

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Un caso de melanoma nodular en miembro superior

### A case of nodular melanoma in an upper limb

Lilian Rachel Vila-Ferrán<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup>Hospital General Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. <sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba. **Correspondencia a:** Lilian Rachel Vila-Ferrán, correo electrónico: lilian.vila@gal.sld.cu

Recibido: 23 de noviembre de 2018

Aprobado: 21 de enero de 2019

#### RESUMEN

El melanoma nodular constituye la variante más rara de los melanomas, no cumple con los criterios de ABCD (Asimetría, Bordes irregulares, Coloración heterogénea, Diámetro mayor de 6 mm), por lo que resulta muy complicado su diagnóstico, ocasionando frecuentemente errores clínicos, retrasos en el tratamiento y un mal pronóstico para estos pacientes. Se presenta el caso de una paciente femenina, blanca, de 39 años de edad con lesión névica de un centímetro de diámetro, aspecto cupuliforme, del color de la piel en la cara anterior el brazo izquierdo, de cuatro meses de evolución, a la cual se le realizó biopsia excisional. El diagnóstico definitivo fue: melanoma nodular. Se describen las particularidades clínicas y morfológicas del caso y se recogen características generales que distinguen esta patología.

**Palabras clave:** MELANOMA NODULAR; PIEL; BIOPSIA; DIAGNÓSTICO.

**Descriptores:** NEOPLASIAS; NEVOS Y MELANOMAS; PIEL; BIOPSIA; DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

#### SUMMARY

Nodular melanoma is the rarest form of melanomas. It does not fulfill the ABCD criteria (asymmetrical skin lesion, irregular border, heterogeneous color, and a diameter greater than 6 mm), making it complicated to be diagnosed and frequently causing clinical errors, delays in treatment and a poor prognosis for these patients. This study presents the case of 39-year-old white female patient with a nevoid lesion having a diameter of 1 cm, of cupuliform aspect, of the skin color on the anterior side of the left arm and 4 months of progress. Excisional biopsy was performed. The final diagnosis was nodular melanoma. The clinical and morphological features of the case are described as well as the general characteristics that distinguish this condition.

**Key words:** NODULAR MELANOMA; SKIN; BIOPSY; DIAGNOSIS.

**Descriptors:** NEOPLASMS; NEVI AND MELANOMAS; SKIN; BIOPSY; CLINICAL DIAGNOSIS.

#### INTRODUCCIÓN

El melanoma es una neoplasia maligna, generada en los melanocitos de la capa basal de la epidermis. Estos cuentan con dendritas que se proyectan a las capas superficiales de la epidermis, protegiendo de los rayos ultravioletas. <sup>(1-4)</sup>

El melanoma representa el 2,5 % de todos los cánceres y es responsable del 1-2 % de las muertes, constituyendo la causa más frecuente de muerte entre las enfermedades cutáneas (75 %). Las estadísticas indican que uno de cada 57 varones y una de cada 78 mujeres desarrollará un melanoma a lo largo de su vida. <sup>(1)</sup>

Se han descrito varias formas clínicas del melanoma primario cutáneo, pero la mayoría corresponde a las siguientes variantes: melanoma lentigo maligno,

melanoma maligno de extensión superficial, melanoma lentiginoso acral y melanoma nodular. <sup>(2,5)</sup>

El melanoma nodular representa entre el 3-4 % de todos los melanomas, constituyendo la variante más rara en orden de frecuencia; <sup>(6)</sup> es por esto que se decidió presentar este caso, mostrando, además, algunas de las características inusuales de esta patología.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanca, femenina, de 39 años de edad con antecedentes de salud aparente, que acude a consulta de dermatología por lesión névica de 1 cm de diámetro, aspecto cupuliforme, del color de la piel, en la cara anterior el brazo izquierdo, de cuatro

