

REPORTE DE CASOS / CASE REPORT

Melanoma Maligno múltiple en un mismo paciente. A propósito de un caso.

Multiple malignant melanoma in the same patient. About a case.

Adrian Isacc Nieto Jiménez

DOI. 10.21931/RB/2017.02.03.7

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente ecuatoriano de 52 años valorado en el hospital provincial de Ibarra, Imbabura por presentar 2 lunares en la espalda, que correspondían a 2 lesiones melanocíticas. Se realiza dermatoscopia y biopsia cutánea y se concluye como dos melanomas malignos de extensión superficial, clasificados ambos como primarios. Esta entidad constituye un tumor maligno que deriva de los melanocíticos epidérmicos, son más frecuentes en la piel, pero también se observan en otras localizaciones como mucosas y órganos viscerales. Según la literatura la incidencia de varios melanomas de extensión superficial primarios en un mismo paciente es muy baja. Se describe una supervivencia de 5 años luego del diagnóstico. En su patogenia se vincula la presencia de nevos pigmentados preexistentes y factores carcinogénicos como el sol. Aunque el diagnóstico presuntivo sea clínico la dermatoscopia y la biopsia cutánea constituyen el principal medio diagnóstico y terapéutico en la actualidad.

Palabras Claves: melanoma, biopsia, dermatoscopia.

ABSTRACT

The case of a 52-year-old Ecuadorian valued at the provincial hospital in Ibarra, Imbabura to present two moles on her back, corresponding to 2 melanocytic lesions is presented. Dermoscopy and skin biopsy is performed and two malignant melanomas concluded as superficial spreading, classified both as primary. This entity is a malignant tumor derived from the epidermal melanocytic are more frequent in the skin but also seen in other locations such as mucous and visceral organs. According to the literature the incidence of multiple primary melanomas of surface area in the same patient is low mu. 5-year survival after diagnosis is described. In its pathogenesis, the presence of preexisting pigmented nevi and carcinogenic factors such as the sun is linked. Although the presumptive diagnosis is clinical dermoscopy and skin biopsy are the main diagnostic and therapeutic means today.

Key Words: melanoma, biopsy, dermoscopy.

Introducción

El melanoma es un tumor maligno que deriva de las células denominadas melanocitos, originadas en la cresta neural.¹

Aparece en la piel en el 90% de los casos; pero también se pueden observar en leptomeninges, tracto uveal de los ojos, cavidad oral, canal anal y vagina.

Representa el 2.5% de todos los cánceres del cuerpo y es el responsable del 2% de las muertes por cáncer y de las 2/3 partes de mortalidad atribuidas a cáncer de piel. La primera descripción de melanoma fue realizada en el papiro de Eber en 1500 AC, y luego por Hipócrates (460-375 AC)^{1,2}.

Es la enfermedad de la piel que puede causar más muertes. Desde mediados de los años 60, la incidencia del melanoma maligno se ha incrementado a escala mundial³.

Así, la tasa de incidencia en Europa es de 10 a 20 por cada 100 000 personas; en Estados Unidos ha aumentado desde 4,5 por cada 100 000 habitantes en 1970 hasta 15,2 y 16,2 por cada 100 000 en 2013 y 2014, respectivamente. En Ecuador se registró una tasa de 4.23 en el sexo masculino con respecto a un 3.77 del sexo femenino en el año 2014. Las estadísticas indican que es más frecuente en el sexo masculino. Existen 4 subtipos principales: de extensión superficial – el más frecuente – (60 - 70 %), nodular (15 - 30 %), lentigo maligno (5 %) y acral lentiginoso (5 - 10 %)^{3,4}.

El melanoma ha suscitado una gran atención debido al gran incremento de su incidencia, atribuido a las costumbres en relación con el sol y la longevidad. Es infrecuente el reporte en la literatura de melanomas múltiples en un mismo paciente. En la actualidad sigue sin existir un tratamiento efectivo para este tumor cuando se ha diseminado. La prevención, la detección temprana y la cirugía continúan siendo los pilares en su manejo⁵.

CASO CLINICO

Se presenta un paciente de 52 años de edad, valorado en el hospital provincial de Ibarra, Imbabura en el servicio de Dermatología en marzo del año 2016 con dos lesiones melanocíticas sospechosas localizadas en la espalda desde la infancia. Se interroga y examina cuidadosamente, enfatizando en el examen cutáneo, se consulta la literatura y se procede a realizar dermatoscopia y toma de muestra para biopsia de ambas lesiones.

Examen físico

Presencia de 2 lesiones tipo t, pigmentadas a nivel de la región posterior del tronco, de bordes definidos, que asientan sobre dos nevos congénitos, no se acompañan de síntomas subjetivos, de 2 meses de evolución. (Figura 1)

Dr. Adrian Isacc Nieto Jiménez. Especialista en primer Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Diplomado en Hematodermias. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Instituto Ecuatoriano de Seguro Social. Hospital Ibarra. Imbabura.

