

MELANOMA MALIGNO SUBUNGUEAL (LENTIGINOSO ACRAL) Resección Quirúrgica

Arroyave Muñoz, Luis Fernando
Jiménez Calfat, Guillermo
Restrepo Molina, Rodrigo

RESUMEN

El melanoma lentiginoso acral se considera una entidad con características histológicas y biológicas diferentes a los otros tipos de melanoma. Dentro de sus variedades clínicas se encuentra el melanoma subungueal que tradicionalmente se consideró una entidad aparte.

Presentamos el caso de un hombre de 47 años de edad a quien se le hizo un diagnóstico tanto clínico como histológico de melanoma maligno subungueal, secundario a trauma de la falange distal del 4o. dedo de la mano izquierda. Se le practicó amputación interfalángica proximal con sutura de tendones extensor y flexor para preservar la función de pinza.

El paciente evolucionó satisfactoriamente.

Palabras Clave: Melanoma subungueal, Melanoma lentiginoso acral.

HISTORIA CLINICA

Paciente de 47 años de edad, sexo masculino, quien asistió a la consulta externa dermatológica de la Clínica San Juan de Dios en La Ceja (Antioquia) por presentar lesión de 2 años de evolución localizada en la falange distal del 4o. dedo de la mano izquierda, secundaria a trauma.

Fue manejado durante ese tiempo como un cuadro de paroniquia crónica hasta 3 meses previos a la consulta cuando notó la aparición de unas máculas hiperpigmentadas en el tejido paroniquial, además de ulceración del lecho ungueal y destrucción completa de la lámina (Fig. No. 1). El paciente no relató antecedente personales de importancia.

Clinicamente estos hallazgos correspondían a un clásico signo de Hutchinson por lo que se hizo el diagnóstico de melanoma subungueal. No se encontró compromiso de ganglios linfáticos regionales. Los Rayos X de tórax, pruebas de función hepática y renal y los test sanguíneos de rutina fueron todos normales.

El paciente fue llevado a cirugía donde se le practicó amputación del dedo comprometido a nivel de la articulación interfalángica proximal

Luis Fernando Arroyave Muñoz, Residente I Dermatología, Instituto de Ciencias de la Salud (C.E.S.)

Guillermo Jiménez Calfat, Dermatólogo - Oncólogo, Cirugía Dermatológica, Jefe Programa Cirugía Dermatológica, Instituto de Ciencias de la Salud (C.E.S.)
Rodrigo Restrepo Molina, Patólogo, Docente Patología General, Dermatopatología, Universidad Pontificia Bolivariana (U.P.B.)

Correspondencia: Luis Fernando Arroyave Muñoz, Cra. 43A No. 525-99, Teléfono: 288 08 00 Centro de Especialistas C.E.S. Sabaneta, Antioquia.



Fig. No. 1. Aspecto clínico de la lesión.

dejando un colgajo de piel volar para cubrir posteriormente el muñón y además se le practicó afrontamiento de los tendones flexor y extensor del dedo para conservar la función de pinza (Fig. No. 2). El estudio histológico de la lesión mostró una masa tumoral maligna constituida por melanocitos atípicos, en su mayoría del aspecto ahusado, con núcleos vesiculosos, nucléolo prominente y alto índice mitótico con mínimo infiltrado inflamatorio (Fig. No. 3).

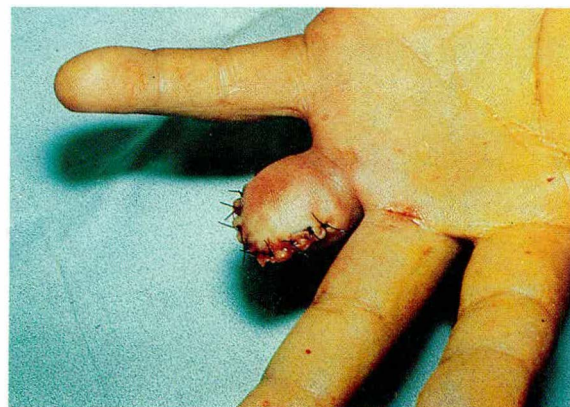


Fig. No. 2. Resultado final del procedimiento quirúrgico.

