

## Melanoma desmoplásico

Desmoplastic melanoma

Julia Inés Mesa Villegas<sup>1</sup>

Felipe Jaramillo Ayerbe<sup>2</sup>

Recibido: Noviembre 23 de 2006

Aceptado: Noviembre 30 de 2006

### RESUMEN

**E**L MELANOMA desmoplásico es una de las variedades menos frecuentes de melanoma maligno. Se caracteriza por adoptar formas clínicas e histológicas muy diversas y que suelen no ser sugestivas de melanoma. Por lo anterior, la confirmación diagnóstica suele realizarse en estadios avanzados, lo que resalta la necesidad de tener presente esta posibilidad incluso ante lesiones de apariencia benigna.

**Palabras clave:** Melanoma desmoplásico, cáncer de piel, dermatopatología.

### SUMMARY

Desmoplastic melanoma is one of the less frequent variants of malignant melanoma. It is characterized for adopting diverse clinical and pathological forms that usually are not suggestive of melanoma. Therefore, the diagnosis is usually made at advanced stages, emphasizing the necessity to consider this possibility even with lesions of benign appearance.

**Key words:** Desmoplastic, melanoma, skin cancer, dermatopathology.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 72 años de edad, procedente del área urbana de Chinchiná, Caldas, quien había consultado al médico general hacía dos años por notar lesión elevada, pruriginosa, de crecimiento lento en la región órbito-temporal derecha. Previamente en la misma zona presentaba un "nevus" de vieja data. Según refiere el paciente, el médico que lo valoró consideró observar.

Un año más tarde asistió nuevamente a medicina general por persistencia de la lesión y dolor local. Se decidió remitir al dermatólogo. En la cita con el especialista se encontró una placa paraciliar derecha, de 1,8 cm x 1,5 cm., infiltrada, firme, eritematosa y brillante, con sutil aspecto perlado. Se notó escaso pigmento hacia la porción central y aperturas foliculares en su superficie. Se tomó biopsia con impresión diagnóstica de carcinoma basocelular (Figura 1).



**Figura 1.** Placa paraciliar derecha, en su mayoría de color piel con escasa pigmentación hacia el centro.

1. Residente III año Dermatología, Universidad de Caldas, Manizales.

2. Dermatólogo, Dermatopatólogo. Profesor Titular, Jefe del Postgrado de Dermatología Universidad de Caldas, Manizales.

Correspondencia: Julia Inés Mesa V.

Email: juliamesav@hotmail.com

## Minicaso

El informe generado por patología general diagnóstica caba lentigo solar acompañado de elastosis solar.

Ante la discordancia clínico patológica el paciente fue valorado por dermatopatología: se observó una proliferación de melanocitos atípicos en la epidermis, acompañados por degeneración basofílica del colágeno y escasas y dispersas células atípicas, fusiformes, que se disponían entre los haces de colágeno a lo largo del grosor total de la dermis. Los hallazgos sugirieron el diagnóstico de MD, que se confirmó a través de la inmunohistoquímica (Figura 2).



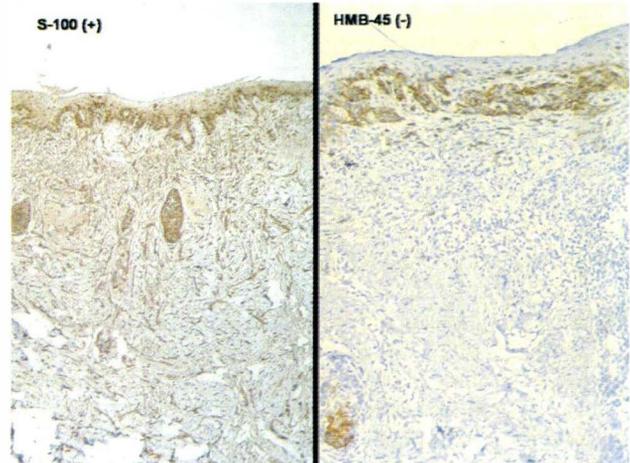
**Figura 2.** Se observa epidermis con proliferación de melanocitos atípicos y desmoplasia con escasas células fusiformes atípicas en la dermis.

Se practicó tinción para S100, la cual resultó fuertemente positiva y homogénea a lo largo de toda la lesión tumoral, mientras que el HMB45 únicamente se expresó a lo largo de la unión dermoepidérmica (Figura 3).

El paciente fue programado para cirugía, pero en abril de 2006 presentó episodio coronario agudo por el cual falleció.

