

Melanoma acral: a propósito de un caso

Fernando Valenzuela A.⁽¹⁾, Mathías Yagnam D.⁽²⁾, Viviana Zemelman D.⁽¹⁾, Claudia Morales H.⁽³⁾, Carlos Y. Valenzuela Y.⁽⁴⁾

⁽¹⁾*Servicio de Dermatología, HCUCH.*

⁽²⁾*Estudiante de Medicina, Universidad de Chile.*

⁽³⁾*Servicio de Anatomía Patológica, HCUCH.*

⁽⁴⁾*Programa de Genética Humana, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

SUMMARY

Acral melanoma is an uncommon cutaneous malignant tumour, which may arise on the foot. A 73 years old female patient presented with an ulcerated lesion on the sole of the left foot for one year, associated to an older pigmented lesion. The biopsy of both lesions, showed "in situ cutaneous melanoma" in the pigmented lesion and "infiltrating cutaneous melanoma" in the ulcerated lesion. In this case report is discussed the epidemiology of acral melanoma around the world, showing the importance in early recognition and proper management.

Fecha recepción: noviembre 2013 | Fecha aceptación: febrero 2014

Mujer de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial acude a consulta del Servicio de Dermatología por herida en la región plantar de pie izquierdo de 1 año de evolución, que se habría iniciado como endurecimiento plantar focal en zona de apoyo de 2º metatarso, evolucionando a herida ulcerada. Los tres últimos meses con 3 aseos quirúrgicos y curaciones por el equipo de cirugía vascular, sin mejoría. Paciente desconoce lesiones preexistentes y niega trauma o cuerpo extraño.

En el examen físico se evidencia en región plantar anterior del pie izquierdo, una lesión de aproximadamente 4 centímetros de diámetro exofítica cupuliforme, ulcerada, friable, con maceración

perilesional, de consistencia firme y dolorosa a la palpación, sin pigmento, pero con una lesión hiperpigmentada plana paralesional en margen superior izquierdo, menor a 1 centímetro de diámetro, de bordes difusos (Figura 1 y 2). En el resto del examen físico se evidencia adenopatía inguinal ipsilateral pequeña y móvil. Se realiza biopsia de la lesión ulcerada y de la lesión hiperpigmentada adyacente y se envía para ser analizada en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Universidad de Chile. El resultado de la biopsia de la lesión hiperpigmentada demostró un melanoma cutáneo *in situ* (Figura 3 y 4) y de la lesión exofítica demostró un melanoma maligno cutáneo infiltrante de un espesor de 6 milímetros, tipo IV Clark, ulceración ausente, con bordes quirúrgicos



Figura 1. Planta del pie izquierdo con lesión exofítica, cupuliforme, friable, amelanótica, de 4 centímetros de diámetro a la altura de primer y segundo metatarso. En el borde superior izquierda de la lesión descrita, se observa lesión pigmentaria melanocítica, de pigmento difuso y bordes mal definidos.

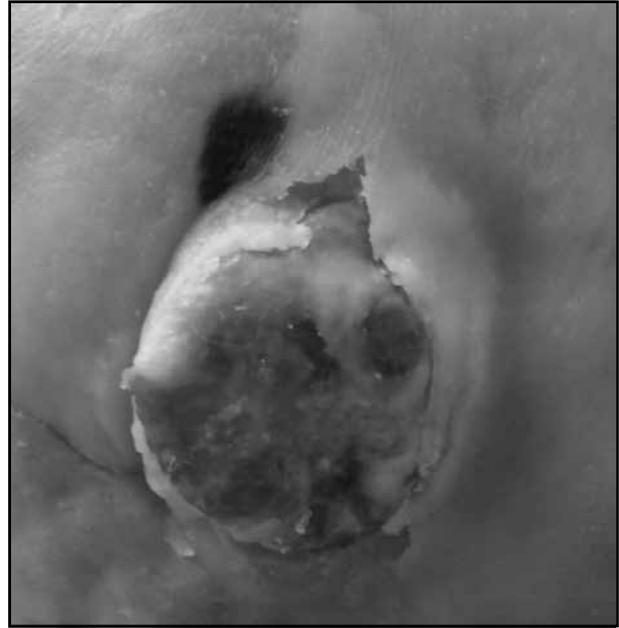


Figura 2. Imagen ampliada de lesión descrita en Figura 1. Se observa maceración perilesional y lesión principal amelanótica. Esta lesión fue extirpada por 3 aseos quirúrgicos previos a la consulta dermatológica.

comprometidos y sin permeación vascular evidenciada (Figura 5 Y 6). La paciente fue derivada al Servicio de Oncología, donde está a la espera de exámenes complementarios para catalogar el estadio tumoral y su tratamiento.

