

Melanocarcinoma lentiginoso acral. Presentación de un caso

Melanocarcinoma acral lentiginous. A case presentation

Pierina Laida Chávez-Valera,¹ Francisco Nelson Matos-Figueroa,² Odisa Mildres Cortes-Ros³

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 72 años de edad, atendido en el Servicio de Dermatología con dos lesiones hipercrómicas en dedo medio y planta del pie izquierdo; con una diferencia de aparición de 15 años entre ambas y diagnosticadas por clínica y biopsia de piel como un melanoma maligno variedad lentiginoso acral. Fue necesario realizar tratamiento quirúrgico, inicialmente para las lesiones de piel y luego vaciamiento ganglionar y el médico con antibiótico parenteral y cura local por la sepsis como complicación del muñón. Actualmente, en consultas de seguimiento, con una evolución incierta.

PALABRAS CLAVE. Melanocarcinoma, cirugía.

ABSTRACT

A 72-year old male was attended by the Dermatology Service presenting two hyperchromic lesions, one on his middle toe and the other on the sole of his left foot with an interval of apparition of 15 years between the two and both diagnosed clinically and by biopsy of the skin as acral lentiginous melanoma. Surgical treatment was required initially for the skin lesions followed by regional node dissection. Medical treatment consisted of wound dressing and parenteral antibiotics for the sepsis as a complication of the stump. The patient is currently attending follow up visits. His evolution is uncertain.

KEY WORDS. Acral lentiginous melanoma, surgery.

INTRODUCCIÓN

El melanoma es un cáncer de piel que se origina de las células denominadas melanocitos, originadas en la cresta neural que migran durante el desarrollo embriológico y se localizan en la capa basal de la epidermis. Tienen como función la síntesis de melanina y se encuentran en igual cantidad en las diferentes razas. Cerca de 160 000 casos nuevos de melanoma se diagnostican cada año en el mundo; siendo el tercer tumor más común de piel y el más agresivo de ellos. Es el quinto y el sexto cáncer más común en hombres y mujeres, respectivamente.¹

Fue descrito en el año 1806 por René Laënnac; desde entonces es considerada una patología de difícil tratamiento por su agresividad y elevada mortalidad,² reconociéndose cuatro formas clínicas: melanoma léntigo maligno, melanoma maligno de extensión superficial, melanoma nodular y melanoma lentiginoso acral (MLA).³

Representa solo 4 % de todos los tumores malignos de la piel, pero es responsable aproximadamente de 80 % de todas las muertes por cáncer de la piel. Es más frecuente en la raza blanca, encontrándose más comúnmente el melanoma de extensión superficial.

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley (HCQDCSM). Manzanillo. Granma.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología; Profesor Asistente. Máster en Enfermedades Infecciosas. HCQDCSM. Manzanillo. Granma.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología; Profesor asistente. Máster en Enfermedades Infecciosas. HCQDCSM. Manzanillo. Granma.

En las últimas décadas, su incidencia ha aumentado considerablemente en el mundo y se ha convertido en un problema de salud pública.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 72 años de edad, que refiere presenta hace más de 15 años una 'mancha oscura' a nivel del dedo medio del pie izquierdo, pequeña y que ha ido aumentando de tamaño. Hace cuatro meses apareció una similar en la 'planta de este mismo pie', la cual ha crecido con el paso del tiempo con la presencia de un líquido oscuro y pegajoso que mancha las medias; acompañado este cuadro de dolor y dificultad para la marcha, por lo que se decide su ingreso.

Antecedente de hipertensión arterial y de madre con diabetes *mellitus* tipo 2.

Examen dermatológico: Lesión nodular localizada en el pulpejo del tercer dedo del pie izquierdo, de 1 cm de diámetro, redondeada, negruzca, bordes bien definidos e irregulares; superficie costrosa de color pardo-negruzca, seca, gruesa, adherida, de difícil desprendimiento, con un halo más claro que abarca toda su cara plantar y hasta el borde libre de la uña. (Figura 1).



Figura 1. A) Cara plantar. B) Cara dorsal.



Figura 2. A) Ambas lesiones B) Lesión satélite ampliada.

En la planta presenta una lesión satélite (Figura 2), de 4 a 5 cm de diámetro, ovalada, costrosa, adherida, bordes regulares y bien definidos, pardusca; con un centro rosado, fisurado y húmedo, (policromía) por donde emana secreción escasa y oscura. Presenta un halo hiperpigmentado, entre 0,5 y 1 cm, de distribución regular y bien definido.

