

Melanoma maligno. Presentación de un caso

Malignant Melanoma, a case report

Autores: Dra. Odalys Peña Pérez*, Dr. Vicente Álvarez Yabor**, Dra. Ana Iris Arias Escalona***, Dra. Andrea Brígida****.

* Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas.

** Especialista de II Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas.

*** Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año en Dermatología. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas.

**** Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de segundo año en Dermatología. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas.

Correspondencia a:

Dra. Odalys Peña Pérez

Correo-e: odapatol@cucalambe.ltu.sld.cu, vicente@cucalambe.ltu.sld.cu

RESUMEN

El melanoma maligno es una neoplasia de la piel altamente agresiva que en las últimas décadas ha tenido un aumento constante y rápido de su incidencia. Está caracterizado por el crecimiento incontrolado de las células productoras de pigmento que puede afectar los nódulos linfáticos y órganos internos, lo que puede resultar letal. El melanoma se presenta habitualmente en adultos de todos los grupos de edad, con una incidencia máxima entre los 30 y 60 años. En general afecta a ambos sexos de forma similar, aunque en el momento actual parece que la frecuencia en algunos países es ligeramente superior en varones. Al llegar a la consulta externa de dermatología del Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", una paciente con lesiones en piel de alrededor de un año de evolución, de aspecto polimorfo, localizadas en calcáneo del pie izquierdo, dado por lesión de 8cm x 6cm, irregular, hiperpigmentada y en el centro de

aspecto nodular y segregante que inicialmente se realiza biopsia e informa un léntigo maligno; luego se toma otra muestra de la parte nodular segregante donde se le diagnostica un melanoma maligno grado IV en la escala de Clark.

Palabras clave: MELANOMA MALIGNO, INCIDENCIA, BIOPSIA.

DESCRIPTORES:

MELANOMA

MELANOMA

SKIN NEOPLASMS

NEOPLASIAS CUTÁNEAS

SUMMARY

Malignant melanoma is a highly aggressive neoplasia of the skin with a constant and rapid increasing incidence in the last decades. It is characterized by the uncontrolled growth of the pigment-producing cells; it can spread to lymph nodes and by extension to internal organs and may result in death. Melanoma is most commonly diagnosed among adults of all age groups with a higher incidence between 30 and 60 years old. It usually affects both sexes in the same way, although in some countries the incidence is higher among males. This study presents a case of a patient who came to the dermatology consulting room of Ernesto Guevara Hospital with skin lesions of about one year of evolution, polymorphic aspect, located on her left foot calcaneum with an irregular, hyperpigmented wound and in its center showed a nodular and segregating aspect. In a first moment the skin biopsy informed a lentigo maligna, then with a second sampler of the center wound was diagnosed a malignant melanoma stage IV in the Clark scale.

Key words: MALIGNANT MELANOMA, INCIDENCE, BIOPSY.

INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno cutáneo (MMC) resulta de la transformación maligna de los melanocitos epidérmicos. Es considerado el más agresivo de todos los tumores cutáneos y su incidencia se ha incrementado en los últimos años, representando el tres por ciento de los tumores malignos. (1- 4) La localización más frecuente del MMC corresponde a los miembros inferiores: primer dedo del pie (38,4%), a la planta del pie (20,2%) y al talón (16,6%). Otras localizaciones frecuentes son tronco, cabeza, miembros superiores y muslo. (3 - 5)

