

Melanoniquia longitudinal de rápido crecimiento: importancia del seguimiento dermatoscópico y la histopatología

Eduardo Rivera-Perdomo¹; Ángel Omar Jaimes²; Flavia Carolina Pozzobon³

RESUMEN

Las lesiones pigmentadas acrales son muy frecuentes en nuestra población. En nuestro medio, el melanoma lentiginoso acral se diagnostica habitualmente en estadios tardíos. Por ende, es fundamental realizar un diagnóstico temprano, con una adecuada correlación dermatoscópica e histopatológica en las lesiones sospechosas.

Presentamos el caso de un paciente con una melanoniquia longitudinal homogénea en el primer dedo de la mano derecha, con seguimiento dermatoscópico.

PALABRAS CLAVE: Dermoscopia; Diagnóstico precoz; Enfermedades de la uña; Melanoma; Melanoniquia; Neoplasias cutáneas.

RAPID GROWING PIGMENTED ACRAL LESION: IMPORTANCE OF DERMATOSCOPIC FOLLOW-UP AND HISTOPATHOLOGY

SUMMARY

Pigmented lesions in acral areas are very frequent in our population. Acral lentiginous melanoma in our environment is usually diagnosed in advanced stages. Therefore, the importance of proper dermoscopy and histopathological correlation in suspicious lesions is essential.

We present the case of a patient with longitudinal melanonychia in the first finger of the right hand with dermoscopic follow-up.

KEY WORDS: Dermoscopy; Early diagnosis; Melanoma; Melanonychia; Nail diseases; Skin neoplasms.

1. Residente de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8971-5579>
2. Dermatólogo oncólogo. Magíster. Especialista en Cirugía de Mohs y Cáncer de Piel, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5676-0450>
3. Dermatóloga. Magíster. Especialista en Dermatoscopia Digital, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7940-3093>

Correspondencia: Eduardo Rivera Perdomo; **email:** eduardoriveramedicina@gmail.com

Recibido: 6/12/2022; **aceptado:** 5/9/2023

Cómo citar: Rivera-Perdomo E, Jaimes AO, Pozzobon FV. Melanoniquia longitudinal de rápido crecimiento: importancia del seguimiento dermatoscópico y la histopatología. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(1):59-64. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1708>

Financiación: Los autores no reportan fuentes de financiación, **conflictos de interés:** Los autores no reportan conflicto de intereses

INTRODUCCIÓN

El melanoma lentiginoso acral (MLA) es uno de los subtipos más frecuentes en Colombia. Suele diagnosticarse en estadios avanzados, lo que lleva a un mal pronóstico. La adecuada correlación clínico-patológica resulta en un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno ⁽¹⁾.

El MLA en estadios iniciales es un reto diagnóstico; por ende, reportamos el presente caso.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años, médico epidemiólogo, quien acudió por un cuadro clínico de seis semanas

de evolución de aparición de pigmentación en la uña del primer dedo de la mano derecha, que se inició proximal y se extendió distalmente. Negaba traumatismo, dolor e inflamación y no había recibido tratamientos previos.

En la exploración física se evidenció una melanoniquia longitudinal en la lámina ungueal del primer dedo de la mano derecha, sin signo de Hutchinson ni microhutchinson (pigmentación oscura en la piel periungueal observada a la dermatoscopia).

Se realizó dermatoscopia digital, donde se evidenció una banda melanocitaria de 0,73 milímetros de ancho, de color marrón oscuro a negro, con signo triangular (**Figura 1A**).