La incidencia de melanoma maligno (MM) ha aumentado considerablemente en la gran mayoría de los países en las últimas décadas. En Chile se ha observado un aumento de su mortalidad y de su incidencia^(1,2). Por otro lado, la localización



Figura 3. Piel cuya epidermis presenta una proliferación melanocítica intraepidérmica asimétrica, mal circunscrita, dispuesta predominantemente en unidades solitarias, en un patrón lentiginoso, con melanocitos por sobre la unión dermoepidérmica, aislados y en nidos.

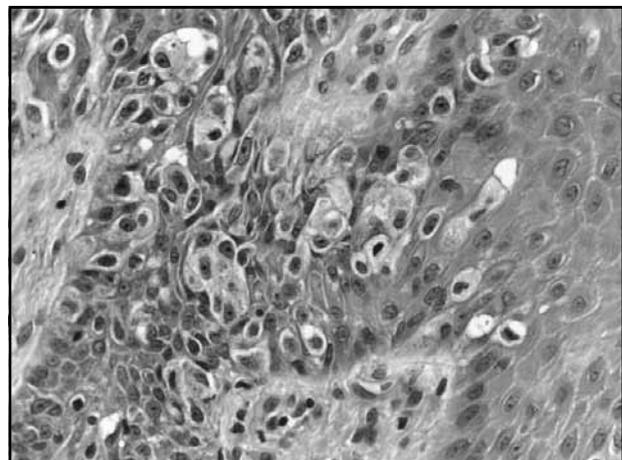


Figura 4. Las células melanocíticas son de núcleos levemente hipercromáticos, con nucleolo prominente, sin evidentes mitosis, con citoplasma bien delimitado. En dermis, hay moderado infiltrado inflamatorio perilesional, de predominio linfocitario. No hay melanocitos en dermis.

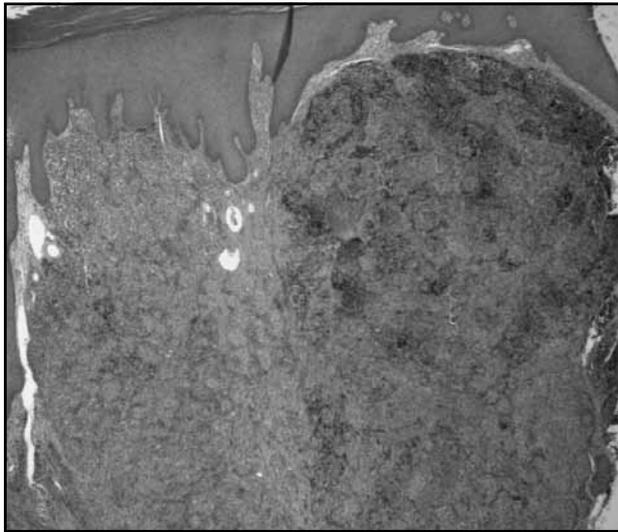


Figura 5. Piel en cuya dermis hay una proliferación melanocítica asimétrica, nodular, dispuesta en nidos y en unidades solitarias, con un espesor máximo de 6 milímetros, alcanzando dermis reticular.

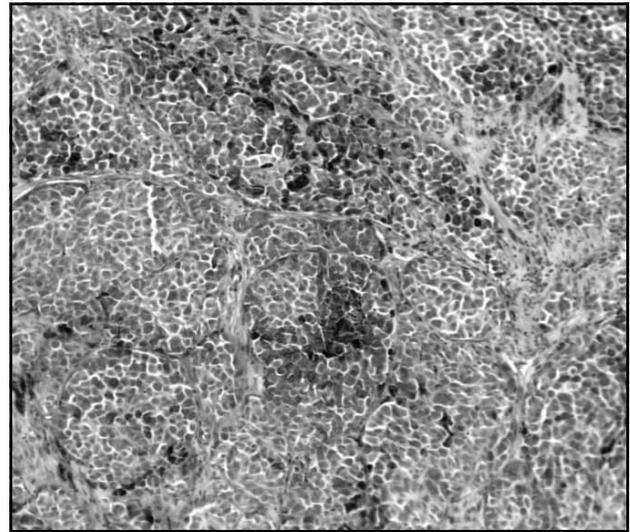


Figura 6. Las células neoplásicas son de núcleos hiper cromáticos, con un nucléolo prominente, con 2 mitosis en 10 campos de mayor aumento, con citoplasma bien delimitado, con melanina focal. Los nidos no maduran hacia la profundidad.

