

Melanoma lentiginoso acral. Reporte de un caso

Acral lentiginous melanoma. A case report

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga; Dr. Asmell Ramos Cabrera; Dra. Laura Lazo Sánchez; Dra. Rebeca Torres García

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey.

RESUMEN

Se reporta el caso de una mujer de raza blanca, ojos azules, 67 años de edad, con antecedentes de padecer de trastornos circulatorios en ambos miembros inferiores y en ocasiones de sacrolumbalgia aguda. Se desempeñó toda su vida como trabajadora agrícola en el municipio Jimaguayú, de la provincia Camagüey. Comenzó a presentar un cuadro neoplásico degenerativo en la planta del pie derecho, a punto de partida un nevo melanocítico congénito, que se diagnosticó clínica e histológicamente como un melanoma lentiginoso acral. Se describen las generalidades del melanoma lentiginoso acral, su forma de presentación, los factores predisponentes y desencadenantes que influyen en la aparición de la enfermedad, así como sus características histopatológicas y los métodos de tratamiento.

DeCS: Melanoma; nevo pigmentado; anciano; femenino; causalidad; informe de caso

ABSTRACT

A case of a white race, blue eyes, 67 years old woman is reported, with antecedents of suffering circulatory disorders in both lower members and from time to time acute sacrolumbalgia. All her life worked like agricultural worker in Jimaguayú municipality, Camagüey province. A degenerative neoplastic picture began to present, to starting point a melanocytic congenital nevus that was clinic and histologically diagnosed as an acral lentiginous melanoma. General considerations of the acral lentiginous melanoma are described, its way of presentation, the predisposing and triggering factors that influence in the apparition of the disease, as well as its histopathologic characteristic and the treatment methods.

DeCS: Melanoma; nevus pigmented; aged; female; causalita; case report

INTRODUCCIÓN

El melanoma es el cáncer de los melanocitos, estas células pigmentarias se encuentran en la capa basal de la piel, mucosas, coroides, meninges y en la dermis como componente de lesiones névicas, en cualquiera de estas localizaciones puede aparecer esta neoplasia maligna.¹

En los últimos 50 años ha existido un crecimiento exponencial de los casos de melanoma. La incidencia en los Estados Unidos ha aumentado desde 4,5/100.000 habitantes en el año 1970 hasta 11,7 y 15,2/100.000 en los años 2000 y 2006. Uno de cada 57 varones y una de cada 78 mujeres desarrollará un melanoma a lo largo de su vida.² El melanoma representa el 2, 5 % de todos los cánceres y es responsable del 1-2 % de las muertes por cáncer. Es la causa más frecuente de muerte entre las enfermedades cutáneas y se desarrolla de «novo» en el 75 % de los casos, pues en el 25 % se desarrolla sobre un nevus preexistente.³

Los individuos con piel clara, rubios o pelirrojos se ven más afectados y los pacientes de raza negra tienen una incidencia 10 veces menor que los de raza blanca. Un 50 % de melanomas se observan en personas menores de 50 años y el 35 % en menores de 35 años.⁴

El 95 % de melanomas se desarrolla en la piel, pero pueden desarrollarse en otras localizaciones como el ojo y la mucosa oral o genital. Un 3 % de pacientes

desarrollan melanomas ocultos (enfermedad metastásica sin evidencia de tumor primario).⁵

Aunque la causa de este tumor es desconocida, se sabe que la radiación ultravioleta solar juega algún papel en la génesis de la neoplasia. Se ha determinado con certeza que existen lesiones tumorales cutáneas que son precursoras del melanoma, dentro de estas figuran el léntigo maligno (5-50 %), los nevos displásicos (2 %), y los nevos melanocíticos congénitos (1 %).⁶

Cuatro tipos de melanomas han sido descritos: el lentigo maligno de Hutchinson, el melanoma extensivo superficial de Clark, el nodular y el lentiginoso acral.⁷

REPORTE DEL CASO

Presentamos el caso de una mujer de raza blanca, ojos azules, 67 años de edad, con antecedentes de padecer de trastornos circulatorios en ambos miembros inferiores y en ocasiones de sacrolumbalgia aguda.

Se desempeñó toda su vida como trabajadora agrícola en el municipio Jimaguayú, de la provincia Camagüey, donde reside desde su nacimiento; en estos momentos se encuentra jubilada y se dedica en su casa a las labores domésticas.

