

Melanoma amelanótico acral en un paciente diabético.

LORETO LARA PÉREZ¹, MARIANELA MORALES LEAL¹, DANIELA BERROETA MAURIZIANO², NICOLE ELGUETA VALENCIA³

Acral amelanotic melanoma in a diabetic patient

Abstract

Melanoma is one of the most aggressive and worse prognosis tumors. Early diagnosis is essential to offer therapeutic alternatives. Presentation may be variable. Within these the amelanotic melanoma form. We present the case of a patient treated at the "Hospital Regional de Talca", with an unclear diagnosis of melanoma at a first moment given the characteristics and location of the lesion, the history of trauma and the patient comorbidities, which after biopsy and immunohistochemical analysis, the diagnosis of amelanotic melanoma is possible.

Keywords: Amelanotic Melanomas

1. Internas de Medicina, Universidad Católica del Maule,

2. Dermatóloga, Hospital Regional de Talca,

3. Anatómo Patóloga, Hospital Regional de Talca.

Correspondencia

Marianela Morales Leal

Dirección: Villa Valle Claro, 25 Oriente N° 1551, Talca.

Email: marianela.morales.leal@gmail.com

Teléfono: (+56) 9 90003934

Introducción

El melanoma amelanótico representa un subtipo de melanoma cutáneo. El término engloba a dos tipos de lesiones, aquellas verdaderamente desprovistas de pigmento y aquellas con un mínimo de pigmento residual, también llamados hipomelanóticos¹⁻². Aproximadamente el 2-8% de todos los melanomas son amelanóticos, pero la incidencia real es difícil de estimar porque a menudo son mal diagnosticados².

Los melanomas ubicados en la región acral, son detectados frecuentemente de forma tardía, en comparación con otros sitios anatómicos, muchas veces son confundidos con otro tipo de lesiones, tales como granulomas telangiectásicos, hematomas, lesiones infecciosas o vasculares, entre otras. En particular los melanomas amelanóticos tienen una alta probabilidad de ser mal diagnosticados, correspondiendo cerca del 50 % de los diagnósticos erróneos³.

En diabéticos el diagnóstico suele presentar aún

mayor dificultad, ya que los melanomas amelanóticos acrales, pueden asemejarse a una úlcera de pie diabético⁴⁻⁵. El retraso en el diagnóstico, puede conducir a un mal pronóstico, asociándose a un mayor espesor tumoral y menor tasa de supervivencia a los 5 años⁵. Es necesario un alto índice de sospecha en aquellas úlceras de pie diabético que se comportan atípicamente o que no responden al manejo clásico, siendo necesario en estos casos confirmación con una biopsia de piel⁴.

Presentamos este caso para recalcar la importancia del diagnóstico diferencial con lesiones malignas en pacientes diabéticos con lesiones atípicas.

Presentación del caso

Paciente de 78 años, sexo masculino con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en tratamiento. Consulta por lesión asintomática, en primer orjejo izquierdo, progresiva de 3 meses de evolución. Refiere inicio de la lesión posterior a trauma. Al examen físico se obser-

vó una placa eritematosa ulcerada de 1.5 cm de diámetro, con borde bien definido, en el extremo distal del primer orjejo izquierdo. Sin signos de alteraciones neurológicas, enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores, ni otras lesiones. Al examen dermatoscópico se aprecia claramente margen pigmentado de la lesión (imagen 1). Se sospecha melanoma amelanótico y se solicita biopsia incisional. El estudio histopatológico informa melanoma de tipo extensión superficial, con escaso pigmento, Breslow 2.7 mm, nivel IV de Clark e índice mitótico de 12/mm². El análisis inmunohistoquímico con los marcadores neoplásicos melanocíticos HMB-45 y Melan A fueron positivos (imagen 2).

Discusión

El diagnóstico de melanoma es fundamental al momento de hablar de pronóstico. Especialmente en el melanoma amelanótico este suele ser tardío. Estudios revelan que en comparación con los melanomas melanóticos, el amelanótico al momento del diagnóstico, presentaría una mayor etapificación según la clasificación de la American Joint Committee on Cancer (AJCC)⁶, asociándose a un mayor espesor tumoral y menor tasa de supervivencia a los 5 años⁵. En nuestro caso, el paciente consulta a los tres meses desde iniciada la lesión. Si bien se trata de un paciente diabético, en el cual se podría confundir la lesión con una úlcera de pie diabético, el contexto del paciente no orienta hacia ese tipo de lesión, ya que se trata de una lesión de rápida progresión, sin asociación a daño neurovascular ni presencia de otras lesiones.

Se estima que la prevalencia del melanoma amelanótico es entre un 2 y 8%, sin embargo es difícil poder estimar la real incidencia dado el alto porcentaje de error en su diagnóstico. El diagnóstico de lesiones verdaderamente amelanóticas es difícil, especialmente si se presentan como placas escamosas que se asemejan a lesiones inflamatorias. La dermatoscopia puede ayudar en el diagnóstico de las lesiones mínimamente pigmentadas², existen una serie de algoritmos a la dermatoscopia para analizar las lesiones pigmentadas¹. Una gran parte de los melanomas amelanóticos, muestran un color de base "colorado". El cual no es un hallazgo específico y se ve con frecuencia en otras patologías como carcinoma basocelular y

granulomas piógenos⁶, por ende, en las lesiones verdaderamente amelanóticas es necesario el uso de otros criterios, diferentes a los usados en las lesiones pigmentadas, tales como la morfología de los vasos y los patrones vasculares para lograr el acercamiento diagnóstico¹.