Correspondencia: adrianisacnj@gmail.com

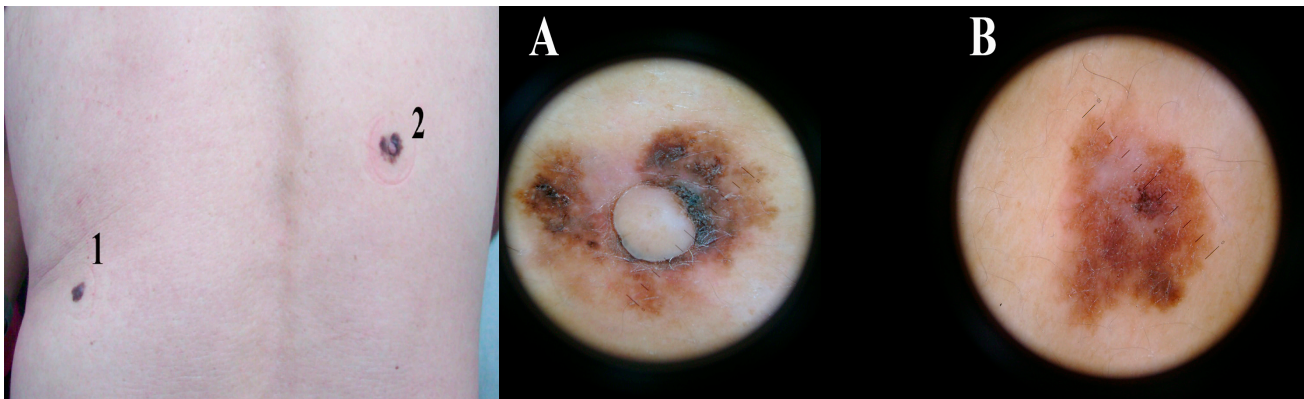


Figura 1. (A) Examen Físico Melanomas malignos.(B) Dermatoscopia

Presencia de 2 lesiones tipo t, pigmentadas a nivel de la región posterior del tronco, de bordes definidos, que asientan sobre dos nevos congénitos, no se acompañan de síntomas subjetivos, de 2 meses de evolución. (Figura 1).

Lesión de aproximadamente 1.5cm de diámetro, asimétrica, de bordes irregulares, con área de regresión en su extremo superior y pigmentación no homogénea, con sobre-elevación papulosa en la parte central de color rosado, localizada en lado derecho y posterior del tronco. (Figura 1).

Lesión de aspecto macular de aproximadamente 1cm de diámetro, de bordes irregulares, pigmentación no homogénea, entre negra y rojiza, localizada en lado izquierdo inferior y posterior del tronco. (Figura 1)

Se realiza dermatoscopia, donde se observa: Patrón multicomponente, retículo atípico, glóbulos asimétricos y áreas desestructuradas pigmentadas de color negro, áreas blancas y azul grisáceas en ambas lesiones. (Figuras 2) Sospechoso de melanoma maligno.

Se realizan exámenes complementarios:

Hemograma, coagulograma y hemoquímica dentro de parámetros normales.

Rx de Tórax (PA): Sin alteraciones.

Us Abdominal: Sin alteraciones.

RMN de cráneo: No se observaron alteraciones.

Se realiza exéresis y biopsia el día 22 de marzo de 2016.

Lesión1: B-2923-15 Biopsia de piel con melanoma extensivo superficial en fase tumorigénica (Breslow 0.90mm). Se extiende a dermis reticular (nivel IV de Clark), diámetro mayor 1.5 cm. Bordes quirúrgicos libres de tumor, el más cercano a 1cm.

Lesión 2: B-2924-15 Biopsia de piel con melanoma extensivo superficial invasor a dermis papilar (Breslow 0.4mm, nivel II de Clark), diámetro mayor 1.1 cm. Bordes quirúrgicos libres de tumor, el más cercano a 9mm.

ID: MELANOMAS MALIGNOS DE EXTENSIÓN SUPERFICIAL

El paciente fue remitido al servicio de oncología del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, Ecuador para comenzar tratamiento según el tiempo de evolución y el grado de agresión que presentó el tumor por el diagnóstico confirmado mediante dermatoscopia y biopsia.

COMENTARIO

El melanoma de extensión superficial es la forma más frecuente ya que representa el 70% de los casos de melanoma. Puede localizarse en cualquier zona del cuerpo, siendo más frecuente en el torso de los varones y en las extremidades inferiores de las mujeres. Casi siempre se presenta en personas de piel blanca⁶.

El melanoma de extensión superficial es igualmente común en hombres y mujeres. Sólo el 15% de los melanomas surgen an-

tes de los 40 años, y es raro que aparezca en menores de 20 años (<1%). 5-6 Aunque otros autores consideran que la edad media en el momento del diagnóstico es de 44 años, y generalmente la lesión tiene una evolución de entre 1 y 5 años⁶.

