

Multimed 2018; 22(3)

MAYO-JUNIO

CASO CLÍNICO

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DOCENTE CELIA SÁNCHEZ
MANDULEY. MANZANILLO. GRANMA**

Melanocarcinoma lentiginoso acral. Presentación de un caso

Acral lentiginous melanocarcinoma. Presentation of a case

Esp. Dermatol./MGI Odisa Mildres Cortés Ros, MsC.Enf. Infec. Francisco Nelson Matos Figueredo, Res. Dermatol. Marbelis Cruz Batista.

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

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.

Presentación de caso: se presenta un paciente masculino de 72 años de edad, atendido en servicio de Dermatología con 2 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 melanoma maligno, variedad lentiginoso acral.

Discusión: fue necesario realizar tratamiento quirúrgico, inicialmente para las lesiones de piel y luego vaciamiento ganglionar y tratamiento médico con antibiótico parenteral y curas locales por la sepsis, como complicación del muñón.

Conclusiones: actualmente en consultas de seguimiento, con una evolución incierta.

Palabras clave: melanoma, lepra lepromatosa, miasis, factores de riesgo, antibacterianos.

ABSTRACT

Introduction: melanoma is a skin cancer that originates from cells called melanocytes, originating in the neural crest that migrate during embryological development and are located in the basal layer of the epidermis.

Case presentation: a 72-year-old male patient was seen in the Dermatology department with 2 hyperchromic lesions in the middle finger and the sole of the left foot; with an appearance difference of 15 years between both and diagnosed by clinical and skin biopsy as malignant melanoma, acral lentiginous variety.

Discussion: surgical treatment was necessary, initially for skin lesions and then lymph node dissection and medical treatment with parenteral antibiotic and local cures for sepsis, as a complication of the stump.

Conclusions: currently in follow-up consultations, with an uncertain evolution.

Key words: melanoma, lepromatous leprosy, myiasis, risk factors, anti-bacterial agents.

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.

Cerca de 160.000 casos nuevos se diagnostican cada año en el mundo; es 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

René Laënnac lo describió en el año 1806; desde entonces se considera una enfermedad de difícil tratamiento por su agresividad y elevada mortalidad, ² reconociéndose cuatro formas clínicas: melanoma léntigo maligno, melanoma maligno de extensión superficial (más frecuente), melanoma nodular y melanoma lentiginoso acral. ³

Representa sólo el 4 % de todos los tumores malignos de la piel, pero es responsable aproximadamente del 80 % de todas las muertes por cáncer de la piel. Es más frecuente en la raza blanca y 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 decursar del tiempo, con la presencia de un líquido oscuro y pegajoso que mancha la media; acompañado de dolor discreto en intensidad y dificultad para la marcha, por lo que se decide su ingreso en servicio de Dermatología.

APP: hipertensión arterial (sin tratamiento estable)

APF: madre (diabetes mellitus tipo II)

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. (Fig. 1-2 A y B).

A 3 cm de esta, en la planta presenta lesión satélite (Fig. 3-4 A y B), de 4-5 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 0,5-1cm, 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.



Fig. 1. A Cara plantar.



Fig. 2. B Cara dorsal.



Fig. 3. A. Ambas lesiones.



Fig. 4. B. Lesión satélite ampliada.

Otros hallazgos: todas las uñas de los pies con pérdida del brillo, hiperqueratósicas y sin lúnulas, de color pardo-naranja y lesiones escamosas plantares e interdigitales que se interpretaron como una tiña pedis escamosa. Como sintomatología subjetiva, el dolor antes referido a nivel de última lesión. No se encontraron otras alteraciones al examen físico por aparatos y sistemas, ni adenopatías regionales después de realizado éste de forma exhaustiva.

Todos los exámenes de química sanguínea, electrocardiograma y ultrasonografía abdominal resultaron normales. Radiología de tórax postero-anterior con índice cardiorácico dentro de límites normales, aorta descendente elongada, aumento de la trama broncovascular. Radiología de antepié izquierdo (vista anteroposterior y lateral) con aumento de volumen de partes blandas; presencia de sesamoideos en el primer dedo y lesiones de osteoporosis interfalángicas y la biopsia de piel tomada de lesión inicial informó el diagnóstico de melanocarcinoma.

Con este cuadro se interconsulta con las especialidades de angiología y cirugía vascular y oncología, se tomó como conducta quirúrgica la técnica de Shopar (transmetatarsiana) previo consentimiento informado del paciente; surgió como complicación inmediata una celulitis del muñón, para lo cual llevó tratamiento por vía interna con cefazolina endovenosa, a razón de 10 mg/kg/día durante 10 días y tópicamente curas con crema antibiótica; obteniéndose una evolución favorable en

ese tiempo. Posteriormente se impuso tratamiento médico con monoterapia (DTIC o Dacarbazina - ocho ciclos), según normas oncológicas.

A los 4 meses de tratamiento en tercera reconsulta se detectaron al examen físico adenopatías duras, grandes, movibles, no dolorosas en región inguinal izquierda; por lo cual se valora con especialidad de cirugía y se decide realizar vaciamiento ganglionar.