anat6mica del MM primario se ha relacionado con la sobrevida y pron6stico del paciente. Se ha observado que el MM en 1reas menos visibles del cuerpo, ser1an MM de mayor profundidad que aquellos MM localizados en zonas m1s visibles⁽³⁾. Tambi3n se ha demostrado que la localizaci3n anat6mica del MM est1 directamente relacionada con el origen 3tnico del paciente. Es as1, que estudiando la localizaci3n de MM en distintas etnias, se ha observado que los MM en pacientes negroides y asi1ticos est1n principalmente localizados en palmas y en plantas de pie, mientras que los MM en poblaci3n cauc1sica se presentan principalmente en tronco de varones y en pierna de mujeres⁽⁴⁾. El peor pron6stico de pacientes con MM acrales se deber1a en parte, al diagn6stico tard1o de estos MM, como tambi3n a factores intr1nicos asociados a esta localizaci3n⁽⁵⁾. A pesar de la importancia del diagn6stico precoz de MM acrales, y de su alta frecuencia en ciertos grupos 3tnicos no cauc1sicos, existen pocos estudios de incidencia de este particular tipo de MM.

En cuanto al porcentaje de MM por localizaci3n anat6mica, Dwyer y cols estudiaron 919 MM invasivos del registro de MM de Escocia, de los cuales un 7% eran MM plantares⁽⁶⁾. En un estudio realizado en poblaci3n de Suiza, Bulliard y cols analizaron la distribuci3n anat6mica de 1.658 MM, entre los a1os 1995 y 2002, encontrando un 0.9% y 3.4% de MM acrales respectivamente⁽⁷⁾. En una investigaci3n realizada en Jap3n, se demostr3 que la principal localizaci3n era plantar y que los pacientes japoneses con este tipo de MM presentaban solamente un 35% de sobrevida a los cinco a1os del diagn6stico de MM⁽⁸⁾. Por otro lado, un estudio realizado en EEUU con 1.413 pacientes con MM, subtipo histol6gico acral lentiginoso que se localiza principalmente en palmas y pies, mostr3 un porcentaje alto en poblaci3n negroide (36%) y con una sobrevida de 80.3% y 67.5% a los cinco y diez a1os respectivamente, sobrevida menor que la demostrada para otros subtipos de MM (91.3% y 87.5% respectivamente)⁽⁹⁾.

En América Latina existe poca información sobre la incidencia de MM, pero sí existen algunos trabajos en algunos países que muestran la gran frecuencia de MM acrales, por ejemplo, en Puerto Rico un estudio de 367 MM mostró que el 50% de los MM se encontraba en extremidades inferiores, con preferencia en los pies⁽¹⁰⁾. Otro estudio realizado en Perú mostró también un alto porcentaje en pies (62%)⁽¹¹⁾, mientras que en otra investigación realizada en México, se observó un 31.8% de MM plantares⁽¹²⁾. Sin embargo, en otros países de América del Sur existe un patrón diferente de localización de MM. En estudios de Argentina y Uruguay la localización principal de MM es tronco en varones y piernas en la mujer^(13,14), resultados similares a los encontrados en población caucásica^(15,16).

La población en Chile genéticamente hablando, descende del varón caucásico (principalmente español) y de la mujer amerindia⁽¹⁷⁾. La composición sociogenética chilena se divide en estrato alto, clase media y clase medio-baja. Un estudio previo de color de piel, mostró que los individuos de clase media, medio-baja de Chile son de piel más oscura que la población de clase alta⁽¹⁸⁾. En la población del estrato medio bajo, el tipo de piel más frecuente es fototipo III en mujeres y fototipo IV en varones; sin embargo, en el estrato alto, el tipo de piel más frecuente es el fototipo II en mujeres y fototipo III en varones⁽¹⁸⁾.

En un estudio previo de 575 MM realizado en pacientes de cinco hospitales públicos de la Región Metropolitana de Chile (hospitales que cubren una población aproximada de 2.500.000 habitantes) se analizaron los MM por localización anatómica. Los resultados mostraron un gran porcentaje de MM localizado en pie (16.9%), con un 9.6% de MM plantares. En total en este estudio se encontró casi un 21% de MM acrales⁽¹⁹⁾. El alto porcentaje de MM acrales en esta población apoya el gran componente amerindio de la población chilena que consulta en los hospitales públicos de nuestro país.