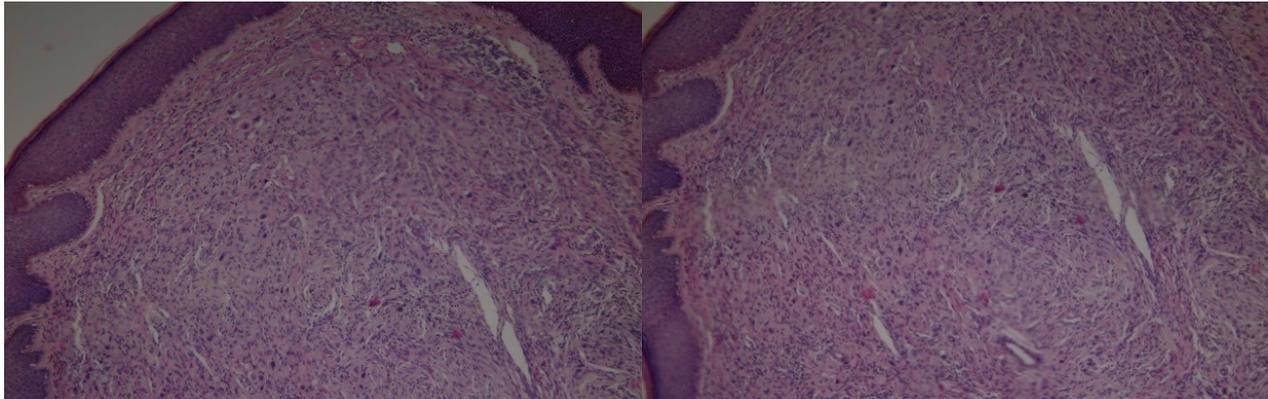
Citar como: Vila-Ferrán LR. Un caso de melanoma nodular en miembro superior. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2019; 44(2). Disponible en: <http://revzoiломarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1634>.



meses de evolución. Refirió, además, que dicha lesión había aumentado de tamaño. Se le realizó biopsia excisional y se envió para estudio anatomopatológico con el diagnóstico de nevus intradérmico. A los cortes histológicos se le realizó la

coloración de rutina, mostrando células epitelioides, fusiformes y atípicas, con escasos focos de invasión epidérmica, infiltrando verticalmente la dermis y la grasa subcutánea situada por debajo (**imagen 1**).

**IMAGEN 1. Vista histológica (40 X) con coloración de hematoxilina-eosina, evidenciándose células epitelioides, fusiformes y atípicas, con escasos focos de invasión epidérmica, infiltrando verticalmente la dermis**



El caso se concluyó como melanoma nodular, que presenta muy escasos focos de invasión epidérmica. Índice de Clark IV, Breslow estimado mayor de 1,5 mm. Crecimiento exclusivo vertical con muy escasa respuesta inflamatoria crónica. Índice mitótico bajo. El resto de los factores pronósticos histológicos no están presentes. Lesión completamente reseca. Muy escasa producción de pigmento melánico.

## DISCUSIÓN

El melanoma nodular es más común entre la quinta y sexta década de la vida y tiene como edad promedio de presentación los 53 años, afectando con mayor frecuencia (2:1) el sexo masculino, <sup>(1,2,5-7)</sup> no cumpliéndose esto en nuestro caso, pues la paciente es del sexo femenino y tiene 39 años de edad.

Las personas más frecuentemente afectadas son los caucásicos de piel blanca, cabellos rubios y ojos claros. En un 6-12 % de los pacientes afectados existen antecedentes familiares de melanoma. <sup>(1,8)</sup> Nuestra paciente, a pesar de tener la piel blanca, no presentaba ninguna de las restantes características.

La exposición solar es un factor de riesgo más importante para el desarrollo de melanoma, unido al fototipo de piel I y II. Otros factores de riesgo asociados a la aparición de esta patología son las alteraciones genéticas en los cromosomas 1, 6, 7, 9, la mutación activa en el oncogén BRAF, antecedentes familiares de esta enfermedad, los estrógenos, los contraceptivos hormonales, la dieta, las irradiaciones y la luz fluorescente, edad mayor de 50 años, genodermatosis, agentes inmunológicos, los caracteres fenotípicos (individuos de piel clara, rubios, de ojos azules), la presencia de un elevado número de nevus pigmentarios y de precursores potenciales del melanoma maligno (ninguno de ellos

presente en nuestro caso). Aunque en la variante nodular no se recoge este antecedente, ya que la lesión suele aparecer sobre piel sana. <sup>(1,2,4,5,7,9,10)</sup> De los factores de riesgo antes mencionados la paciente solo presentaba la piel blanca, sin declaración de algún otro.

