

MINICASOS

LENTIGO MALIGNO AMELANOTICO

Correa Londoño, Luis Alfonso; Vélez Lara, Juan Carlos; Hoyos Gaviria, Juan Guillermo

RESUMEN

El léntigo maligno amelanótico es una variedad poco frecuente del léntigo maligno; se describe un caso con un cuadro clínico no característico comparado con los escasos pacientes reportados y se revisa brevemente la literatura.

Palabras Clave: Léntigo maligno amelanótico.

INTRODUCCION

El léntigo maligno es una lesión pigmentada que ocurre en la piel expuesta al sol, particularmente en las áreas de la cabeza y el cuello, en pacientes de edad avanzada. La lesión aumenta en tamaño y en algunos puntos, frecuentemente muchos años después de su inicio, puede convertirse en un léntigo maligno melanoma.

Aunque poco frecuente, el léntigo maligno amelanótico puede ocurrir desde su inicio como tal o como una recurrencia de un léntigo maligno pigmentado, planteando problemas en el diagnóstico clínico.

HISTORIA CLINICA

Paciente de 33 años, sexo femenino, raza blanca, procedente de Granada (Antioquia). Consulta por lesión en punta nasal lado izquierdo de crecimiento lento de un año de evolución, asintomática. Antecedentes personales sin importancia. Al examen físico: placa única de 0.9 x 0.6 x 0.1 cm, no eritematosa, mal definida, no descamante, ligeramente hipopigmentada, sin cambios de sensibilidad. No hay otras lesiones en la superficie cutánea. (Fig. No. 1).

Luis Alfonso Correa Londoño, MD Patólogo, Docente Sección de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín

Juan Carlos Vélez Lara, MD Residente II Cirugía Plástica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín
Juan Guillermo Hoyos Gaviria, MD Residente III Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín

Correspondencia: Juan Guillermo Hoyos Gaviria, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Dermatología. Teléfono: 263 76 67.

Trabajo que ocupó el Segundo Puesto (Empatado) del Concurso de Minicasos de Residentes. V Simposio Internacional de Dermatología, CES, Marzo 1996, Medellín.

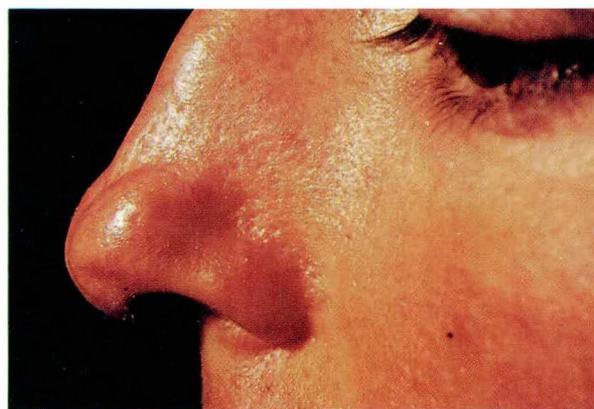


Fig. No. 1. Placa en punta nasal, vista frontal.

Con diagnóstico clínico de tumor de anexos se toma biopsia del centro de la lesión: Epidermis con ortoqueratosis, taponamiento folicular y acantosis regular. En la capa de células basales hay incremento en el número de melanocitos y cambios displásicos severos en los mismos, algunos de ellos multinucleados. (Fig. No. 2). Dermis con degeneración basofílica del colágeno y escaso infiltrado mononuclear perivascular. La inmunohistoquímica para la proteína S-100 y HMB-45 fue positiva, con 65 células HMB-45 positivas por mm². (Figs. Nos. 3 y 4).

Se realiza resección completa de la lesión, previo mapeo de sus márgenes con biopsias múltiples, pese a lo cual uno de los bordes laterales se informa comprometido por la neoplasia. La paciente en la actualidad se encuentra bajo vigilancia clínica.

COMENTARIOS

El léntigo maligno fue primero descrito por Hutchinson en 1890¹ con reportes subsecuentes durante los siguientes 6 años; de allí el nombre de "peca melanótica de Hutchinson". Ambos, léntigo maligno amelanótico y léntigo maligno melanoma amelanótico, han sido reportados previamente, y se presentan con características de dermatitis consistentes en eritema y descamación, algunas veces imitando la enfermedad de Bowen. De los nueve casos previamente publicados², siete han progresado a léntigo maligno melanoma al tiempo del diagnóstico, dos de éstos fueron nivel Clark IV y otro tuvo 2.6 mm de grosor. Esto es posible debido a que por su presentación atípica la búsqueda de consulta y su diagnóstico es tardío.

En los casos de léntigo maligno pigmentado que recurre como una lesión amelanótica, puede especularse que la reacción inflamatoria a la biopsia inicial causa eliminación de la melanina,

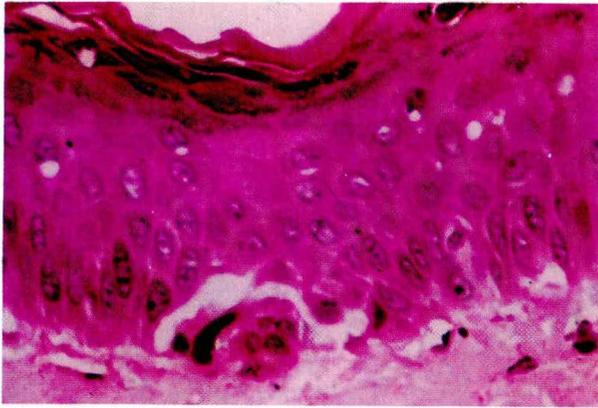


Fig. No. 2. Hematoxilina-Eosina 40x.