Además de la clínica y uso clásico de la dermatoscopia, se están utilizando nuevas estrategias para la identificación de los melanomas amelanóticos, tales como la microscopia confocal de reflectancia, teniendo como principal limitante, el requerir de personal entrenado y/o un centro especializado⁷. El análisis histopatológico confirma el diagnóstico y debe realizarse ante la sospecha de una lesión maligna. El análisis inmunohistoquímico representa una importante herramienta de ayuda en el diagnóstico, diagnóstico diferencial y en el pronóstico de muchas de las neoplasias cutáneas. Uno de los marcadores más sensibles para las neoplasias melanocíticas es la proteína S-100. Sin embargo, su falta de absoluta especificidad obliga a incluir en la batería diagnóstica de estas lesiones otros marcadores tales como Melan-A, HMB-45, que son marcadores citoplasmáticos y poseen una mayor especificidad que S-100 para melanoma⁸. En nuestro caso, la lesión, presentaba un remanente de pigmento el cual pudo ser mejor apreciado al examen dermatoscópico, la biopsia también informó presencia de escaso pigmento, contribuyendo a un mayor índice de sospecha. Por otra parte el análisis inmunohistoquímico fue positivo para marcadores citoplasmáticos de neoplasias melanocíticas HMB-45 y Melan A, lo cual permitió el diagnóstico certero.

Se han hecho esfuerzos para complementar el diagnóstico con estudios genéticos, frente a casos donde persiste sospecha y no se logra identificar por anatomía patológica. Un estudio revela que frente a lesiones de localización subungueal y de tipo nodular-ulcerativo con HMB-45 negativo, la mutación BRAF y KIT fueron detectados en la mayoría de los melanomas amelanocíticos puros, a pesar de esto, faltan ensayos en poblaciones mayores⁹.

Referencias

1. Stojkovic-Filipovic J, Kittler H. Dermatoscopy of amelanotic and hypomelanotic melanoma. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014; 12(6):467-472.

2. Wain E., Stefanato C, Barlow R. A clinicopathological surprise: amelanotic malignant melanoma. *Clin Exp Dermatol.* 2008; 33(3):365-366.
3. Matusiak L, Bieniek A, Wozniak Z, Szepietowski J. Amelanotic malignant melanoma in an acral location. *Acta Dermatoven.* 2008; 17(2): 72-74.
4. Hussin P, Loke S, Mohd Noor F, Mawardi M, Ajit Singh V. Malignant melanoma of the foot in patients with diabetes mellitus – A trap for the unwary. *Med J Malaysia.* 2012; 67(4): 422-423.
5. Torres T, Rosmaninho A, Caetano M, Selores M. Malignant melanoma misdiagnosed as a diabetic foot ulcer. *Diabet Med.* 2010; 27(11):1302-1303.
6. Thomas N, Kricker A, Waxweiler W, Dillon P, Busman K, From L, et al. Comparison of clinicopathologic features and survival of histopathologically amelanotic and pigmented melanomas: A population-based study. *JAMA Dermatol.* 2014; 150(12):1306-1314.
7. Argenziano G, Albertini G, Zalaudek I. Commentary: improved detection of nonpigmented skin tumors. *Dermatol Surg.* 2012; 38(9):1445-1447.
8. Fuertes L, Santonja C, Kutzner H, Requena L. Inmunohistoquímica en dermatopatología: revisión de los anticuerpos utilizados con mayor frecuencia (parte II). *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(3):181-203.
9. Choi Y, Chun S, Jin S, Lee J, Yun S. Amelanotic acral melanomas: clinicopathological, BRAF mutation, and KIT aberration analyses. *J Am Acad Dermatol.* 2013; 69(5):700-707.



Figura 1. Melanoma amelanótico en región acral

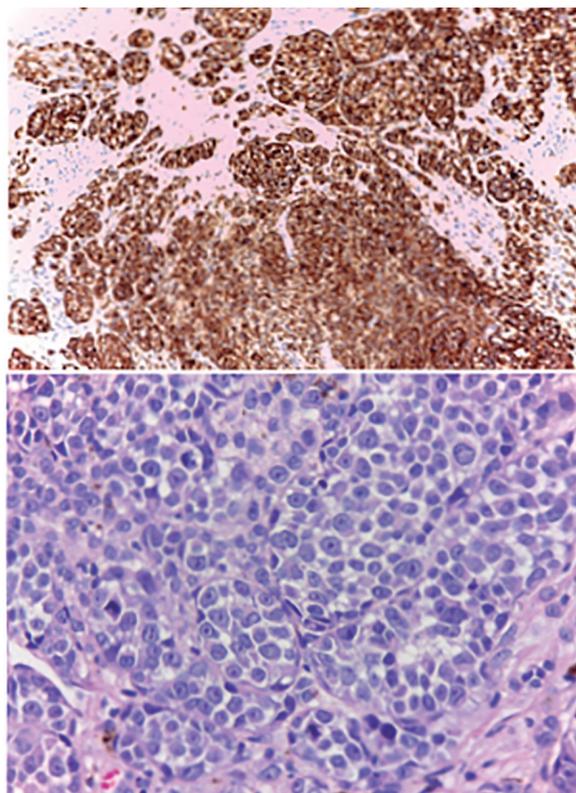


Figura 2. Imagen microscópica de análisis histopatológico e inmunohistoquímico de la lesión