Acudió a nuestra consulta refiriendo que hace aproximadamente dos años comenzó a presentar una picazoncita alrededor de un lunar de nacimiento que posee en la planta del pie derecho, varios meses después de aparecer esta sensación de picazón, este lunar comenzó a cambiar de coloración, adoptando una tonalidad más negra hacia el centro y más clara hacia fuera. No acudió al médico de la familia, pues comenzó a aplicarse sábila y fomentos de manzanilla, con lo que no mejoraba y la alteración continuaba creciendo. Al transcurrir un año y medio de comenzar a preocuparse por lo que le estaba ocurriendo, acudió al consultorio del médico de la familia, donde al ser valorada por el especialista en MGI, se determinó que este lunar de nacimiento no solo había crecido en tamaño y había cambiado de coloración, sino que además se estaba ulcerando. Por todo lo anterior planteado decidieron enviarla con urgencia a la consulta de Dermatología del Hospital Militar de Camagüey.

Al examen físico dermatológico se constató la presencia de un cuadro cutáneo localizado a nivel del tercio posterolateral de la planta del pie derecho, constituido por una placa asimétrica, de aproximadamente 7cm de largo y 4cm de ancho, con una elevación por encima del nivel de la piel de \pm 1mm, de bordes irregulares pero bien definidos. Figura 1.



Fig.1. Cuadro cutáneo localizado a nivel del tercio posterolateral de la planta del pie derecho constituido por una placa asimétrica, de aproximadamente 7cm de largo y 4cm de ancho

La superficie de la placa presentaba una coloración diversa, predominaba el negro hacia el centro de la lesión y el marrón hacia la periferia, salpicada con algunos puntos pequeños de color negro. Hacia el extremo inferolateral de la placa, se observó la presencia de una úlcera redondeada, de \pm 1cm de diámetro, bordes bien definidos, fondo limpio, cubierto por un líquido transparente y adherente. No se encontraron signos de sepsis.

No constatamos la presencia de adenopatías regionales.

Interpretamos esta alteración cutánea como un melanoma maligno lentiginoso acral, por las características morfológicas de las lesiones de piel que presentaba y teniendo en cuenta su antecedente de presentar en la zona donde se desarrolló esta neoplasia maligna, un nevo melanocítico congénito. Previa coordinación con especialistas en Oncología radicados en el Hospital Oncológico de la provincia Camagüey, se indicó la realización del estudio histológico mediante la práctica de una extirpación-biopsia incluyendo toda la lesión, se estableció un margen de seguridad de piel sana. En el hospital Oncológico se indicaron además los exámenes complementarios pertinentes antes del acto quirúrgico.

Se confirmó el diagnóstico clínico presuntivo de melanoma maligno lentiginoso acral con el resultado histológico que reportó una considerable actividad de la unión, con un flujo de células anaplásicas de epidermis a dermis. La epidermis mostró una marcada proliferación hacia abajo de los procesos interpapilares. Figura 2.

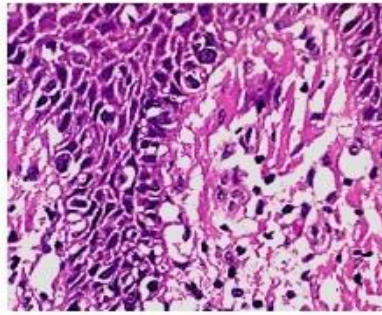


Fig. 2. Estudio histológico que corrobora el melanoma maligno lentiginoso acral

Las células tumorales se extendieron hacia arriba en la epidermis suprayacente al melanoma.

En la dermis, los mamelones neoplásicos formaron grandes sábanas celulares que mostraron variaciones de forma y tamaño. Se reconocieron células epitelioides y fusiformes, estas últimas predominaron en forma de haces alargados.

DISCUSIÓN

El melanoma lentiginoso acral es el menos frecuente de todos los tipos clínicos de melanoma, representando un 2-8 %, pero es la forma más frecuente de melanoma en personas de raza negra y asiáticos. Se trata de un melanoma rápidamente invasor que aparece en la extremidades, especialmente en palmas de las manos, plantas, bordes de los pies (región que refleja mayor afectación) y región periungueal. Generalmente se observa en personas mayores, con una edad media de 65 años, y un período de evolución de 2,5 años. ^{1, 2}

La radiación solar ultravioleta es el factor etiopatogénico más importante en el desarrollo del melanoma maligno, aunque se han involucrado otros factores de riesgo tales como la herencia, la existencia previa de un melanoma constituyendo el riesgo relativo de desarrollar un segundo melanoma 70 veces superior, la existencia de nevos melanocíticos congénitos o de múltiples nevos adquiridos, los nevos melanocíticos congénitos gigantes tienen un riesgo de transformación maligna del 6 % al 8 %, y generalmente desarrollan melanoma antes de los 10 años de edad del paciente. Otros factores de riesgo identificados incluyen agentes químicos, físicos e inmunológicos. ^{3, 4}

