

Léntigo maligno amelanótico

Amelanotic lentigo maligna

María Isabel Moreno Castañeda¹ **Antonio Torres Muñoz**⁴

Marysol Rebolledo Q.² **Ricardo Rueda P.**⁵

Carlos de la Roche³ **Ana Francisca Ramírez**⁶

Recibido: Noviembre 23 de 2006
Aceptado: Febrero 14 de 2007

RESUMEN

SE PRESENTA el caso de una paciente de 53 años, con historia de cinco años de evolución de una placa eritemato-descamativa en la mejilla izquierda. Se realizó biopsia de la lesión, la cual reportó un léntigo maligno. Se trató con cirugía micrográfica de Mohs en parafina con posterior reconstrucción del defecto.

Palabras clave: melanoma, tratamiento, cirugía

SUMMARY

A case of 53 years-old patient, with five years history of a redish-scale plaque on her left cheek. The histopathology biopsy reported a lentigo maligna. After all the manage was a slow micrographic Mohs surgery. Then she underwent for a reconstruction.

Key words: melanoma, treatment, surgery

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 53 años de edad, procedente de Cali, Valle, con antecedentes personales y familiares negativos. Consulta por cuadro de cinco años de evolución de una placa eritemato-descamativa en la

mejilla izquierda, ocasionalmente pruriginosa (Figura 1). Fue manejada con esteroides tópicos sin mejoría alguna. por lo cual se decidió realizar una biopsia de piel con la impresión diagnóstica de una queratosis actínica, una enfermedad de Bowen o un eccema crónico; el reporte fue un léntigo maligno, por lo cual la paciente fue remitida para tratamiento en el Hospital Universitario del Valle.



Figura 1. Placa eritematodescamativa con bordes irregulares, poco definidos. en la región malar izquierda

Al examen físico de ingreso se observó una paciente con fototipo de piel II, quien en el tercio superior de la mejilla izquierda presentaba una placa eritemato-descamativa con bordes mal definidos de aproximadamente 4 cm x 5 cm de diámetro.

Los hallazgos de histología fueron: una epidermis atrófica con proliferación atípica de melanocitos situados en la capa basal que se extendían hacia los infundibulos pilosos, sobre una dermis con elastosis solar. Se diagnosticó melanoma *in situ* tipo léntigo maligno (Figura 2).

1. *R1 Dermatología, Universidad del Valle, Cali*

2. *Dermatóloga, Universidad del Valle, Cali*

3. *Dermatólogo, Docente Universidad del Valle, Cali*

4. *Dermatopatólogo, Docente Universidad del Valle, Cali*

5. *Dermatopatólogo, Docente Universidad del Valle, Cali*

6. *Dermatóloga Oncóloga, Hospital Universitario del Valle*

Correspondencia: *María Isabel Moreno Castañeda, Hospital Universitario del Valle, Calle 5 No. 36-08, Cali, Colombia. E-mail: mimoreno@imbanaco.com.co*

Minicaso

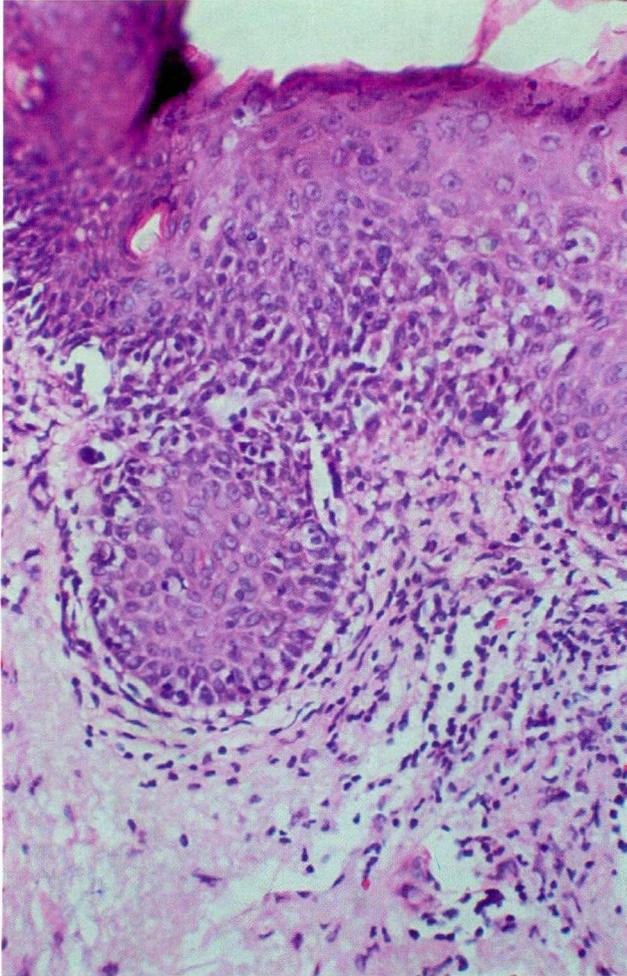


Figura 2. Proliferación de melanocitos atípicos que se extienden claramente al folículo piloso. Hay denso infiltrado linfocitario en contacto con los melanocitos, y grave daño actínico.