El primero con un crecimiento vertical precoz y radial muy lento, en años; contrario a lo ocurrido en la segunda lesión.

Otros hallazgos fueron las uñas de los pies con pérdida del brillo, hiperqueratóticas y sin lúnulas, de color pardo-naranja y lesiones escamosas plantares e interdigitales que se interpretaron como una tiña de los pies escamosa.

Como sintomatología subjetiva, dolor discreto a la deambulación en la segunda lesión descrita. No se encontraron adenopatías regionales ni otras alteraciones al examen físico exhaustivo por aparatos y sistemas.

Todos los exámenes de química sanguínea, electrocardiograma y ultrasonografía abdominal resultaron normales.

Radiología de tórax posteroanterior: Índice cardiotorácico dentro de límites normales, aorta descendente elongada, aumento de la trama broncovascular.

Radiología de antepié izquierdo (vista anteroposterior y lateral): aumento de volumen de partes blandas; presencia de sesamoideos en el primer dedo y lesiones de osteoporosis interfalángicas.

Se realiza biopsia de piel la cual confirma el diagnóstico de melanocarcinoma.

Con este cuadro se interconsulta con las especialidades de Angiología y Cirugía vascular y Oncología, y se tomó como conducta quirúrgica la técnica de Shopar (transmetatarsiana) previo consentimiento informado; surgiendo como complicación inmediata una celulitis del muñón, para lo cual llevó tratamiento por vía interna con cefazolina, 10 mg/kg/d, endovenosa, durante 10 días, y tópicamente con curas antisépticas y cremas antibióticas. Se obtuvo una evolución favorable en ese tiempo. Se impone tratamiento médico con monoterapia de dacarbazina (DTIC), durante ocho ciclos.

A los cuatro meses de tratamiento se detectaron en el examen físico adenopatías duras, grandes, movibles, no dolorosas en región inguinal izquierda; por lo cual se decide realizar vaciamiento ganglionar.

DISCUSIÓN

El MLA es el menos frecuente de todos los tipos clínicos de melanoma, representa de 2 % a 8 %; pero es la forma más frecuente de melanoma en personas de raza negra y asiáticos del sexo masculino. Esta forma clínica es rápidamente invasor y 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.⁵ En el paciente presentado, la edad de aparición del tumor y el tiempo de evolución largo, de aproximadamente 15 años, son mayores a los que por lo general se describe.

Aunque la etiología se desconoce, se sabe que existen una serie de factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar este cáncer como: las características de susceptibilidad individual, aquellas personas de piel clara, que se broncean con dificultad tras la exposición solar y que tienen facilidad para la quemadura solar, con ojos azules y cabello rubio o pelirrojo, los que tienen antecedentes patológicos personales y/o familiares de un melanoma, padecer un síndrome del nevo displásico o síndrome BK (familias con un elevado número de nevos de Clark e incidencia familiar de melanoma), un número muy elevado

de nevos melanocíticos (más de 50) salpicados por toda la superficie corporal y los nevos melanocíticos congénitos, más cuanto más grandes. También en los pacientes que sufren algunas de las enfermedades que cursan con defectos congénitos en los mecanismos reparadores del ADN, como la xerodermia pigmentosa, la neurofibromatosis o el síndrome de Cowden. Además, existen factores de riesgo ambientales, como son la exposición prolongada a la radiación ultravioleta o los antecedentes de quemadura solar en la infancia.⁶ En el caso presentado, se identificó la presencia de un nevo congénito sobre el cual se desarrolló la transformación.

Se le brinda gran importancia a las mutaciones heredadas o polimorfismos en los genes asociados a melanoma. Los principales genes reconocidos en este tumor son el CDKN2A y el CDK4, involucrados en el control del ciclo celular. En la proliferación y transformación maligna de los melanocitos se han involucrado mutaciones activadoras de los oncogenes N-RAS y BRAF, que inducen la activación no controlada de las cinasas de proteínas activadas por mitógenos (MAP cinasas) que conllevan a la proliferación y senescencia celular. Las mutaciones N-Ras se han detectado en 15 % a 20 % de los pacientes con melanoma. La mutación del gen BRAF se encuentra presente en 50 % de todos los melanomas y hasta en 80 % de los melanomas no inducidos por daño solar.⁴

Según Falabella, alrededor de 75 % de los melanomas surgen sobre piel normal y solo 25 %, sobre nevos existentes como sucedió en el paciente del presente caso.³

El diagnóstico clínico de MLA se basa en la clínica y localización antes descrita y cuando las lesiones son más evolucionadas se torna nodular y se ulcera. No obstante debe ser confirmado por estudio histológico mediante la práctica de una extirpación-biopsia incluyendo toda la lesión, con un estrecho margen de piel sana de 1 a 2 mm hasta la fascia muscular.^{3,5}

Luego 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 2 cm de margen, con el objetivo de esta ampliación es reducir la posibilidad de recidiva tumoral y de enfermedad residual.