El diagnóstico clínico de melanoma lentiginoso acral se basa en el reconocimiento en las extremidades de una lesión pigmentada, asimétrica, de bordes imprecisos y

coloración abigarrada, con áreas negras y áreas menos pigmentadas, que asienta de novo o sobre algunos tipos de tumores cutáneos preexistentes tales como el léntigo maligno, nevos displásicos, o algún nevo melanocítico congénito, los signos iniciales son la presencia de cambios en su coloración, prurito, aumento de tamaño y desarrollo de lesiones satélites. En lesiones más evolucionadas pueden observarse la aparición de hemorragia y/o ulceración. La utilización sistemática de los criterios clínicos resumidos en el acrónimo ABCD (A: asimetría; B: bordes irregulares; C: coloración heterogénea; D: diámetro mayor de 6mm), es útil para discriminar entre las lesiones benignas y aquellas en las que pueda existir algún un grado de sospecha. Las lesiones de piel pueden estar asociadas a metástasis linfáticas regionales, que en los pacientes con melanoma tiene un valor pronóstico en relación a la supervivencia. ⁵

Cuando existe la sospecha clínica de que una lesión cutánea puede ser un melanoma lentiginoso acral, la técnica de diagnóstico recomendada es la realización del estudio histológico mediante la práctica de una extirpación-biopsia incluyendo toda la lesión, con un estrecho margen de piel sana. ⁶ Histológicamente las lesiones son denominadas lentiginosas, pues la mayoría de las células tumorales se localizan cerca de la unión dermoepidérmica de forma solitaria, especialmente en la periferia de la lesión, aunque algunas pueden ser apreciadas en las capas superiores de la epidermis, en el centro de la lesión. El cuadro histológico difiere del léntigo maligno por la acantosis irregular que aparece en esta forma clínica, la ausencia de elastosis en la dermis y las formas dendríticas de las células de la lesión. Las lesiones microinvasivas in situ muestran hacia la periferia un cuadro histológico «benigno», que consiste en un incremento de los melanocitos basales atípicos acompañado de hiperpigmentación, no obstante, en el centro de la lesión es evidente la presencia de una enorme atipia celular. Podemos encontrar además un infiltrado inflamatorio liquenoide situado en la unión dermoepidérmica, en ocasiones es tan denso que simula la presencia de un proceso inflamatorio. Se aprecia además la presencia de células pagetoides tumorales. ⁷ El índice de Breslow mide el espesor tumoral en milímetros, constituye una variable independiente de otros factores, que determina el pronóstico y la supervivencia de los enfermos con melanoma. Los niveles de invasión o niveles de Clark, describen la invasión de la tumoración en los diferentes niveles cutáneos. ^{6, 8}

El diagnóstico precoz es esencial para la curación del melanoma lentiginoso acral. La extirpación del melanoma cuando éste está limitado a la epidermis y no sobrepasa la membrana basal supone una supervivencia del 100 %. Cuando el melanoma rompe la membrana basal e inicia su fase de crecimiento vertical el

pronóstico empeora y debe realizarse un tratamiento del tumor primitivo, de la afectación ganglionar y de las metástasis si existen.⁹

Debemos diferenciar el melanoma lentiginoso acral principalmente de el nevo azul, el léntigo simple, el carcinoma basocelular pigmentado, el granuloma piogénico y de algunos tipos de hemangiomas. El diagnóstico siempre deberá ser confirmado mediante la realización de una biopsia y el consiguiente estudio histológico.^{4, 5}

El tratamiento del melanoma primario consiste en la extirpación quirúrgica amplia hasta la fascia muscular, con un margen de 1-2mm de piel normal. Una vez se han realizado esta extirpación se puede realizar el estadiaje microscópico de la lesión y según el nivel de invasión (espesor de Breslow), el tamaño del tumor y la localización se ha de proceder a una ampliación de la extirpación de entre 1 y 2cm de margen, el objetivo de esta ampliación es reducir la posibilidad de recidiva tumoral y de enfermedad residual.¹⁰

