

## Melanoma maligno cutáneo

### Malignant cutaneous melanoma

José Huamán-Muñante,<sup>1</sup> Mario Grández-Armas,<sup>2</sup> Jorge Huaríngá-Marcelo<sup>2</sup> y Pedro Panduro-Villacorta<sup>3</sup>

#### RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer que fue sometida a amputación parcial del primer dedo del pie derecho y que 21 meses más tarde notó la aparición de lesiones tumorales en el miembro inferior derecho, en el párpado superior derecho, en la axiladerecha y en las mamas. El estudio histológico confirmó que se trataba de metástasis de un melanoma maligno.

**Palabras clave.** melanoma maligno cutáneo, metástasis, Melan-A.

#### ABSTRACT

This is the case of a female patient that underwent a partial amputation of the first right toe and 21 months later she noted the appearance of tumors in the right lower limb, the right upper eyelid, the right armpit and both breasts. The histological study of the lumps confirmed that they were metastasis of a cutaneous malignant melanoma.

**Key words.** cutaneous malignant melanoma, metastasis, Melan-A.

#### INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno cutáneo (MMC) es una neoplasia derivada de los melanocitos. Estos, al derivar embriológicamente de la cresta neural, se encuentran en piel, mucosas, cápsula ganglionar, suprarrenales,

meninges y retina, por lo que puede haber un melanoma primitivo en cualquiera de las estructuras referidas. Puede formarse sin lesión previa (75% de los casos) o a partir de una lesión benigna (25% restante).<sup>1</sup>

Se presenta el caso de una paciente con melanoma maligno cutáneo que desarrolló múltiples metástasis.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 59 años, procedente de Cajamarca y con el antecedente de que dos años atrás fue sometida a amputación de la falange distal del primer dedo del pie derecho por aparición de una lesión neoplásica.

Al ingreso, refirió tres meses de enfermedad caracterizada por la aparición de tumoraciones elevadas, calientes, blandas, de color violáceo oscuro en el dorso de pie derecho y cara interna de la pierna derecha, que inicialmente eran de 5 mm de diámetro y que crecieron paulatinamente. De manera simultánea, aparecieron otras tumoraciones en la región inguinal que aumentaron de tamaño gradualmente. Además, bajó hasta 10 kilogramos de peso corporal.

1. Médico internista. Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), Lima, Profesor de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).

2. Médico residente de Medicina Interna. HNAL, UNMSM.

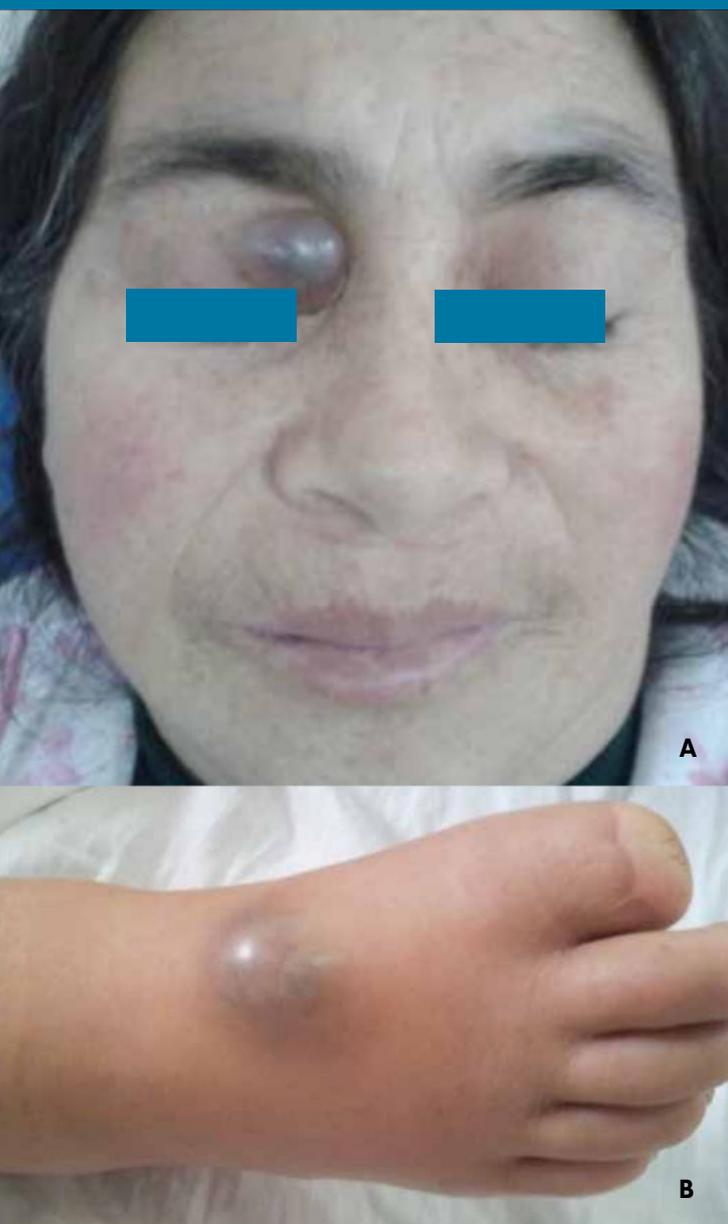
3. Interno de Medicina, HNAL, Universidad Nacional Federico Villarreal.