En conclusión, presentamos un caso de melanoma acral en la región plantar del pie izquierdo de una mujer de 73 años. Este melanoma que es de peor pronóstico que los MM encontrados en otra localización, posiblemente por su diagnóstico tardío, como también a factores intrínsecos asociados a esta localización. Debido al alto porcentaje de melanomas acrales observado en nuestra investigación anterior, realizada en un alto porcentaje de la población chilena, es necesario establecer medidas de prevención, examinando los pies y manos de la población con especial interés en la planta del pie. Un diagnóstico precoz de este tipo de MM es muy importante, ya que puede cambiar su pronóstico y su posterior manejo terapéutico, aumentando así la sobrevida del paciente.

REFERENCIAS

1. Zemelman V, Garmendia ML, Kirschbaum A. Malignant melanoma mortality in Chile (1988-98). *Int J Dermatol* 2002;41:99-103.
2. Zemelman V, Roa J, Díaz C, Araya I, Zamalloa G, Faundez E. Aumento de la incidencia del cáncer cutáneo en hospitales públicos de la Región Metropolitana (1992-1998). *Dermatol Chile* 2001;17:180-5.
3. Hemo Y, Gutman M, Klausner JM. Anatomic site of primary melanoma is associated with depth of invasion. *Arch Surg* 1999;134:148-50.
4. Sober AJ, Rhodes AR et al. Neoplasms: malignant melanoma. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF (eds). *Dermatology in general medicine*. 3rd edn. New York: McGraw-Hill, Inc., 1987: 947-66.
5. Bristow IR, Acland K. Acral lentiginous melanoma of the foot and ankle: A case series and review of the literature. *J Foot Ankle Res* 2008;15:1-11.
6. Dwyer PK, Mackie RM, Watt DC, Aitchison TC. Plantar malignant melanoma in a white Caucasian population. *Br J Dermatol* 1993;128:115-20.
7. Bulliard JL, De Weck D, Fisch T, Bordoni A, Levi F. Detailed site distribution of melanoma and sunlight exposure: aetiological patterns from a Swiss series. *Ann Oncol* 2007;18:789-94.
8. Seiji M, Takematsu H, Hosokawa M, Obata M, Tomita Y, Kato T *et al.* Acral melanoma in Japan. *J Invest Dermatol* 1983; 80:56S-60S.
9. Bradford PT, Goldstein AM, McMaster ML, Tucker MA. Acral lentiginous melanoma: Incidence and survival patterns in the United States, 1986-2005. *Arch Dermatol* 2009;145:427-34.
10. Vázquez-Botet M, Latoni D, Sánchez JL. Malignant melanoma in Puerto Rico. *Bol Asoc Med P R* 1990;82:454-7.
11. Díaz JA, Ponce E. Cuadro clínico-patológico en melanoma maligno cutáneo. *Folia Dermatol Peru* 1998;9:21-8.
12. González JG, Mora A, Beltrán A. 261 casos de melanomacutáneo, características generales y factores de valor pronóstico. *Rev Inst Nac Cacerol (Mex)* 1990;36:1103-12.
13. Viu R, Lavarello RJ, Begnis GS, Grunfeld PR. Tratamiento quirúrgico del melanoma. *Rev Argent Cir* 1998;74:12-21.
14. Espasandin J, De Stefani E, Vasallo A. Aspectos epidemiológicos del melanoma maligno en el Uruguay. Revisión de 154 casos. *Arch Argent Dermatol* 1981;31:363-70.
15. Osterlind A, Hou-Jensen K, Moller Jensen O. Incidence of cutaneous malignant melanoma in Denmark 1978-82. Anatomic site distribution, histologic types, and comparison with non-melanoma skin cancer. *Br J Cancer* 1988; 58:385-921.
16. Elwood JM, Gallagher RP. Site distribution of malignant melanoma. *Can Med Assoc J* 1983;128:1400-4.
17. Valenzuela CY, Acuña MP, Harb Z. A socio-genetic decline in Chilean population. *Rev Med Chile* 1987;115:295-9.

18. Zemelman V, von Beck P, Alvarado O, Valenzuela CY. Sexual dimorphism in skin, eye and hair color and the presence of freckles in Chilean teenagers from two socioeconomic strata. *Rev Med Chile* 2002;130:879–84.
19. Zemelman V, Roa J, Ruiz Tagle S, Valenzuela CY. Malignant Melanoma in Chile: an unusual distribution of primary sites in men from low socioeconomic strata. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:335-8.

CORRESPONDENCIA



Dr. Fernando Valenzuela Ahumada
Servicio de Dermatología
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 56 2 2978 8173
E-mail: fvalenzuela.cl@gmail.com