La extirpación del melanoma, cuando está limitado a la epidermis y no sobrepasa la membrana basal, supone una supervivencia de 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.⁵

De los casos de melanoma cutáneo, 81% se diagnostican mientras el cáncer está todavía confinado al sitio primario (estadio localizado); 12 %, después que el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales o directamente más allá del sitio primario; 4 %, después que el cáncer ya ha hecho una metástasis a sitios distantes (estadio distante), y en el restante 4 % la información del estadiaje se desconoce.⁷

El factor más importante en el pronóstico es la etapa del tumor al momento de la presentación. En el nivel histológico se reúnen en dos metodologías de medición: los niveles de Clark y el índice de Breslow. La sobrevida a cinco años de los casos con melanoma maligno primario localizado es de aproximadamente 80 % comparada con 35 % cuando los ganglios están comprometidos. Entre 15 % y 36 % de los pacientes con estadios I y II de melanomas presentan alguna forma de recurrencia o metástasis durante su evolución clínica.⁸ Las más frecuentes son en piel, tejido celular subcutáneo, ganglios, pulmón, hígado y cerebro; con una supervivencia de seis a diez meses, como ocurre con este paciente, que presentó afectación ganglionar, para lo cual se realizará vaciamiento de los ganglios comprometidos.

Una vez que se diagnostica a un enfermo de melanoma se realizan controles periódicos con el objetivo de diagnosticar eventuales recidivas y diseminación de la enfermedad, además de la pesquisa de un segundo melanoma. Se realiza a través de controles clínicos apoyados en exámenes de laboratorio e imágenes según corresponda.² En lesiones más avanzadas se recomienda control cada tres a cuatro meses los primeros tres años y luego de cuatro a seis meses los siguientes dos años, continuando cada año de por vida.⁸

El MLA 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 neoplasia maligna.⁵

El largo tiempo transcurrido entre el nevo inicial y el retraso en el desarrollo del tumor fue el motivo de un diagnóstico tardío y por ende un mal pronóstico. De ahí la importancia de que todo el personal médico –podólogos, dermatólogos, ortopédicos, angiólogos y otros– conozcan los seis signos para identificar un melanoma maligno (regla ABCDE).

- ▲ Asimetría de la forma, una mitad es distinta de la otra.
- ▲ Borde irregular, con escotaduras.
- ▲ Color no uniforme, abigarrado, moteado, varias tonalidades de colores.
- ▲ Diámetro, grande y, por lo general, mayor de 6 mm o de una goma de borrar de un lápiz
- ▲ Elevación, casi siempre presente e irregular

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaviria J, Niño C. Melanoma: actualización en su enfoque y tratamiento. Universidad Médica. 2005;(46)3.
2. Lavanderos J, Pérez J, Jerria S, Concha D. Actualizaciones en melanoma maligno Cuad Cir. 2010;24:47-56.
3. Falabella R. Melanoma maligno. Corporación para investigaciones biológicas. Fondo Editorial CIB. Octava edición. 2009(71):409-415
4. Acosta A, Fierro E, Velásquez V, Rueda E. Melanoma: patogénesis, clínica e histopatología. Rev Asoc Col Dermatol. 2009;17(2): 87-108.
5. Bázaga H, Ramos A, Lazo L, Torres R. Melanoma lentiginoso acral. Reporte de un caso. 2008.
6. Requena L. Melanoma Disponible en: <http://www.husi.org.co/portafolioservicios/guiapracticaclinica/unidadde>
7. Sladden M, Balch C, Barzilai D, Berg D, Freiman A, Handiside T, Hollis S, Lens M, Thompson J. Márgenes de la escisión quirúrgica para el melanoma cutáneo primario. La Biblioteca Cochrane Plus. 2011(1):1745-9990.
8. Masloski J, Piat G, Lujan A, De la Rosa C. Melanoma. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2008(183).

Correspondencia: Pierina Laida Chávez Valera.
pierchava@hotmail.com

Fecha de recepción: 23 de junio de 2016.

Fecha de aceptación: 18 de julio de 2016.