El diagnóstico de melanoma debe sospecharse ante toda lesión pigmentada que cumple el criterio "ABCD" (A, asimetría; B, bordes irregulares; C, color no homogéneo; D, diámetro mayor 6 mm). (3, 5, 6) En 1969, Clark sugiere la tipificación de las lesiones combinando sus características clínicas y patológicas y las clasifica en melanoma de extensión superficial, léntigo maligno y nodular. En 1975, Red introduce el término melanoma lentiginoso acral. Histológicamente el grado de compromiso vertical puede establecerse por los niveles de Clark: I (intraepidérmico), II (zona de unión), III (dermis papilar), IV (dermis reticular), V (hipodermis). El espesor tumoral de Breslow se relaciona con un alto índice mitótico, menor infiltración tumoral linfocítica, tumor de espesor mayor de 1.7 mm, ausencia de regresión y aumento del volumen nuclear; (3, 7, 9) sin embargo, la más importante variable pronóstica es el estadio clínico de la enfermedad. (7, 8, 11) Según la OMS, se estima que cada año se producen en el mundo 132 000 casos de melanoma maligno (el cáncer de piel más dañino que existe) y mueren aproximadamente 66 000 personas por causa de éste y otros tipos de cáncer de piel. (8, 10, 11) En Trujillo, Albújar y Falcón encuentran que el melanoma maligno cutáneo (MMC) constituye el 13.2% y el 11.9%, respectivamente, del total de tumores malignos de piel, tasas que coinciden con las encontradas en países de poblaciones semejantes como México y Brasil. (12, 13)

En Cuba los tumores de piel constituyen la novena causa de muerte, dentro de ellas el tumor maligno metastásico, el MMC I. (4, 6, 14)

El aumento de su incidencia y el grado de malignidad, agresividad y muerte, contrapuesto con un diagnóstico y tratamiento precoz curativo, es lo que ha motivado a la presentación de este caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de una paciente femenina, de 55 años de edad, raza mestiza, procedencia urbana y antecedentes de salud, que acude a consulta refiriendo haber presentado, desde su infancia, un lunar pequeño en el talón del pie izquierdo, que luego de un pinchazo la lesión comenzó a aumentar de tamaño hasta ocupar todo el calcáneo. Acudió en varias ocasiones a la consulta de medicina general integral en su área de salud y después de varios tratamientos sin evolución satisfactoria, es remitida a las consultas de ortopedia y de dermatología, valorando en conjunto el tratamiento y la conducta a seguir. Se le realizaron dos biopsias, la primera con diagnóstico de léntigo y por presentar lesiones nodulares; se le realizó una segunda biopsia, donde se obtuvo el diagnóstico definitivo.

Examen físico:

Piel: Cuadro cutáneo polimorfo localizado en calcáneo del pie izquierdo, dado por lesión de 8cm x 6cm, irregular, hiperpigmentada y en el centro de aspecto nodular y exudativa.

Cadena ganglionar: No adenopatías.

Se realizó un examen físico completo en busca de lesiones que pudieran indicar la presencia de alguna metástasis a otros niveles, lo cual resultó negativo.

Estudios histopatológicos:

Primera biopsia: Se informa un léntigo maligno.

Segunda biopsia (muestra de la parte nodular exudativa): se diagnostica un melanoma maligno grado IV en la escala de Clark.

IMAGEN 1. Foto de la lesión en el talón del pie



DISCUSIÓN

Llama la atención la diferencia entre el diagnóstico de la primera biopsia y el de la segunda, esto está dado porque la primera fue tomada del borde de la lesión y en el segundo caso se tomó una muestra del centro de la misma, específicamente del sitio donde hacía relieve y se concluyó el diagnóstico de melanoma maligno; dichos resultados son avalados por la literatura, ya que se describe que en los léntigos malignos se asientan los melanomas, lo que podría explicar esto. Es necesario resaltar que los recientes

avances tecnológicos en biología molecular y en las nuevas técnicas quirúrgicas mediante la detección del ganglio centinela, han permitido identificar con mayor precisión la enfermedad, lo que beneficia a los pacientes en el control local de la enfermedad y en la supervivencia; además, se usan también los marcadores de membrana de las células con melanoma, los anticuerpos monoclonales que permiten identificar el fenotipo de las lesiones melanocíticas, técnicas de inmuno-histopatología e inmuno-centello-grafía, (15, 16, 17) entre otras. En nuestro medio, con las técnicas histopatológicas que contamos, que son la hematoxilina y la eosina, se obtiene un diagnóstico de certeza que permite tomar una conducta adecuada con vistas a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES

El diagnóstico histopatológico de la enfermedad en estadios tempranos, permite diagnosticar precozmente la misma y brinda mayor posibilidad de tomar decisiones efectivas, en cuanto a la conducta a seguir para mejorar la supervivencia de la enfermedad, con mejoras en la calidad de vida de los pacientes.