La variante nodular afecta áreas de piel fotoprotegidas. Aparece principalmente en tronco y extremidades, <sup>(1,5,7)</sup> pero puede tener otras localizaciones. En nuestro caso la lesión apareció en la cara anterior del brazo izquierdo, siendo un área que de forma natural queda expuesta al sol. <sup>(2,5,6,11)</sup>

La utilización sistemática de los criterios clínicos resumidos en el acrónimo ABCD (asimetría, bordes irregulares, coloración heterogénea, diámetro mayor de 6 mm), es útil para discriminar entre las lesiones benignas y malignas, <sup>(1,2)</sup> pero esta variante de melanoma no cumple con estos criterios, <sup>(2,11)</sup> por lo que resulta muy complicado su diagnóstico. <sup>(5,12)</sup>

Se presenta como una tumoración negra-azulosa saliente, vegetante o pediculado, ocasionalmente ulcerado, sangrante, con alta tendencia a dar metástasis, invasor desde su inicio. En algunos casos carece de pigmentación, conocida como melanoma amelánico. <sup>(1-7,10,11)</sup> Tienen un rápido crecimiento (de 12 meses a 2 años). <sup>(5,7-9)</sup> La lesión de nuestra paciente creció aún más rápido de lo que plantea la bibliografía, presentándose con 1 cm de diámetro a los cuatro meses de su aparición.

Esta patología presenta exclusivamente fase de crecimiento vertical (o dérmico), lo cual condiciona su comportamiento tan agresivo y peor pronóstico. Tienen tendencia a la diseminación linfática y hemática y hasta en el 4 % de los casos se descubren por metástasis. <sup>(1,2,5-8,10-12)</sup> Pueden ser simétricos en todas las direcciones. <sup>(5,8)</sup>

El pigmento, las mitosis, la atipia citológica y la necrosis pueden estar presentes en la profundidad de los nidos de melanocitos. El infiltrado inflamatorio linfoide es frecuente en la base y las células plasmáticas comúnmente están presentes en el infiltrado. <sup>(8)</sup> Microscópicamente nuestro caso presentó muy bajo índice mitótico con ausencia de necrosis. No se detecta componente in situ y de estar presente este no se extiende más allá de tres crestas interpapilares por fuera del componente dérmico nodular. <sup>(8, 9,12)</sup>

Estas lesiones son frecuentemente confundidas con tumores vasculares y granulomas piogénicos, nevos benignos de varios tipos, histiocitoma fibroso benigno, queratosis seborreica pigmentada y carcinoma de células basales pigmentado, enfermedad de Paget, Bowenpagetoide y lesiones inflamatorias. <sup>(5-7,10)</sup> En nuestro departamento se recibió la solicitud de biopsia con el diagnóstico de nevus intradérmico.

La dermatoscopia es una técnica útil y auxiliar en el diagnóstico de melanoma, aunque no es suficiente para realizar un diagnóstico preciso. <sup>(3)</sup> Este solo se puede confirmar con el examen histológico (biopsia excisional) y es de crucial importancia que se realice precozmente. Lo óptimo es una biopsia por extirpación, con márgenes estrechos, siempre que sea posible hasta la grasa subcutánea. <sup>(2)</sup>

Inmunohistoquímicamente, el melanoma nodular es reactivo para vimentina, proteína S-100, HMB-45, Mellan-A, tirosinasa y factor de transcripción de macroftalmia. De éstos, vimentina es el más consistente (visto en prácticamente el 100 % de los casos), pero obviamente el menos útil diagnósticamente. La positividad para la proteína S-100, aunque también es no específica, es de mayor

importancia práctica, porque es negativa en muchos de los tumores que entran al diagnóstico diferencial. <sup>(8,10)</sup> Ninguna de estas técnicas fue necesaria en nuestro caso, ya que el diagnóstico se realizó solamente con coloración de hematoxilina-eosina.