Un mes antes del ingreso, apareció una tumoración de 3 mm de diámetro en el párpado superior derecho. En el examen de ingreso, presentaba tumoraciones con un tinte negruzco en el párpado superior derecho de 1,5cm de diámetro; en la ingle derecha había tres tumoraciones continuas de 4 cm de diámetro cada una; en la pierna derecha había una de 4 cm de diámetro; y, en el dorso del pie derecho una de 2 cm de diámetro (Figuras 1). También se halló tumoraciones subcutáneas en la región

axilar de 1,5cm de diámetro, en el cuadrante inferior externo de la mama derecha de 1,5cm de diámetro y en el cuadrante superior externo la mama izquierda de 1,5 cm de diámetro, las cuales habían sido de aparición reciente (Figura 2).

En los días siguientes las tumoraciones continuaron aumentando de tamaño y presentó un aumento notable del volumen del miembro inferior derecho (Figura 3).

**Figura 1.** Metástasis de melanoma maligno en cara y pie.



**Figura 2.** Metástasis de melanoma maligno en la mama derecha y en la axila derecha.





La bioquímica sanguínea fue normal, excepto la actividad de la deshidrogenasa láctica en valores de 1 600 UI/l.

En una ecografía abdominal se halló un conglomerado ganglionar en cavidad pélvica derecha que desplazaba la vejiga y el útero.

El estudio histopatológico de una de las lesiones dio como resultado que se trataba de un melanoma maligno (Figura 4), el cual se confirmó mediante el estudio inmunohistoquímico para el Melan-A.

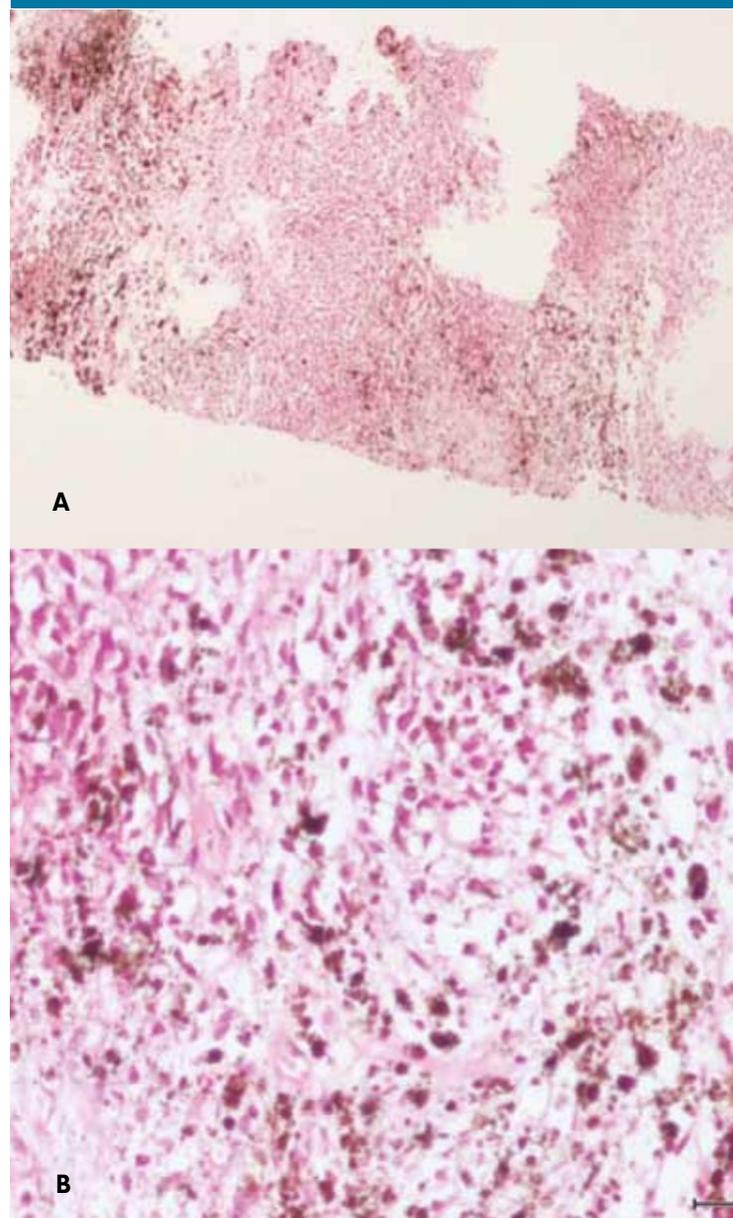
## DISCUSIÓN

La incidencia del MMC ha aumentado mundialmente, en promedio, 5% anual y Australia es el país con mayor incidencia. El MMC representa 1% de las muertes por cáncer y es causa de 75% de las muertes por cáncer de piel. Es más frecuente en caucásicos, entre los 35 y 65 años, la relación hombre/mujer es de 1,5/1, con una edad media de diagnóstico de 57 años y una edad media de muerte de 67 años. Asimismo, 10% de los casos surge en el contexto de una enfermedad familiar.<sup>2</sup>