Los principales factores de riesgo para el melanoma de extensión superficial son:

- El aumento de la edad.
- Un melanoma invasivo anterior o un melanoma in situ.
- Un cáncer de piel no melanoma anterior.
- Muchos nevos melanocíticos (lunares).
- Múltiples (> 5) nevos atípicos (lunares de aspecto gracioso que son histológicamente displásicos).
- Fuerte historial familiar de melanoma con 2 o más familiares de primer grado afectados.
- Piel clara que se quema fácilmente (fototipos 1 y 2)^{2,6,7}.

Diversos estudios en poblaciones de origen anglosajón han evaluado el riesgo de que un paciente que ya ha tenido un melanoma padezca un nuevo melanoma cutáneo primario⁸⁻⁹. Sin embargo, en la población mediterránea hay pocos estudios que evalúen la incidencia y el riesgo de melanomas primarios múltiples^{7,8,9}.

El diagnóstico clínico es ayudado por la dermatoscopia y la biopsia de piel (generalmente biopsia por escisión).

La lesión clínica suele ser una placa pigmentada, palpable, de 1 a 2,5 cm de diámetro, de color marrón oscura, negro o parduzco, que puede presentar áreas claras que reflejan regresión tumoral^{2,10}.

En Ecuador la tasa de incidencia del melanoma maligno del 2002 al 2016 se incrementó en un 2.8% a predominio en el sexo masculino y en edades comprendidas entre 48 y 60 años. No existe ningún reporte de dos melanomas malignos primarios en un mismo paciente¹¹.

En Ibarra se registraron en los últimos 5 años 16 casos de pacientes con melanoma maligno y de ellos 6 pertenecieron a la variante de extensión superficial. Coincide el predominio en el sexo masculino con respecto a la tasa nacional¹².

El tratamiento inicial de un melanoma primario es eliminarlo con cirugía; la lesión debe ser extirpada completamente con un margen de tejido normal.

Como los melanomas cutáneos aparecen en sitios accesibles con facilidad, el profesional de la salud y el paciente cuentan con una oportunidad única e imperiosa de diagnosticar esta neoplasia en un momento temprano y curable. Este es un desafío importante, dado que el espesor del tumor es el factor pronóstico principal en el melanoma cutáneo primario, sin embargo, a pesar de la importancia del diagnóstico temprano del melanoma, hay algunas razones que impiden lograr estos objetivos de forma completa, ejemplo de ello son aquellos pacientes con lesiones sospechosas que retrasan la consulta al médico debido al desconocimiento, miedo o negación^{3,4}.

CONCLUSIONES

El melanoma maligno de extensión superficial constituye la variante más frecuente de melanoma. Según la literatura la presencia de dos melanomas malignos primarios es muy raro y no se reporta ningún caso en Ecuador.

RECOMENDACIONES

Es importante la protección de las radiaciones ultravioletas del sol sobre todo en personas con fototipos cutáneos 1 y 2 (con poca capacidad para el bronceado) con factor 50 o más, aplicado al menos 3 veces al día en áreas expuestas al sol, así como conocer los factores de riesgo y signos de alarma para su prevención puesto que representa una de las causas más frecuente de muerte por cáncer de piel.

Referencias bibliográficas

1. Slingluff CI, Flaherty K, Rosenberg SA. Cutaneous melanoma. En: De Vita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 1643-91.
2. Priario JC. Historia del melanoma maligno en Uruguay. Rev Méd Urug. 2012 [citado 8 Sep 2015]; 21(4). Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2005v4/art2.pdf>
3. Garbe C, Leiter U. Melanoma epidemiology and trends. Clin Dermatol. 2009; 27(1):3-9.
4. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin. 2012; 62(1):10-29.
5. García Wong H, González Rodríguez Z, López Vergara M. Melanoma maligno en la región frontal. Rev fdc. 2012 [citado 8 Sept 2015]; 6(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol6_2_12/fdc01212.htm
6. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhacke CL, Dzekaniak KS, et al. Sunburn, sunscreens and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. Int J Dermatol. 2015; 41(9):557-62.
7. Thompson JF, Scolyer RA, Kefford RF. Cutaneous melanoma. Lancet. 2005; 365(9460):687-701.
8. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhacke CL, Dzekaniak KS, et al. Sunburn, sunscreens and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. Int J Dermatol. 2012; 41(9):557-62.
9. Phan A, Touzet S, Dalle S, Ronger-Savlé S, Balme B, Thomas L. Acral lentiginous melanoma: a clinic prognostic study of 126 cases. Br J Dermatol. 2010; 155(3): 561-9.
10. Nestle FO, Halpern AC. Neoplasm of the skin. In: Dermatology. 2th ed. Madrid: Mosby; 2011. p. 1745-69.
11. Registro Estadístico de Salud. Provincia Imbabura. 2017.
12. Registro Estadístico. Hospital Iess Ibarra. 2017.

Recibido: 10 de Junio de 2017.

Aprobado: 25 de Julio de 2017.

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



Revista Bionatura supports the Sustainable Development Goals