

Melanoma lentiginoso acral

Kennya Tamara León¹, Anita Buestán^{1,2}

¹ Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

² Servicio de Dermatología, Hospital Padre Carolo, Quito, Ecuador.

Rev. Fac Cien Med (Quito), 2016; 41(2): 60-63

Recibido: 12/06/16; Aceptado: 12/10/16

Autor correspondiente: Tamara León; tamyleondermato@yahoo.es

Resumen:

El melanoma lentiginoso acral localizado en manos y pies es la más frecuente de las neoplasias en razas no caucásicas y suele presentarse en zonas de apoyo. Se reseña el caso de mujer de 68 años, que acude por una mancha en el dorso del cuarto dedo del pie y asintomática; fue diagnosticada por histopatología como melanoma.

Palabras claves: melanoma lentiginoso acral, neoplasia

Abstract:

Acral lentiginous melanoma, located in the hands and feet, is the most frequent neoplasm in non-Caucasian races and usually occurs in support areas. We review the case of a 68-year-old woman who presents with a stain on the back of the fourth toe and is asymptomatic; was diagnosed melanoma by histopathology.

Key words: acral lentiginous melanoma, neoplasia

Introducción

La OMS establece que el cáncer de piel es el tumor maligno más frecuente en humanos, atribuyéndose a una exposición intensa y prolongada a los rayos del sol como principal causa, existiendo otros factores de riesgo como: a) antecedentes familiares de cáncer, b) raza blanca, c) poseer ojos de color azul, ser rubio o pelirrojo y d) presentar más de 50 lunares en el cuerpo. Estadísticas de la OMS alertan que de los tipos cáncer de piel, el más temido y menos común, es el melanoma que provoca entre el 75% a 80% de defunciones atribuidas a cánceres cutáneos originados cuando las células corporales crecen descontroladamente; al melanoma en frecuencia le sigue el carcinoma

espinocelular¹. Existen 4 subtipos principales de melanomas: a) melanoma de extensión superficial MES, b) melanoma sobre lentigo maligno MLM, c) melanoma nodular MN y d) melanoma lentiginoso acral MLA. Según reportes, el 7% de todos los melanomas cutáneos se localizan en zonas acrales². Es ampliamente aceptado el criterio que todos los tipos de MM pueden encontrarse en zonas acrales siendo el subtipo melanoma lentiginoso acral el más prevalente y aparece en el dorso de manos y pies, palmas, plantas, muñecas, tobillos y región subungueal³. El MLA debuta a una edad media superior a la del resto de MM, esto es entre 59 a 63 años con un pico de incidencia durante la séptima década de vida³. El método ABCDE (asimetría,



bordes irregulares, cambio de color, diámetro superior a 6 mm y evolución) sumado a la lista de verificación de los 7 puntos de Glasgow (cambio en tamaño, forma o color, diámetro superior a 6 mm, inflamación, exudación-sangrado, prurito leve o cambios de sensibilidad) son los 2 métodos propuestos para detectar un melanoma maligno en estadios precoces³. Las lesiones inician como máculas pigmentadas, de bordes irregulares y que se extienden periféricamente en una primera fase de crecimiento radial superficial (comúnmente confundido con hematomas o melanositis longitudinal ungueal); sigue la etapa de invasión que es precoz y se manifiesta clínicamente por áreas infiltradas, hiperqueratósicas ulceradas o por el desarrollo de tumores “nodulares” o vegetantes en la zona central de la pigmentación⁴. La evolución varía desde unos pocos meses hasta varios años, con una media de 2,5 años⁵.

Caso clínico

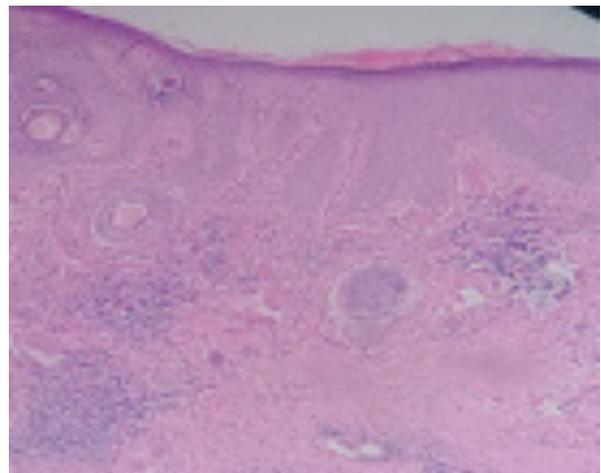
Paciente de sexo femenino, de 68 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento; presenta con una evolución de 2 años una mancha oscura localizada en el dorso del cuarto dedo de pie derecho de crecimiento constante; atribuye a un traumatismo en dicha área y que asumió se trataba de un hematoma. A la inspección se observa la mancha pigmentada de color negruzco e irregular, con tonos de color que van desde el café oscuro al negro, de 0,9 mm de diámetro y levemente engrosada (ver figura 1a y 1b).

