que generan el denominado efecto de campo, debido a la presencia de alteraciones moleculares similares a las observadas en la neoplasia que se ubican adyacentes a la lesión e, incluso, a más de un centímetro de distancia del borde de resección libre de cáncer. Asimismo, estas células son

capaces de disminuir la concentración de los antineoplásicos intracelulares, aumentan la producción de bombas de flujo de salida (ABC5) y pueden evitar el sistema inmunitario mediante simulación, al no expresar o enmascarar el antígeno MART 1.

El tratamiento del melanoma acral lentiginoso es complejo, debido a la dificultad para obtener los márgenes adecuados y a la deficiencia funcional que se puede originar en la ampliación. Estas áreas tienen de 2 a 5 veces más recurrencia en comparación con otras por los pequeños márgenes utilizados.

Históricamente, el tratamiento de elección del melanoma subungular fue, sin lugar a dudas, la amputación del dedo afectado; sin embargo, en los últimos años, se emplean técnicas más conservadoras que permiten obtener márgenes amplios sin necesidad de amputaciones y sin alterar el pronóstico en comparación con la cirugía radical. En una pequeña serie de casos de un estudio realizado en 1997, Tseng observó que, cuando el grosor de Breslow era menor de 1,5 mm, el melanoma subungular tenía una menor tasa de metástasis ganglionar, por lo cual sugirió que estaría indicada la escisión local amplia con márgenes de un cm. La cirugía micrográfica de Mohs se considera el tratamiento de elección para el melanoma acral lentiginoso, puesto que permite extirpar la lesión completa y preservar la mayor cantidad posible de tejido sano, aunque tiene como limitación que, en este medio, son pocos los centros que puedan ofrecer dicha técnica quirúrgica, además del costo requerido.⁸

Una vez que se le diagnostica melanoma a un paciente, este debe seguir controles médicos periódicos para detectar precozmente una recidiva de la enfermedad y un posible segundo melanoma. La recidiva puede presentarse en forma localizada o tránsito (25 % de los casos), de enfermedad regional (26-60 %) o a distancia (15-20 %).

Ante la sospecha clínica de un melanoma lentiginoso acral, a pesar de ser el de menor frecuencia hasta hoy día, hay que tomar todas las precauciones necesarias para corroborar el diagnóstico e indicar el tratamiento adecuado y evitar la metástasis, así como disminuir la mortalidad por esta causa. El diagnóstico precoz es esencial para la curación del melanoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2012; 62(1): 10-29.
2. Slingluff CI, Flaherty K, Rosenberg SA. Cutaneous melanoma. En: De Vita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1643-91.
3. Priario JC. Historia del melanoma maligno en Uruguay. *Rev Méd Urug.* 2005 [citado 8 Sep 2015]; 21(4). Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2005v4/art2.pdf>
4. Garbe C, Leiter U. Melanoma epidemiology and trends. *Clin Dermatol.* 2009; 27(1): 3-9.
5. García Wong H, González Rodríguez Z, López Vergara M. Melanoma maligno en la región frontal. *Rev fdc.* 2012 [citado 8 Sept 2015]; 6(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol6_2_12/fdc01212.htm

6. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhackle CL, Dzekaniak KS, et al. Sunburn, sunscreens and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. *Int J Dermatol*. 2002; 41(9):557-62.
7. Thompson JF, Scolyer RA, Kefford RF. Cutaneous melanoma. *Lancet*. 2005; 365(9460):687-701.
8. Phan A, Touzet S, Dalle S, Ronger-Savlé S, Balme B, Thomas L. Acral lentiginous melanoma: a clinicoprognostic study of 126 cases. *Br J Dermatol*. 2006; 155(3): 561-9.
9. Nestle FO, Halpern AC. Neoplasm of the skin. In: *Dermatology*. 2th ed. Madrid: Mosby; 2008. p. 1745-69.
10. Takata M, Saida T. Early cancers of the skin: clinical, histopathological, and molecular characteristics. *Int J ClinOncol*. 2005; 10(6):391-7.

Recibido: 12 de septiembre de 2015.

Aprobado: 26 de noviembre de 2015.

Yoandra Seara Govea. Policlínico "Tamara Bunke", Calle Independencia No. 1, Calimete, Matanzas. Correo electrónico: yoandrasearagovea@yahoo.com