**Figura 3.** Metástasis de melanoma maligno en el miembro inferior.



**Figura 4.** Histopatología. Infiltración de células melanocíticas malignas (Melan-A positivo).



En cuanto a los factores de riesgo, el principal factor ambiental es la exposición a radiación ultravioleta, así como también la residencia en mayores latitudes,<sup>3</sup> en combinación con factores endógenos como tipos de piel I y II, inmunodeficiencia y predisposición genética.<sup>4</sup> Respecto al sexo, se ha asociado una peor sobrevida para los varones con cifras de 69% y 61% a los 5 y 10 años, comparado con las mujeres con 82% y 75%, respectivamente.<sup>5</sup>

El espesor máximo, según Breslow y la presencia de úlcera son factores pronósticos independientes de sobrevida.<sup>6,7</sup> Estos adquieren utilidad según el estado en que se presenta el melanoma al momento del diagnóstico. El espesor máximo, la presencia de ulceración y el nivel de invasión de Clark<sup>8</sup> son los factores pronósticos más importantes en MMC con espesor menor a 1 mm, para el sistema de etapas del American Joint Committee on Cancer.<sup>9</sup> El número de ganglios metastáticos, la presencia de metástasis intralinfática y la ulceración son importantes en melanomas en etapa III, mientras que en melanomas metastáticos los factores más importantes son el sitio de metástasis y la elevación de isoenzima deshidrogenasa láctica (LDH) sérica.<sup>10</sup>

Las lesiones primarias se manejan quirúrgicamente, que es el único tratamiento curativo para el melanoma. Luego de la extirpación, para el diagnóstico microscópico y para la medición del espesor de Breslow, se toma un margen más amplio y más profundo para asegurar la eliminación completa de la lesión primaria, y para quitar cualquier micrometástasis.<sup>11</sup>

Probablemente, la lesión inicial en nuestra paciente fue un melanoma lentiginoso acral que evolucionó y presentó metástasis de curso rápida evolución, por lo que poco se pudo hacer por ella.

En la fase de metástasis se han empleado varios tratamientos como quimioterapia, inmunoterapia inespecífica (tratamiento con el bacilo de Calmette-

Guerin, levamisol), inmunoterapia activa específica, inmunoquimioterapia, perfusión quimioterápica aislada en un miembro para melanomas de extremidades y radioterapia. Pero, ninguna modalidad terapéutica ha mejorado la supervivencia de los pacientes afectados. Nuestra paciente solo recibió tratamiento paliativo.

Este caso debe hacernos reflexionar sobre la importancia de comunicar adecuadamente a los pacientes sobre la severidad de enfermedad tal que requiere un seguimiento cercano.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras-Rozman. Melanoma. Oncología médica. Medicina interna, 16ta Ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 1191-1192.
2. Martínez M. Melanoma maligno cutáneo. Estudio de características morfológicas e inmunohistoquímicas del tumor primario predictivas de metástasis en ganglio centinela. Tesis doctoral 2007; 1-167.
3. Elwood JM, Diffey BL. A consideration of ambient solar ultraviolet radiation in the interpretation of studies of the etiology of melanoma. *Melanoma Res.* 1993;3:113-122.
4. Armstrong Kricker A. How much melanoma is caused by sun exposure? *Melanoma Res.* 1993;3:395-401.
5. MacKie RM, Hole D, Hunter JA, Rankin R, Evans A, McLaren K, et al. Cutaneous malignant melanoma in Scotland: incidence, survival, and mortality, 1979-94. The Scottish Melanoma Group. *BMJ.* 1997;315:1117-1121.
6. Elwood JM, Diffey BL. A consideration of ambient solar ultraviolet radiation in the interpretation of studies of the etiology of melanoma. *Melanoma Res.* 1993;3:113-122.
7. Armstrong Kricker A. How much melanoma is caused by sun exposure? *Melanoma Res.* 1993;3:395-401.
8. Clark WH Jr, From L, Bernardino EA, Mihm MC. The histogenesis and biologic behavior of primary human malignant melanomas of the skin. *Cancer Res.* 1969;29:705-727.
9. AJCC Cancer Staging Atlas. Part V; ©2006 Springer, Chapter 24: 207-216.
10. Balch CH, Soong SJ, Atkins MB, Buzaid AC, Cascinelli N, Coit DG, et al. An evidence-based staging system for cutaneous melanoma. *CA Cancer J Clin.* 2004;54:131-149.
11. Guidelines for the management of cutaneous melanoma 2010. *Br J Dermatol.* 2010;163:244.

Correspondencia a: Dr. José Huamán-Muñante  
josgon975@hotmail.com

Fecha de recepción: 31-05-2012.

Fecha de aceptación: 28-06-2012.