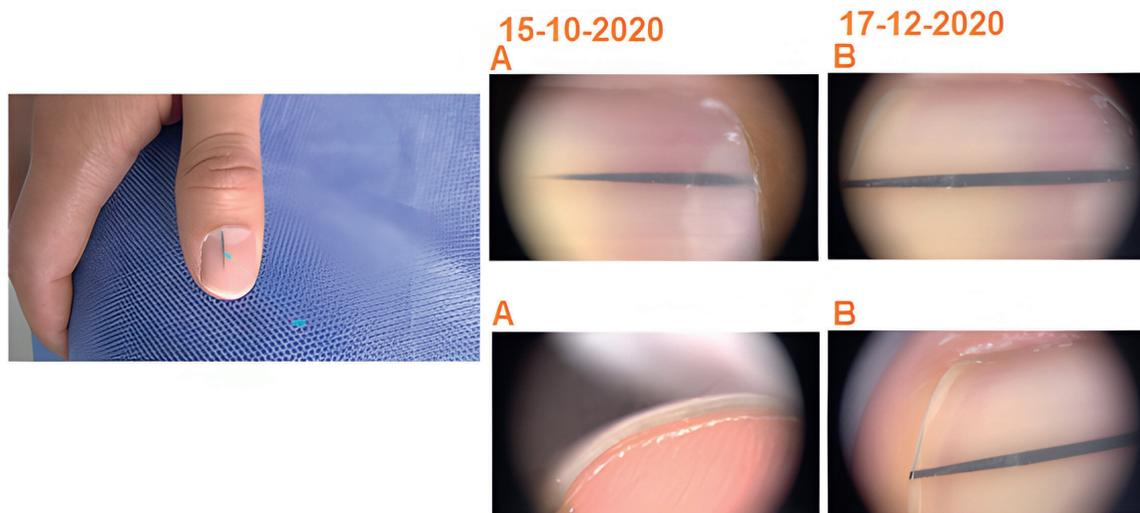


Figura 1. Seguimiento dermatoscópico en nueve semanas. A. Melanoniquia en la valoración inicial. B. Melanoniquia al control.

Teniendo en cuenta que era una lesión incipiente, con ancho de la banda menor de 1 milímetro, se consideró que podría presentarse dificultad técnica para realizar la biopsia de la matriz ungueal y así mismo dificultades para la inclusión en la parafina y visualización histológica, por lo que se realizó seguimiento a los dos meses, donde se observó un incremento en el ancho de banda a 0,83 milímetros. Los hallazgos sugirieron melanoniquia con crecimiento rápido significativo, por lo que se decide tomar biopsia (**Figura 1B**).

Se evidenció una proliferación de melanocitos desorganizada a nivel de la unión dermoepidérmica, con núcleos grandes y de contornos irregulares, de cromatina densa y dendritas prominentes con proyecciones gruesas, que sugería una proliferación melanocítica lentiginosa atípica compatible con melanoma acral lentiginoso *in situ* incipiente (**Figura 2**).

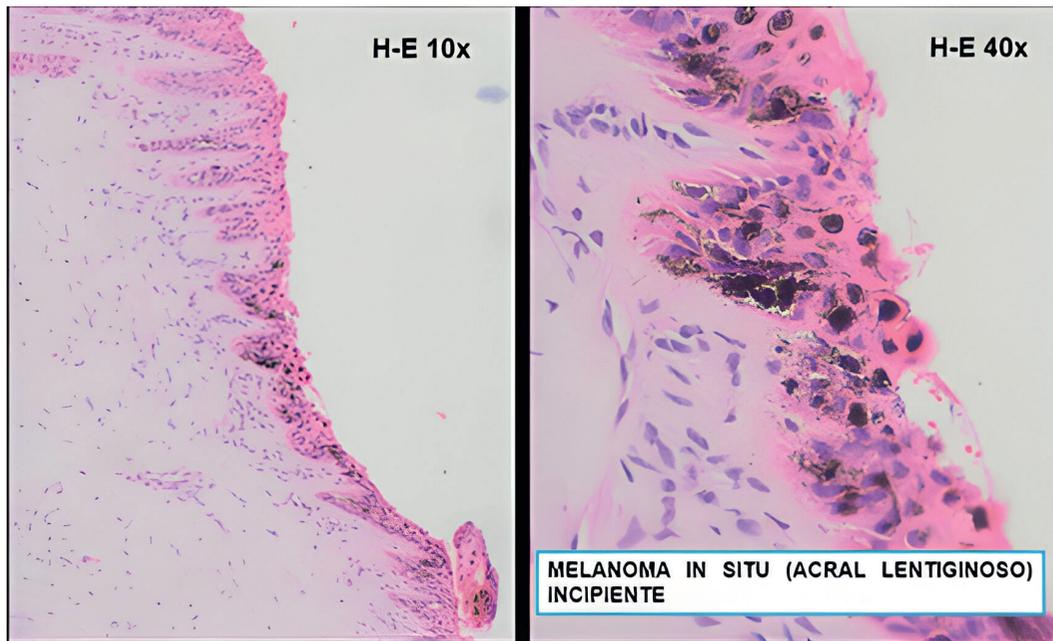


Figura 2. Proliferación melanocítica lentiginosa atípica.

Se indicaron marcadores de inmunohistoquímica para SOX10 y HMB45, que mostraron hiperplasia de melanocitos con dendritas largas, lo que sugiere malignidad temprana (**Figura 3**).