Figura 1a y 1b. Lesión pigmentada de tonalidades café oscuro a negro, irregular, de 0,8mm de diámetro y levemente engrosada, compatible con un melanoma.



Se realizó una biopsia incisional. Histopatología reporta hiperqueratosis; a nivel de la capa basal, dermis superficial y profunda de la tumoración está constituida por melanocitos atípicos. El diagnóstico fue melanoma lentiginoso acral (figura 2).

Figura 2. Estudio histológico que confirma el diagnóstico de melanoma.



Discusión

El melanoma lentiginoso acral es el tumor maligno dérmico más frecuente en sujetos no caucásicos; las lesiones comienzan como máculas pigmentadas y de bordes irregulares que se extienden periféricamente en la primera etapa de crecimiento radial superficial que es comúnmente confundido con hematomas, como en este caso, dificultando la posibilidad de un diagnóstico temprano. La etapa de invasión es precoz y se manifiesta clínicamente por áreas infiltradas, hiperqueratósicas como ocurrió este caso, en donde existe una zona de presión.

La lesión es levemente simétrica, con bordes irregulares y tamaño superior a 6 mm; el criterio más significativo de malignidad es la cantidad de colores de la lesión. En el caso que se reseña, el tumor al encontrarse en áreas de fricción fundamentado por la presencia de callosidades en áreas próximas que corresponden a las partes de apoyo, ratifica el criterio que este tipo de melanomas se relaciona a traumatismos locales y no directamente a la radiación ultravioleta. Dos detalles adicionales que apoyan esta teoría son: a) la procedencia de la paciente (sierra) y b) la lesión del pie que no está en un área fotoexpuesta. Sin embargo, la paciente presenta un fototipo cutáneo tipo III según la clasificación de Fitzpatrick y concuerda con la literatura en que se presenta cerca al aparto ungueal. En cuanto a la histología, se observa proliferación maligna compuesta por melanocitos que abarca la capa basal, dermis superficial y profunda, lo que indica profundización de la lesión que requeriría un mayor margen en resección quirúrgica.

El diagnóstico diferencial incluye hematomas, nevus melanocítico y nevus displásico. En este caso, existió una lesión traumática previa y se corroboró la preexistencia de un nevus en esa localización. La regla del ABCD clínicamente usada, da indicios de malignidad por lo que la confirmación histológica es importante para evaluar la profundidad de la tumoración. El tratamiento consiste en la escisión local; su pronóstico dependerá de la profundidad del melanoma y la posibilidad de una diseminación linfática. Se advierte que la recurrencia puede presentarse, así se extirpe la totalidad del tumor y es independiente de la afectación ganglionar local.

Contribución de los autores

El protocolo de investigación y el diseño de la misma, la recolección de datos, el análisis esta-

dístico, la valoración e interpretación de los datos, el análisis crítico, la discusión, la redacción y la aprobación del manuscrito final fueron realizados por todos los autores quienes contribuyeron de igual forma en todo el proceso. El autor correspondiente representa al colectivo de autores.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

Consentimiento para publicación

Las instituciones citadas en este documento dieron su consentimiento para usar su información.

Aprobación ética y consentimiento

Este artículo cuenta con la aprobación de un CEISH.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Los autores declaran que los recursos financieros para la elaboración de la presente investigación (del tipo observacional, análisis de datos) no proceden de ningún fondo, sino de su autogestión.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas las personas que colaboraron en el proceso de la investigación

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de piel es el tumor maligno más frecuente en los seres humanos. Disponible en: <https://informe21.com/salud-y-bienestar/oms-cancer-de-piel-es-el-tumor-maligno-mas-recuente-en-los-seres-humanos>
2. Duarte Carlos, López Héctor: Melanoma acral lentiginoso, revisión bibliográfica. Rev Colomb Cir 2014; 29:155-166.
3. Pereda C, Traves V, Requena C, Serra-Guillén C, Llombart B, Sanmartín O, et al. Estudio descriptivo de la presentación clínica del melanoma lentiginoso acral. Revista Actas Dermosifilográficas 2013; 104:220-226.
4. Piccolo-Johanning Loretta, Chan Navarrette Álvaro: Melanoma acral lentiginoso: entidad a tener en cuenta en la práctica diaria. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD 2013; 3:5-9.
5. Rodríguez Morales José Ramón, Ibáñez Carrillo Eduardo, Vázquez Estévez Ubaldo. Melanoma lentiginoso acral: a propósito de un caso. Medicentro Electrónica 2014; 18(4):189-192. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400010&lng=es

6. Colmenares Roldán Lina María, Velásquez Lopera Margarita, Vargas Suaza Gloria Andrea. Melanoma lentiginoso acral: una variante de melanoma maligno de especial interés en Colombia. *Iatreia* 2008; 21(4):386-397.
7. Mordoh Ana. Clínica del melanoma. *Acta Bioquím Clín Latinoam* 2009; 43(3):327-331.
8. Casariego Z J, Baudo J E. Trabajo de revisión: melanoma. *Avances en Periodoncia* 2004; 16(3):157-177.