El espesor de Breslow midió 2.5 mm y se realizó además inmunohistoquímica para el antígeno HMB45 que fue marcadamente positivo (Fig. No. 4).

Con estos hallazgos se clasificó como un melanoma en estadio II según la clasificación del American Joint Committee on Cancer de 1988.

El paciente evolucionó satisfactoriamente.

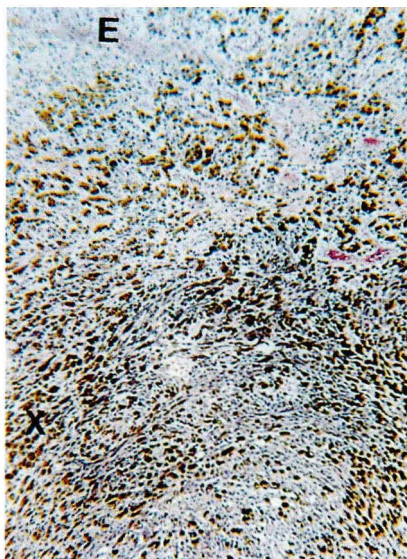


Fig. No. 3. Fotografía microscópica con coloración de hematoxilina - eosina a bajo aumento (40X), en la que se observa el epitelio escamoso, con elongación de la red de crestas (E) y la neoplasia melanocítica maligna, que infiltra profundamente la dermis reticular, observándose pigmentación melánica (X).

DISCUSION

El melanoma maligno se define como la transformación maligna de los melanocitos localizada en epidermis, dermis o mucosas. Se distinguen 5 tipos clínicos e histológicos: Melanoma nodular, melanoma léntigo maligno, melanoma de extensión superficial, melanoma lentiginoso acral y el melanoma no clasificado.

El melanoma lentiginoso acral se ha reconocido como la cuarta variante clínico-patológica del melanoma maligno cutáneo. Se presenta en las regiones acrales o periféricas de las extremidades, en superficies palmar o plantar o en áreas subungueales de las manos o de los pies.¹

El melanoma subungueal fue descrito por Sir Jonathan Hutchinson en 1886. El lo definió como el "panadizo melanótico", una rara enfermedad maligna del lecho ungueal que se asemeja a un "sarcoma melanocítico" y que se asociaba a trauma. Consideró que pigmentaciones oscuras tenues alrededor de la periferia de la lesión, permitían hacer el diagnóstico.²

Casi un siglo después, Reed³ describió las características histopatológicas del melanoma maligno acral incluyendo dentro de este grupo al melanoma subungueal.

Los datos de la literatura acerca de la frecuencia de presentación de este tipo de melanoma son divergentes. En general se afirma que el melanoma subungueal es una entidad rara cuya frecuencia varía entre el 1.7 y 3.5% de todos los melanomas, siendo menos frecuente en pacientes caucásicos y mucho más frecuente en individuos de raza negra (hasta el 20% de los melanomas).⁴

Igualmente se afirma que del 19 al 25% de todos los melanomas acrales en caucásicos corresponden a melanomas subungueales.⁴

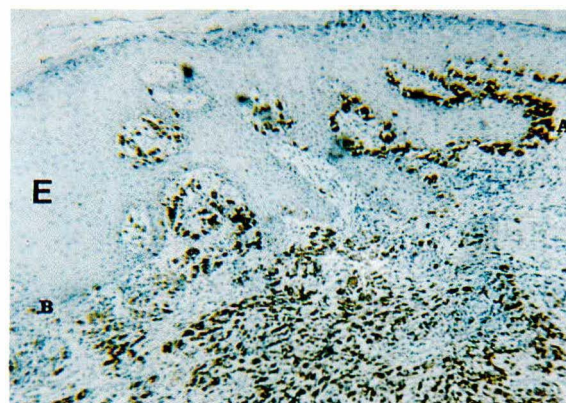


Fig. No. 4. Fotografía microscópica con coloración de hematoxilina - eosina a bajo aumento (40X), con anticuerpos monoclonales y dirigidos contra el antígeno HMB45 presente en los melanocitos atípicos, dispuestos en un patrón lentiginoso (A) en el epitelio escamoso (E). En algunas áreas no hay tinción (B) al no haber atipia. Células tumorales con escasa pigmentación (K).