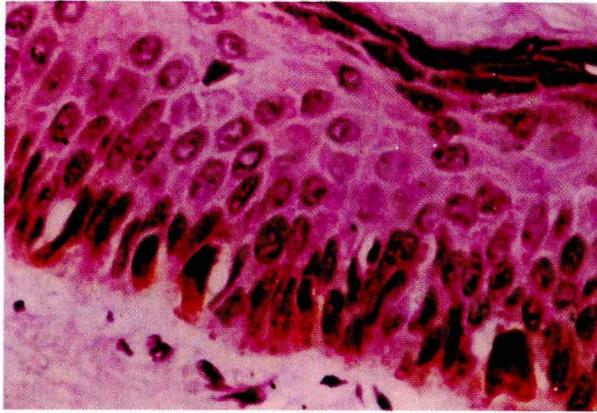


Fig. No. 4. HMB-45 positiva.

similar a un halo nevus. La razón por la cual el léntigo maligno amelanótico y el léntigo maligno melanoma amelanótico se presentan con características de dermatitis inflamatorias mientras las variantes pigmentadas no, es desconocida. En ambos frecuentemente es encontrado un infiltrado inflamatorio en la dermis superior; es posible que el efecto fotoprotector de la melanina pueda ser un factor en esta aparición clínica diferente^{2,3}.

En los casos publicados⁴, los melanocitos atípicos no pigmentados se extienden más allá de las áreas visibles de descamación y eritema, sugiriendo que las células no pigmentadas pueden permanecer clínicamente invisibles. Los márgenes de la lesión son por tanto imposibles de determinar clínicamente, por lo cual estas lesiones amelanóticas constituyen un problema terapéutico.

Otra razón para la tendencia a recurrir localmente después de aparentes resecciones completas del léntigo maligno es la distribución local de la injuria a los melanocitos, lo cual probablemente resulta de acumulación del daño actínico a los melanocitos basales conduciendo a atipia citológica. Los cortes histológicos del léntigo maligno deben ser cuidadosamente examinados para buscar la evidencia de hiperplasia melanocítica con atipias cerca de los márgenes, lo cual puede ser predictivo de recurrencia. Las áreas discontinuas de moderada atipia de los melanocitos serán observadas con sospecha, ya que ellas pueden extenderse a través de los márgenes de la escisión y proveer sitios para el desarrollo del tumor. Los especímenes quirúrgicos deberán ser totalmente incluidos, con mapeo de los márgenes, cuidadosa orientación y examen de secciones múltiples para evaluar los márgenes de la lesión^{2,5}.



Fig. No. 3. HMB-45 positiva.

Los criterios histológicos para el léntigo maligno pigmentado no son uniformes para todos los autores pero los más aceptados son:¹

- Melanocitos atípicos entre la capa basal, dispuestos en unidades solitarias y pequeños nidos.
- Extensión perianexial de melanocitos atípicos (vainas radicales externas y ductos eccrinos).
- Atrofia epidérmica y pérdida de la red de crestas.
- Infiltrado dérmico compuesto de linfocitos y melanófagos.
- Melanocitos multinucleados.

El subtipo de léntigo maligno pigmentado representa del 4% al 15% de todos los melanomas malignos y del 10% al 26% de los melanomas de cabeza y cuello. La inmunohistoquímica del léntigo maligno se asemeja a la de otros melanomas malignos. Hay numerosos anticuerpos antimelanoma, incluyendo la proteína S-100, NKIC3, HMB-45 y FKH₁. En casos con más de 60 células positivas para HMB-45 por mm² la sensibilidad fue del 96% y la especificidad del 100% para el diagnóstico de léntigo maligno¹.

Los pacientes con diagnóstico de léntigo maligno a los 45 años de edad tendrán un riesgo de 3.3% de desarrollar un léntigo maligno melanoma a los 75 años de edad y un 2.2% de riesgo en el resto de la vida¹.

SUMMARY

The amelanotic lentigo maligna is an infrequent variety of lentigo maligna; we report here a case with atypical clinical characteristics among the few previous reported cases and a brief review of the literature is made.

Key words: amelanotic lentigo maligna.

BIBLIOGRAFIA

1. Cohen LM. Lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 923-36.
2. Kelly RI, Cook MG, Mortimer PS. Aggressive amelanotic lentigo maligna. *Br J Dermatol* 1994; 131: 562-5.
3. Kaufmann R, Nikelski K, Weber L, et al. Amelanotic lentigo maligna melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: 339-42.
4. Irwin MS, Mercer DM, Walker NPJ. Amelanotic lentigo malignant melanoma: a cases report and review of the literature. *Br J Plast Surg* 1991; 44: 312-4.
5. Su WPD, Bradley RR. Amelanotic lentigo maligna. *Arch Dermatol* 1980; 116: 82-3.