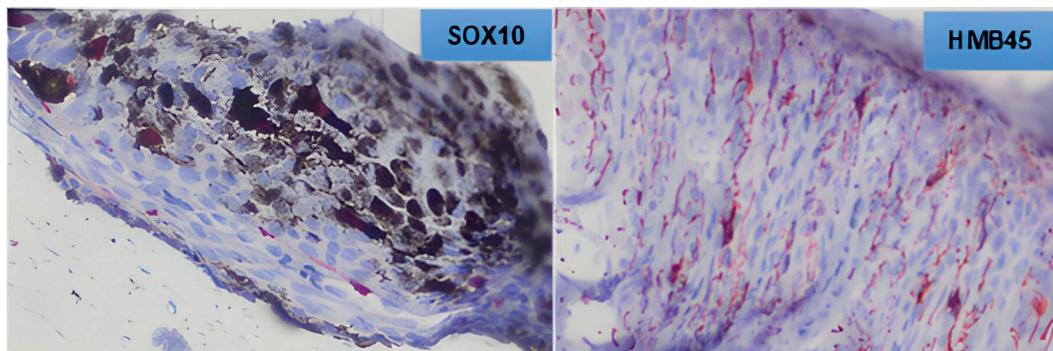


Figura 3. Hiperplasia melanocitaria y alargamiento de dendritas en inmunohistoquímica.

Se indicó cirugía micrográfica de Mohs en parafina, la cual fue negativa para lesión neoplásica residual, y posterior reconstrucción del defecto residual con injerto de piel.

DISCUSIÓN

El MLA se presenta en la piel sin pelo de las palmas, plantas o debajo de la placa de las uñas. Se considera más agresivo y tiene un pronóstico más precario que otros subtipos de melanoma ^(1, 2).

El melanoma subungueal es un tipo raro de melanoma. A nivel mundial, corresponde al 0,7%-3,5% de todos los melanomas; generalmente se origina en la matriz

y rara vez en el lecho ungueal. Desde el año 2000, se ha implementado el ABCDEF ungueal para facilitar la identificación temprana del melanoma subungueal, ya que la mayoría de las veces se descubre en etapas avan-

zadas (**Tabla 1**). Los melanomas *in situ* que se identifican y tratan precozmente son la única oportunidad de curación real y representan solamente del 10% al 16,3% de todos los melanomas ungueales en el mundo^(3,4).

Nemotecnia ABCDEF	
A	Edad de presentación (pico entre la 5. ^a y la 7. ^a década)
B	Color negro o marrón de la banda (<i>Brown, Black</i>), ancho de la banda mayor de 3 mm (<i>broad band</i>)
C	Cambio en el color de la banda
D	Dígito involucrado y la mano dominante (pulgar y <i>hallux</i> más común)
E	Extensión del pigmento a los pliegues proximales o laterales
F	Historia familiar o historia personal de melanoma o síndrome de nevo displásico

Tabla 1. ABCDEF ungueal⁽⁵⁾.

En cuanto a los hallazgos dermatoscópicos de las lesiones pigmentadas que podrían sugerir melanoma subungueal, deben tenerse en cuenta el patrón de bandas irregulares, en el cual se observa la irregularidad en el paralelismo; el espaciamiento y grosor de las bandas, así como en el color, principalmente marrón oscuro a negro. Además, el signo triangular de la melanoniquia, con la base del triángulo orientada hacia el pliegue proximal, que indicaría crecimiento de esta; el signo microscópico de Hutchinson (extensión del pigmento marrón negruzco desde la matriz, el lecho y la lámina ungueales hacia los pliegues ungueales laterales, proximales o hiponiquio) y las hemorragias subungueales en forma de manchas de sangre o microhemorragias lineales⁽³⁻⁵⁾.

La banda pigmentada secundaria a un melanoma subungueal tiende a ser más ancha que la de los nevos, que es mayor de 3 milímetros (a excepción de los nevos congénitos). Puede comenzar como una melanoniquia longitudinal delgada y evolucionar gradualmente a una melanoniquia total⁽⁶⁾.

En estadios iniciales, el estudio histopatológico evidencia una proliferación de melanocitos como unidades individuales, que luego se fusionan en nidos^(2,7).

La forma dendrítica de un melanocito no suele verse en la epidermis cuando se tiñe con hematoxilina-eosina; además, los melanosomas se degradan casi por completo cuando se transfieren a los queratinocitos⁽⁸⁾.

Al realizar tinciones de inmunohistoquímica, la HMB45 reacciona contra un antígeno presente en melanosomas inmaduros; este anticuerpo no reacciona con los melanocitos adultos normales en reposo, independientemente de su grado de pigmentación⁽⁸⁾.

La HMB45 es negativa si las dendritas de los melanocitos epidérmicos inactivos no se visualizan; sin embargo, en diversas lesiones pigmentadas estas pueden visualizarse, ya que los melanosomas no se degradan correctamente por su retención. Esto hace que las dendritas sean visibles incluso con tinción con hematoxilina-eosina, como es el caso de los melanocitos fetales, melanocitos adultos activados, hiperplasias atípicas melanocíticas, nevo y melanomas. En procesos melanocíticos benignos, las dendritas son cortas y delgadas y suelen mostrar la misma longitud; en el melanoma, las dendritas son gruesas y largas, lo que indicarían lesión maligna temprana⁽⁸⁾.