DISCUSIÓN

El melanocarcinoma lentiginoso acral es el menos frecuente de los tipos clínicos de melanoma, representando un 2-8 %; pero es la forma más frecuente en personas de raza negra y asiáticos del sexo masculino. Esta forma clínica es rápidamente invasora 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 caso de este paciente presenta una edad mayor a la que se describe generalmente la aparición de este tumor y un tiempo de evolución largo, de aproximadamente 15 años.

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 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 el xeroderma pigmentoso, 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 este caso, se

identificó la presencia de un nevo congénito sobre el cual se desarrolló la transformación descrita.

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 llevan 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 del 75 % de los melanomas surgen sobre piel normal y sólo un 25 % sobre nevos existentes como sucedió en este paciente.³

El diagnóstico clínico de melanoma lentiginoso acral 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 confirmarse por estudio histológico mediante la práctica de una extirpación-biopsia que incluya toda la lesión, con un estrecho margen de piel sana de 1-2 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 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.⁶

El 81 % de los casos de melanoma cutáneo se diagnostica mientras el cáncer está todavía confinado al sitio primario (estadio localizado); el 12 % se diagnostica

después que el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales o directamente más allá del sitio primario; el 4 % se diagnostica después que el cáncer ya ha hecho una metástasis a sitios distantes (estadio distante), y en el 4 % restante la información del estadiaje se desconoce.⁷

El factor más importante en el pronóstico es la etapa del tumor al momento de la presentación, a 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 un 80 % comparada con un 35 % cuando los ganglios están comprometidos. Entre el 15 y el 36 % de los pacientes con estadios I y II de melanomas presenta 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 6 a 10 meses, como ocurre con este paciente que presenta en estos momentos afectación ganglionar para lo cual se realizará vaciamiento de estos ganglios.

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 3 a 4 meses los primeros 3 años y luego de 4 a 6 meses los siguientes 2 años, se continua cada año de por vida.⁸

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 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 6 signos para identificar un melanoma maligno (regla ABCDE) que son:

- a. asimetría de la forma, una mitad es distinta de la otra.
- b. borde irregular, con escotaduras.
- c. color no uniforme, abigarrado, moteado, varias tonalidades de colores.
- d. diámetro, grande y por lo general mayor de 6 mm o de una goma de borrar de un lápiz
- e. elevación, casi siempre presente e irregular

CONCLUSIONES

Se realizó tratamiento quirúrgico, inicialmente para las lesiones de piel y luego vaciamiento ganglionar y tratamiento médico con antibiótico parenteral y curas locales por la sepsis, como complicación del muñón. Actualmente en consultas de seguimiento, con una evolución incierta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaviria JL, Niño CJ. Melanoma: actualización en su enfoque y tratamiento. Universitas Médica [Internet]. 2005 [citado 16 Mar 2017]; 46(3):82-93. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018663003.pdf>.
2. Lavanderos FJ, Pérez PJA, Jeria NS, Concha CD. Acutaliaciones en melanoma cutáneo. Cuad. Cir. [Internet]. 2010 [citado 14 Mar 2017]; 24:47-56. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v24n1/art08.pdf>.
3. Falabella Falabella R, Victoria Chaparro J, Barona Cabal MI. Melanoma Maligno. En Dermatología. 8ª ed. Colombia: CIB Fondo Editorial; 2009.p.409-15.
4. Acosta AE, Fierro E, Velásquez VE, Rueda X. Melanoma: patogénesis, clínica e histopatología. Rev Asoc Col Dermatol [Internet]. 2009 [citado 14 Mar 2017]; 17 (2): 87-108. Disponible en: <https://revistasocolderma.org/articulo-revista/melanoma-patogenesis-clinica-e-histopatologia>.
5. Victoria Bárzaga HO, Ramos Cabrera A, Lazo Sánchez L, Torres García R. Melanoma lentiginoso acral. Reporte de un caso. AMC [Internet]. 2008 [citado 14 Mar 2017]; 12 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500013.
6. Lozada Requena I, Núñez C, Aguilar JL. Inmunoterapia en melanoma: vacunas de células dendríticas. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 14

Mar 2017]; 32(3). Disponible en:

<http://www.rpmsp.ins.gob.pe/index.php/rpmsp/article/view/1692/1775>.

7. Sladden MJ, Balch C, Barzilai DA, Berg D, Freiman A, Handiside T, et al. Márgenes de la escisión quirúrgica para el melanoma cutáneo primario. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2009 [citado 16 Mar 2017]; (1): 1745-9990. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD004835/margenes-de-la-escision-quirurgica-para-el-melanoma-cutaneo-primario>.

8. Masloski JE, Piat GL, Lujan Sánchez AM, de la Rosa JC. Melanoma. Rev Post Vía Cát Med [Internet]. 2008 [citado 21 Mar 2017]; (183): 9-16. Disponible en: <http://docplayer.es/4370688-Melanoma-jessica-edith-masloski-giselle-lillyan-piat-ana-maria-lujan-sanchez-dr-julio-cesar-de-la-rosa.html>.

Recibido: 31 de marzo de 2018.

Aprobado: 25 de abril de 2018.

Odisa Mildres Cortés Ros. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba. Email: ocortes@infomed.sld.cu.

El autor principal del manuscrito se hace responsable de todos los contenidos del mismo y declara que no existen plagios, conflictos de interés, ni conflictos éticos; liberando a la revista Multimed de cualquier compromiso de ese tipo. No existió fuente de financiación ni ha sido previamente enviada a otro revista para su publicación.