Aunque hay estudios que muestran una tendencia a presentarse más frecuentemente en hombres que en mujeres,^{1,5} puede aceptarse que el melanoma subungueal ocurre por igual en ambos sexos.

La mayoría de los estudios coinciden en que la localización más común de este tipo de tumor es en el pulgar y el primer artejo.^{2,4,5}

La asociación a trauma como posible factor desencadenante de la enfermedad ha sido propuesta por la mayoría de autores en porcentajes variables^{2,5} pero la mayoría coinciden en afirmar que pudieran haber existido lesiones pigmentadas previas al trauma que el paciente hubiera podido pasar por alto. En el caso nuestro el paciente negó enfáticamente cualquier tipo de lesión pigmentada previa al trauma.

El tratamiento del melanoma subungueal consiste en algún tipo de amputación que debería ser tanto curativa como funcional. El nivel de amputación está determinado por la extensión de la lesión.

La asociación de quimioterapia de perfusión regional parece mejorar la supervivencia⁴ cuando se asocia a la amputación. Más controvertido en cuanto al pronóstico resulta el practicar disección de ganglios regionales electiva en melanomas de grosor intermedio (1.51 - 3.99 mm).⁶

El pronóstico, al igual que en los demás tipos de melanoma, está determinado primordialmente por el espesor de Breslow que se encuentra en relación inversa con la supervivencia. Sin embargo ha sido informado que los melanomas acrales tienen peor pronóstico que los melanomas localizados en otros sitios⁷ debido a que los pacientes con esta clase de tumores suelen consultar con lesiones primarias subungueales o volares en estadios muy avanzados.

Como factores pronósticos también se han considerado en mayor o menor grado la presencia de ulceración, la tasa mitótica, la localización, la presencia de satelitosis microscópicas, el tipo de tratamiento practicado, el sexo y otros.⁶

El caso que presentamos llama la atención por su inicio asociado a trauma sin lesión pigmentada previa y por el tipo de cirugía practicado que trató de ser muy conservador pero curativo.

SUMMARY

The acral lentiginous melanoma represents a distinct entity having characteristic histologic and biologic features different from other types of melanoma. Between its clinical varieties the subungual melanoma has been categorized.

We present the case of a 47 year old man who was diagnosed, both clinically and according to histologic studies, as suffering from subungual malignant melanoma, secondary to trauma of the distal phalanx of the fourth finger of the left hand. A proximal interphalangeal amputation was performed with su-

ture of the flexor and extensor tendons trying to preserve the pincer function.

The patient evolution was satisfactory.

Key words: Subungual melanoma, Acral lentiginous melanoma.

BIBLIOGRAFIA

1. Kremetz ET, Reed RJ, Coleman WP III, et al. Acral lentiginous melanoma: A clinicopathologic entity. *Ann Surg* 1982; 195: 632-645.
2. Patterson RH, Helwing EB. Subungual malignant melanoma: A clinical - pathologic study. *Cancer* 1980; 2074-2087.
3. Reed RJ. New concepts in surgical pathology of the skin. New York: John Wiley and sons 1976; 73-96.
4. Muchmore JH, Kremetz ET, Reed RJ, et al. Melanoma of the hand and foot: (Volar and subungual melanoma). In: Balch CM, Milton G eds. *Cutaneous melanoma*. Philadelphia: JB Lippincott 1983; 302-311.
5. Takematsu H, Obata M, Tomita Y, et al. Subungual melanoma: A clinicopathologic study of 16 japanese cases. *Cancer* 1985; 55: 2725-2731.
6. Day CL, Milhm MC, Lew RA, et al. Prognosis factors for patients with clinical stage 1 melanoma of intermediate thickness (1.51-3.99): conceptual model for tumor growth and metastasis. *Ann Surg* 1982; 195: 35-43.