Se decidió realizar cirugía de Mohs variedad en parafina con un margen de 1 cm; solo se dio 6 mm en el borde libre del párpado inferior. La patología mostró bordes libres de tumor, en donde se dio margen de 1 cm y presencia de tumor en donde se dio margen de 6 mm; por lo tanto, se realizó una segunda etapa de Mohs en parafina (Figura 3). La patología reportó márgenes de resección libres de tumor. Se practicó reconstrucción con un colgajo de rotación e injerto de cara interna del brazo izquierdo, en conjunto con cirugía plástica.



Figura 3. Cirugía de Mohs en parafina, primera etapa

DISCUSIÓN

El léntigo maligno amelanótico (LMA) y el léntigo maligno melanoma amelanótico (LMMA) son patologías poco frecuentes y pueden ocurrir como lesiones primarias o secundarias a electrocoagulación, crioterapia o posteriores a una excisión incompleta de un léntigo maligno.

La mayoría de melanomas amelanóticos primarios reportados en la literatura corresponden a melanomas de tipo LMA o LMMA. La presentación clínica de un LMA no tiene una característica específica que alerte al clínico sobre su existencia.^{1,2}

Estas lesiones pueden aparecer inicialmente como placas o máculas indistinguibles de la piel circundante; suelen ser eritematosas, hipopigmentadas o despigmentadas, de bordes mal definidos, con descamación y prurito; pueden también simular lesiones inflamatorias benignas o neoplásicas, como queratosis actínicas o eccemas. Generalmente se presentan en áreas de exposición solar, usualmente en la cara y específicamente en las mejillas. La mayoría de pacientes afectados son mujeres entre la sexta y séptima décadas de la vida, y tiene una proporción de 5:1 respecto a los hombres.^{1,3}

En el caso de nuestra paciente se puede observar de forma retrospectiva que tenía las características clínicas descritas usualmente en los LMA.

La etiología del componente amelanótico del LMMA y LMA aún no es clara. Al parecer los melanocitos del área

Léntigo maligno amelanótico

afectada presentan una anomalía en la melanogénesis, y tienen una alteración en la enzima tirosinasa, necesaria para la síntesis de melanina.³

El LMA debe sospecharse cuando una lesión aparentemente benigna no encaja dentro de los criterios clínicos de una dermatitis.

El LM tiene un riesgo de 30% al 50% de progresar a un LMM, por lo tanto, la resección quirúrgica es la primera opción. Los márgenes recomendados de 5 mm para los melanomas *in situ* y de 10 mm para melanomas invasivos menores de 1 mm de grosor en la escala de Breslow, son en la mayoría de los casos insuficientes para el LM y LMM de la cabeza y el cuello, lo cual nos muestra la extensión

subclínica que pueden llegar a tener tanto el LM como el LMM.^{4,5}

Para llegar a alcanzar tasas de resección completa del 97% se necesitan márgenes mayores a los 5 mm; por esta razón, en nuestro paciente realizamos márgenes de 1 cm.⁴

Existen otras opciones de tratamiento como crioterapia, electrodisecación, curetaje y radioterapia. Todas ellas con relativas altas tasas de recurrencia.⁵

El imiquimod es otra opción de tratamiento. Hay estudios con pocos pacientes y sin seguimiento a largo plazo; por esto no se consideró una alternativa terapéutica para nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Powell A, Rusell-Jones R. Amelanotic lentigo maligna manage with topical imiquimod as immunotherapy. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50 (5): 792-6
2. Ara M, Maillo C, Martin R, Grasa MP, Carapeto FJ. Recurrent lentigo maligna as a amelanotic lentigo maligna melanoma. *J Eur Acad Dermatol Veneorol* 2002;16 (5):506-10
3. Rahbari H, Nabai H, Mehregan AH, Mehregan DA, Mehregan DR, Lipinski J. Amelanotic lentigo maligna melanoma: a diagnostic conundrum-- presentation of four new cases. *Cancer*. 1996; 77 (10): 2052 -7.
4. Bricca G, Broadland T, Ren D, Zitelli J. Cutaneous head and neck melanoma treated with Mohs micrographic surgery . *J Am Acad Dermatol* 2005; 52 (1): 92-100.
5. Huilgol SC, Selva D, Chen C, Hill DC, James CL, Gramp A, Malholtra R. Surgical margins for lentigo maligna and lentigo maligna melanoma: : the technique of mapped serial excision. *Arch Dermatol* 2004;140 (9):1087-92