El tratamiento del melanoma primario consiste en la extirpación quirúrgica amplia hasta la fascia muscular, con un margen de 1-2 mm de piel normal. <sup>(1,4)</sup>

El melanoma nodular es la forma más agresiva, por lo que cursa con mal pronóstico siendo el responsable del 43 % de todas las muertes causadas por melanoma, <sup>(5)</sup> ya que puede estar oculto y solo se observan sus metástasis. Las lesiones de piel pueden estar asociadas a metástasis linfáticas regionales y en los pacientes con melanoma tienen un valor pronóstico en relación a la supervivencia. <sup>(1,5,6,8,9)</sup>

Existen tres estadios clínicos: el estadio I, cuando hay lesión cutánea, sin ganglios palpables y es aquí donde tenemos a nuestro caso. Los porcentajes de supervivencia de acuerdo con el nivel de invasión en profundidad o grosor de la nomenclatura se emplean sólo para este estadio (nivel de Clark y grosor de Breslow). En el estadio clínico II hay lesión cutánea y ganglios palpables y en el III hay metástasis viscerales diseminadas, con una supervivencia muy baja. <sup>(1,4)</sup> Los sitios más frecuentes de metástasis viscerales son el hígado, pulmones, tracto gastrointestinal, hueso, sistema nervioso central y piel, <sup>(4)</sup> ninguna presente en nuestro caso.

La detección precoz debe ser llevada a cabo desde la atención primaria de salud, requiriendo acciones preventivas que deben dirigirse tanto a la población general, como al personal de salud, y así evitar la morbilidad y la mortalidad por esta neoplasia. <sup>(1)</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Blanco Córdova CA. Melanoma nodular en borde de pie. Rev. Ciencias Médicas [revista en internet]. 2014 [citado 30 de diciembre 2018]; 18(2): 329-336. Disponible en: <http://revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1408>.
2. Manzur K J. Nevusmelanocíticos y melanoma maligno. En: Manzur K J. Dermatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. P 267-271.
3. Riera L L, Riera L A, Quiñones V R, Ferrusco O M, Briseño R G, Hernández T M. Melanoma nodular hipomelanótico. Dermatol Rev Mex [revista en internet]. 2012 [citado 30 de diciembre 2018]; 56(3): 209-212. Disponible en: [https://nietoeditores.com.mx/nieto/Dermatologia/2012/may-jun/caso.clinico\\_melanoma.pdf](https://nietoeditores.com.mx/nieto/Dermatologia/2012/may-jun/caso.clinico_melanoma.pdf).
4. Avello Canisto F, Avello Peragallo A. Melanoma en la región de cabeza y cuello. Anales de la Facultad de Medicina [revista en internet]. 2015 [citado 30 de diciembre 2018]; 76(2): 187-192. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/11146>.
5. Khishfe B F, Krass L M, Nasr I. Lower Extremity Amelanotic Nodular Melanoma. Austin J Emergency & Crit Care Med. [revista en internet]. 2014 [citado 30 de diciembre 2018]; 1(2): 3. Disponible en: <http://austinpublishinggroup.com/emergency-critical-care-medicine/fulltext/ajeccm-v1-id1008.php>.
6. Bastian B C, Lazar A. Melanoma. In: McKee P H, et. al, editors. McKee's Pathology of the Skin. 4th ed. Vol I. Boston: Elsevier Editorial; 2016. p 1224.
7. Paek S C, Sober A J, Tsao H, Mihm M C, Johnson T M. Cutaneous Melanoma. En: Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7ma ed. New York: Elsevier; 2008. p. 1137.
8. Elston D M. Melanocytic neoplasms. En: Elston D M, editors. Dermatopathology. 2da ed. London: Elsevier; 2014. p. 129.

9. Rosendahl C, Hishon M, Cameron A, Barksdale S, Weedon D, Kittler H. Nodular melanoma: five consecutive cases in a general practice with polarized and non-polarized dermatoscopy and dermatopathology. *DermatolPract Concept*. [revista en internet]. 2014 [citado 30 de diciembre 2018]; 4(2): 69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029260/>.
10. Reddy B V. Skin and Adnexal Structures. En: Gattuso P, editors. *Differential diagnosis in surgical pathology*. 3ra ed. Canada: Elsevier; 2015. p. 98-100.
11. Hosler G A, Patterson J W. Lentigines, nevi, and melanomas. En: Patterson J W. *Weedon's Skin Pathology*. 4ta ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 876.
12. Patterson J W, Marchetti M. Melanocytic Tumors. En: Patterson J W. *Practical skin pathology: a diagnostic approach*. 1ra ed. Philadelphia: Elsevier; 2013. p. 687-688.

### Declaración de autoría

Lilian Rachel Vila-Ferrán

 <https://orcid.org/0000-0001-5184-1860>

Realizó la revisión y análisis de la bibliografía. Participó en la discusión del caso y elaboró el artículo.

La autora declara que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.