La presencia o no de metástasis linfáticas regionales en los pacientes con melanoma tiene un valor pronóstico en relación a la supervivencia. Si existen metástasis linfáticas, la supervivencia a los cinco años se reduce a un 30-50 %. El riesgo de desarrollar metástasis linfáticas está en relación con el espesor del tumor primario. Los tumores in situ no presentan riesgo, los tumores delgados ($d \ll 1\text{mm}$) tienen un riesgo bajo ($<5\%$) y los tumores de espesor medio (1-4mm) tienen un riesgo de entre un 20-25 % de tener metástasis. En los pacientes en los que clínicamente se detecte la presencia de afectación ganglionar debe realizarse la extirpación ganglionar mediante una disección ganglionar terapéutica. El tratamiento coadyuvante de la enfermedad metastásica incluye la quimioterapia, inmunoterapia inespecífica (tratamiento con el Bacilo de Calmette-Guerin, levamisol), inmunoterapia activa específica, inmunoquimioterapia, perfusión quimioterápica aislada en un miembro para melanomas de extremidades y radioterapia. Sin embargo, ninguna de estas modalidades terapéuticas ha mejorado la supervivencia de los pacientes afectados.¹¹

Una vez que se diagnostica a un enfermo de melanoma, este debe seguir controles médicos periódicos con los objetivos principales de detectar precozmente una recidiva de la enfermedad y detectar un posible segundo melanoma. La recidiva de la enfermedad puede presentarse en forma localizada o en tránsito (25 % de casos), en forma de enfermedad regional (26-60 % de casos) o a distancia (15-20 % de casos).¹²

El melanoma lentiginoso acral a pesar de ser el tipo de melanoma menos frecuente reportado hasta nuestros días, no deja de aparecer en personas susceptibles a desarrollar esta enfermedad, es por eso que ante la sospecha clínica de la aparición de este tipo de cáncer cutáneo, debemos tomar todas las precauciones necesarias

para corroborar el diagnóstico e imponer el adecuado tratamiento, en aras de reducir la mortalidad que aparece en esta de neoplasia maligna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parkin DM, Whelana SL, et al. Incidence of skin cancer in five continents. *J Am Acad Dermatol* 2005; 67: 143-52.
2. Fernandes NC, Cardoso ICL, Maceira J, Perez M. Melanoma: estudo retrospectivo de 47 casos. *An Bras Dermatol*. 2006; 71:381-5.
3. Maia M, Russo C, Ferrari N, Ribeiro MCS de A, Santos ABOS. Reflexões em relação à epidemiologia do melanoma cutâneo no Brasil. *An Bras Dermatol*. 2005; 77:163-70.
4. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhacke CL, Dzekaniak KS, et al. Sunburn, sunscreens and pheno types: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. *Int J Dermatol*. 2005; 41:557-62.
5. Almeida FA, Almeida GOO, Michalany NS. Melanoma cutâneo. Aspectos clínicos. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S, editores. *Câncer de pele*. Rio de Janeiro: Medsi; 2005. p.226-32.
6. Pinheiro AMC, Cabral ALSV, Friedman H, Rodrigues HA. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. *An Bras Dermatol*. 2003; 78:179-86.
7. Friedman RJ, Heilman ER, Gottlieb GJ, Waldo ED, Rigel DS. Malignant melanoma: clinico pathologic correlations. In: Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Backer D, editors. *Cancer of the skin*. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p.125-41.
8. Piñeiro-Maceira J. Diagnóstico histopatológico e indicadores pronósticos do melanoma. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S, editores. *Câncer de pele*. Rio de Janeiro: Medsi; 2006. p.260-7.
9. Balch CM, Buzaid AC, Svong SJ, Atkins MB, Coit DG, Fleming ID, et al. Final version of the American Joint Committee on Cancer Staging System for Cutaneous Melanoma. *J Clin Oncol*. 2005; 19:3635-48.
10. Lotze MT, Dallal RM, Kirkwood JM, Flickinger JC. Cutaneous melanoma. In: De Vita Jr VT, Hellman S, Rosenberg AS, editors. *Cancer: principles and practice of oncology*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2004. p.2012-69.
11. Harris MN, Roses DF. Malignant melanoma: treatment. In: Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Baker D, editors. *Cancer of the skin*. Philadelphia: WB Sawnders; 1991. p.177-197.

12. Lapa MS, Guedes KF, Schalch FO, Landman G. Melanomas malignos cutâneos tratados no Hospital do Câncer de São Paulo. Estudo retrospectivo para avaliação de distribuição, fatores prognósticos e sobrevida. An Bras Dermatol. 2005; 77:313-20.

Recibido: 21 de enero de 2008.

Aceptado: 13 de febrero de 2008.

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga. Especialista de II Grado en Dermatología. Master en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey. jovaa@finlay.cmw.sld.cu