## DISCUSIÓN

El melanoma desmoplásico (MD) fue descrito por primera vez por Conley en 1971.<sup>1</sup> Es una de las variantes más raras de melanoma, y constituye menos del 1% en la mayoría de las series. Se conforma por células melanocíticas fusiformes, acompañadas por un estroma fibroso, los cuales forman una lesión tumoral intradérmica poco definida. Se



**Figura 3.** Se observa S100 fuertemente positivo en la tumoración dérmica. El HMB-45 es negativo.

caracteriza por su alta tendencia a infiltrar en profundidad y recurrir luego del tratamiento, por su menor asociación con metástasis linfáticas locales y mayor asociación con metástasis sistémicas en el momento del diagnóstico.<sup>3</sup>

El MD es dos veces más frecuente en el sexo masculino; a diferencia de otros melanomas, suele presentarse en edades más avanzadas, y se ubica de preferencia en la piel de la cabeza y el cuello. El tronco y las extremidades superiores son otros sitios comunes de presentación, mientras los miembros inferiores y las mucosas rara vez se afectan. Esta distribución apoya la relación propuesta entre este tipo de melanoma con la exposición solar.<sup>2</sup>

El diagnóstico de MD generalmente se realiza en estadios avanzados como consecuencia de su presentación clínica poco sugestiva de malignidad y también por la carencia de una imagen histológica específica. Se reconoce una forma clínica que deberá alertar al dermatólogo, consistente en la presencia de un nódulo o placa color piel, firme, de aspecto cicatrizal pero sin historia de trauma previo, de varios meses o años de evolución. Únicamente en la mitad de los casos se encuentra alguna lesión pigmentada cerca de la tumoración o sobre ella, la cual puede representar un lentigo solar o maligno. Existe una mayor asociación entre melanoma lentigo maligno y MD, y se resalta también el papel de la exposición solar.<sup>2</sup>

Algunos diagnósticos clínicos que se realizan con frecuencia en casos de MD son los de cicatriz queiloide

## Melanoma desmoplásico

o hipertrófica, dermatofibroma, carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y quiste epidérmico.<sup>2</sup> La lesión del caso que presentamos se asemejaba a un carcinoma basocelular debido a su aspecto brillante y perlado, a la presencia de pequeños focos de pigmento en la superficie, a su localización y evolución.

No existen criterios histopatológicos definitivos para el diagnóstico del MD. Se requiere la revisión juiciosa de múltiples secciones y la inmunohistoquímica para confirmarlo.<sup>3</sup> En general esta neoplasia se presenta como una lesión intradérmica difusa, pobremente circunscrita, infiltrante, conformada por células fusiformes individuales o en hileras, rodeadas por prominentes haces de colágeno maduro. Se detectan grados variables de hiperchromasia, atipia y figuras mitóticas. El patrón de crecimiento puede ser desorganizado, estoriforme o fascicular. Es común encontrar un infiltrado de linfocitos y plasmocitos más abundantes hacia el borde de avance de la lesión. En la epidermis puede observarse una proliferación melanocítica actínica o la asociación con lentigo maligno. Debe diferenciarse del lentigo solar, la fascitis nodular, el nevus melanocítico esclerótico, el fibroxantoma atípico, el dermatofibroxantoma protuberans, el carcinoma escamocelular de células fusiformes, y de las cicatrices.<sup>4</sup>

Existen dos clasificaciones histopatológicas del MD. La primera se refiere a la presencia o ausencia de neurotropismo. Es importante ya que en los casos asociados a neurotropismo se reconoce una mayor tendencia a la recurrencia local y menor sobrevida.<sup>5</sup> La segunda clasificación incluye el MD puro, en el cual la desmoplasia acompaña toda la extensión de la lesión tumoral, y el MD combinado o mixto, en el cual la desmoplasia se presenta en algunos focos de la misma. En casos de MD combinado se ha reportado mayor riesgo de invasión linfática local y menor sobrevida.<sup>4</sup>

Es a través de la inmunohistoquímica como se realiza la confirmación diagnóstica. El MD es positivo para vimentina en el 100% de los casos y para S100 y enolasa específica neural en el 95%. El HMB45 y el Melan A, con mayor frecuencia son negativos.<sup>4</sup>

Es perentorio confirmar el diagnóstico de manera oportuna y practicar resecciones tempranas. Esto solo se logra cuando el especialista incluye la posibilidad de MD dentro de su baraja de diagnósticos diferenciales en los casos indicados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kubo M, Kikuchi K, Nashiro K, Kakinuma T, Hayashi N, Nanko H., et al. Expression of fibrogenic cytokines in desmoplastic malignant melanoma. *Br J Dermatol.* 1998; 139: 192 – 97.
2. Lens MB, Newton-Bishop JA, Boon AP. Desmoplastic malignant melanoma: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2005; 152: 673 – 78.
3. Hui JI, Linden KG, Barr RJ. Desmoplastic malignant melanoma of the lip: A report of 6 cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 47: 863 – 68.
4. Sampurna R. Diagnosis: Desmoplastic Melanoma. <http://www.histopathology-india.net/Des.htm>.
5. Iwamoto S, Odland PB, Piepkorn M, Bothwell M. Evidence that the p75 neurotrophin receptor mediates perineural spread of desmoplastic melanoma. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 35: 725 – 31.