En este caso el diagnóstico fue tardío, al no sospecharse que sobre una lesión melanocítica en la planta del pie la conducta inmediata es la excéresis quirúrgica con amplio margen oncológico y estudio histopatológico, debido a la transformación hacia la malignidad que pueden llevar estas lesiones en los lugares de trauma a repetición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Victoria Bárzaga H. O. Caracterización clínica e histopatológica del cáncer cutáneo no melanoma. Revista Archivo Médico Camagüey versión Online ISSN 1025-0255. v.14; n. 3; mayo- junio. 2010. [Disponible en]: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1025-02552010000300005&lng=es&nrm=iso
2. Felipe Ramos, A. Diez primeras causas de muerte por grupo de edad y sexo. Cuba, 2008. Dirección Nacional de registros médicos y estadísticas de salud. MINSAP. julio 2009. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
3. Arenas Roberto. Atlas de Dermatología Clínica. 3 ed. Barcelona: EXPAXS; 2006.
4. Mantecón Fernández B, Díaz Renon M T, Hernández Hernández B, Ruiz Popa M T; Comportamiento de tumores epidérmicos de superficie. Congreso Nacional de Dermatología Villa Clara 2009.
5. Zhihong Chi, Siming Li, Xinan Sheng, Lu Si, Chuanliang Cui, Jun Guo, Mei Han.

6. Clinical presentation, histology, and prognoses of malignant melanoma in ethnic Chinese: A study of 522 consecutive cases. BMC Cancer 2011, 11:85 (25 February 2011). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/11/85>
7. Baldomir Mesa T. Variables pronósticas en el melanoma maligno. Santa Clara, Villa Clara; Medcentro 2009; 13(2). Disponible en www.medcentro.sld.cu/index.php/medcentro/article/download
8. Valcinir Bedin, Randall L Adam, Bianca CS de Sá, Gilles Landman, Konradin Metze. Fractal dimension of chromatin is an independent prognostic factor for survival in melanoma. BMC Cáncer. 2010; 10: 260. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902442/?tool=pmcentrez>
9. Fontana M I. Melanoma: Incidencia y factores de riesgo en nuestra institución. Dermatología Argentina. 2007; 13 (5) Disponible en: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/issue/view/4>
10. Robbins y Catran. Patología Estructural y Funcional. 7ed. Madrid: Ed.Elsevier; 2007.
11. J Li, Y Cheng,1 D Tai,1 M Martinka, DR Welch, G Li. Prognostic significance of BRMS1 expression in human melanoma and its role in tumor angiogenesis. Oncogene. 2011 February 24; 30(8): 896–906. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20935672
12. American Cancer Society.: Cancer Facts and Figures 2013. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2013. Available online . Last accessed October 24, 2013. Disponible en: www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/melanoma/healthprofessional
13. López Cruz Z. incidencia de Carcinoma basocelular y epidermoide. Rev. Mex. Dermatología, 51(4): 149-153. 2007 [Disponible en]: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
14. García Martínez S, Dermatosis frecuentes en América y el Caribe. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011
15. Elzaurdín Mora R. Diagnóstico y terapéutica del Melanoma Maligno cutáneo . Congreso Nacional de Dermatología. Villa Clara, Cuba, 2009. Disponible en: www.cenco.sld.cu
16. LaRusso, Laurie, MS, ELS. Melanoma: Melanoma cutáneo, melanoma maligno. 04/01/2013. disponible en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=h3h&AN=HL103587&lang=es&site=chc-spa>

17. Vázquez, Valeria; Otero, Laura L.; Laurent, Viviana E.; Gabri, Mariano R.; Gómez, Daniel E.; Alonso, Daniel F. Detección molecular de enfermedad mínima residual en melanoma y otros tumores sólidos. Medicina (B. Aires) 69(1): 181-190, TAB. 2009 Feb.

Disponible

en:

<http://search.scielo.org/?q=Detecci%F3n%20molecular%20de%20enfermedad%20m%EDnima%20residual%20en%20melanoma%20y%20otros%20tumores%20s%F3lidos&where=ORG>