Es muy importante, además, evaluar las características arquitectónicas principales, las cuales son:

- Coalescencia de melanocitos en nidos: en lesiones benignas, hay proliferación de los melanocitos como unidades individuales que luego se fusionan en nidos. En el melanoma, los nidos no son cohesivos y están mal circunscritos, son confluentes y de tamaño variable⁽⁸⁾.
- Regularidad en la distribución melanocítica: en lesiones benignas, esta distribución es uniforme. En

el melanoma acral, proliferan como unidades no equidistantes⁽⁸⁾.

- Diseminación de los melanocitos hacia las capas superiores de la epidermis: en lesiones benignas, ascienden a lo largo del surco; en el melanoma acral, los melanocitos ascienden a lo largo de las crestas^(8, 9).

Debe evaluarse, además, la atipia celular, donde se tiene en cuenta el tamaño de los núcleos melanocíticos; si estos son más del doble del tamaño de los núcleos queratinocíticos, debe sospecharse melanoma. En cuanto a la forma, la disposición vertical de los núcleos melanocíticos es indicativa de malignidad y la cromasia se tiene en cuenta si las células son muy hiperromáticas, con núcleos oscuros⁽⁸⁻¹⁰⁾.

En estadios iniciales del MLA, es decir, con compromiso *in situ* (Breslow ≤ 1 mm), debe procurarse evitar la amputación quirúrgica de la falange para preservar la

funcionalidad de la articulación, y el mayor porcentaje de curación lo ofrece la cirugía micrográfica de Mohs⁽¹¹⁾.

CONCLUSIONES

En las melanoniquias de crecimiento rápido en adultos debe sospecharse MLA subungueal, en especial si aparecen después de los 50 años. Por ende, es de vital importancia realizar un diagnóstico precoz del melanoma, ya que, habitualmente, se diagnostica en estadios tardíos, cuando la supervivencia a corto plazo disminuye.

Puntos clave

- La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica útil para diferenciar las lesiones melanocíticas benignas del melanoma temprano.
 - El signo triangular es poco conocido, relacionado con melanoma subungueal, especialmente en adultos.
-

REFERENCIAS

1. Pozzobon F, Fierro E, Acosta A. Características del melanoma cutáneo primario en el Instituto Nacional de Cancerología 2006-2010. *Rev Colomb Cancerol*. 2013;17(3):111-8. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(13\)70013-1](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(13)70013-1)
2. Park HS, Cho KH. Acral lentiginous melanoma in situ: a diagnostic and management challenge. *Cancers (Basel)*. 2010;2(2):642-52. <https://doi.org/10.3390/cancers2020642>
3. Koga H, Saida T, Uhara H. Key point in dermoscopic differentiation between early nail apparatus melanoma and benign longitudinal melanonychia. *J Dermatol*. 2011;38(1):45-52. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2010.01175.x>
4. Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viillard AM, Barrut D, et al. Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol*. 2002;138(10):1327-33. <https://doi.org/10.1001/archderm.138.10.1327>
5. Halteh P, Scher R, Artis A, Lipner S. Assessment of Patient Knowledge of Longitudinal Melanonychia: A Survey Study of Patients in Outpatient Clinics. *Skin Appendage Disord*. 2017;2(3-4):156-61. <https://doi.org/10.1159/000452673>
6. Lallas A, Paschou E, Manoli SM, Papageorgiou C, Spyridis I, Liopyris K, et al. Dermoscopy of melanoma according to type, anatomic site and stage. *Ital J Dermatol Venerol*. 2021;156(3):274-88. <https://doi.org/10.23736/S2784-8671.20.06784-X>
7. Tan A, Stein JA. Dermoscopic patterns of acral melanocytic lesions in skin of color. *Cutis*. 2019;103(5):274-6.
8. Fernandez-Flores A, Cassarino DS. Histopathological diagnosis of acral lentiginous melanoma in early stages. *Ann Diagn Pathol*. 2017;26:64-9. <https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2016.08.005>

9. Darmawan CC, Jo G, Montenegro SE, Kwak Y, Cheol L, Cho KH, et al. Early detection of acral melanoma: A review of clinical, dermoscopic, histopathologic, and molecular characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81(3):805-12. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.01.081>
10. Oh TS, Bae EJ, Ro KW, Seo SH, Son SW, Kim I-H. Acral lentiginous melanoma developing during long-standing atypical melanosis: Usefulness of dermoscopy for detection of early acral melanoma. *Ann Dermatol.* 2011;23(3):400-4. <https://doi.org/10.5021/ad.2011.23.3.400>
11. Banfield CC, Dawber RP, Walker NP, Stables GI, Zeina B, Schomberg K. Mohs micrographic surgery for the treatment of in situ nail apparatus melanoma: a case report. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40(1):98-9. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(99\)70535-9](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(99)70535-9)