

¿Cuál es su diagnóstico? / Neoformación hiperpigmentada en dorso de pie: melanoacantoma cutáneo

What is Your Diagnosis? / Neoformation hyperpigmentation on back foot: Cutaneous melanoacanthoma

Miguel Ángel Cardona Hernández,¹ Maribet González González² y Jessica Fernanda González Gutiérrez³

¹ Dermatooncólogo adscrito a consulta externa

² Dermatopatóloga adscrita a Laboratorio de Histopatología

³ Residente del tercer año de dermatología

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, SSDF

Revisión de la literatura

Los tumores epidérmicos benignos son lesiones dermatológicas muy frecuentes que tienen su origen en la proliferación de los queratinocitos, lo que ocasiona la formación de una amplia variedad de lesiones.¹

En 1927, Bruno Bloch describió una dermatosis a la cual denominó melanoepitelioma o epiteloma no nevoide tipo I, y la definió como una proliferación de melanocitos dendríticos y queratinocitos (melanoacantoma), y a la tipo II como una lesión similar a la tipo I, pero sin melanocitos dendríticos (queratosis seborreica pigmentada). El término de melanoacantoma lo introdujeron en 1960 Mishima y Pinkus, quienes lo definieron como una proliferación benigna, pigmentada y bien definida de queratinocitos y melanocitos dendríticos.² Schneider y colaboradores publicaron el primer caso en 1981.³ Se trata de una neoformación proliferativa no neoplásica, de queratinocitos y melanocitos dendríticos la cual afecta piel y

mucosas.⁴ Actualmente se describen dos formas clínicas: el melanoacantoma oral y el cutáneo.¹

Melanoacantoma oral

Descrito en 1978 por Tyomich y colaboradores, se trata de una entidad benigna poco común, observada con mayor frecuencia en la población afroamericana. La edad media de aparición es entre 25 y 28 años, con predominio en el sexo femenino. Su patogenia sigue siendo incierta, algunos autores la consideran una hiperplasia reactiva frente a un traumatismo.²⁻⁵ Su comportamiento clínico y la remisión espontánea indican su carácter no neoplásico.⁶ Clínicamente predomina a nivel de labios, mucosa de carrillos, paladar y encías. Puede presentarse como una lesión solitaria o multifocal. En la histopatología se observa acantosis con elongación de los procesos interpapilares, espongiosis, melanocitos dendríticos grandes con incontinencia del pigmento y melanófagos.^{1,5,7}



Figura 1.



Figura 2.

Melanoacantoma cutáneo

Actualmente, el melanoacantoma cutáneo se considera una variante histológica de la queratosis seborreica pigmentada,⁷⁻¹⁰ aunque algunos autores no coinciden con esta afirmación. No tiene predominio por sexo; afecta a personas de edad media y avanzada (promedio de 55 a 65 años), y se reporta en la literatura con mayor frecuencia en fototipos claros, aunque también se han observado casos en fototipos oscuros. Algunos autores consideran que su etiología es reactiva, secundaria a trauma o irritación local.¹¹

En una serie de 189 queratosis seborreicas en pacientes españoles, Simon y colaboradores encontraron que 28% de éstas eran melanoacantomas.⁵

Se trata de una proliferación mixta de melanocitos y queratinocitos en todas las capas de la epidermis (a diferencia de la queratosis seborreica, la cual se limita a la capa basal). Topográficamente, se observa con mayor frecuencia en tronco, es común en cara y extremidades, y de forma excepcional en zona genital y conducto auditivo externo.^{2,3,12} Morfológicamente se trata de una neoformación, en general solitaria (aunque existen reportes de múltiples lesiones), pigmentada, que puede tener aspecto papulonodular, en placa, verrugoso o de cuerno cutáneo, con bordes bien definidos, superficie queratósica y diámetro variable (desde milímetros hasta 15 cm); excepcionalmente presenta ulceración.⁷ En general la evolución es crónica, de curso benigno, con crecimiento lento y asintomática,¹³ sin embargo, el traumatismo o la manipulación de la misma pueden desencadenar inflamación y/o sangrado.^{5,14} En la dermatoscopia no existen datos característicos, hay ausencia de patrones que sugieran malignidad.^{8,12}

El diagnóstico es histopatológico y muestra hiperqueratosis, puede o no ser paraqueratósica, acantosis, con

proliferación de queratinocitos (células basaloïdes y parecidas a las espinosas) y de melanocitos dendríticos largos con abundante melanina, situados en todas las capas de la epidermis, los melanocitos de la capa basal pueden incrementar su número, es posible observar perlas cónicas, y ocasionalmente se agrupan en nidos.^{2,3,10}

Histopatológicamente se divide en dos tipos:

1. Forma difusa: con melanocitos dispersos asimétricamente.
2. Forma clonal: con melanocitos y queratinocitos agrupados en pequeños nidos (similar a las queratosis seborreicas de tipo clonal).

La scopía electrónica muestra numerosos melanocitos dendríticos repletos de melanomas maduros, así como disrupción parcial o total en la transferencia de la melanina de los melanocitos a los queratinocitos adyacentes. Los estudios con inmunofluorescencia e inmunoprecipitados muestran que el melanoacantoma no está relacionado con el melanoma.^{3,6,15}

Entre los diagnósticos diferenciales clínicos para la variedad cutánea, debemos tener en cuenta otras lesiones pigmentadas como: queratosis seborreica, carcinoma basocelular, melanoma,¹⁵ carcinoma espinocelular verrugoso,⁷ queratosis actínica, cromoblastomicosis, condiloma acuminado,^{8,9} angioqueratoma, hiperpigmentación posinflamatoria, nevo melanocítico, nevo de Spitz,⁶ nevo epidérmico, entre otras entidades, dependiendo de la morfología presentada.

El diagnóstico diferencial histológico debe ser con la queratosis seborreica pigmentada, en donde se observan pocos melanocitos y la melanina está localizada en el interior de las células basales.¹⁰

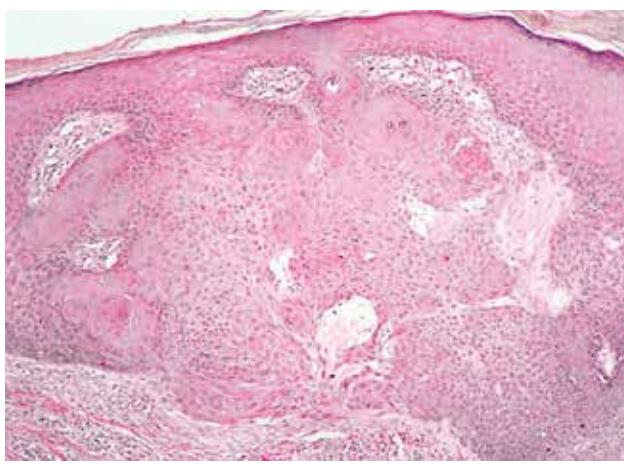


Figura 3.

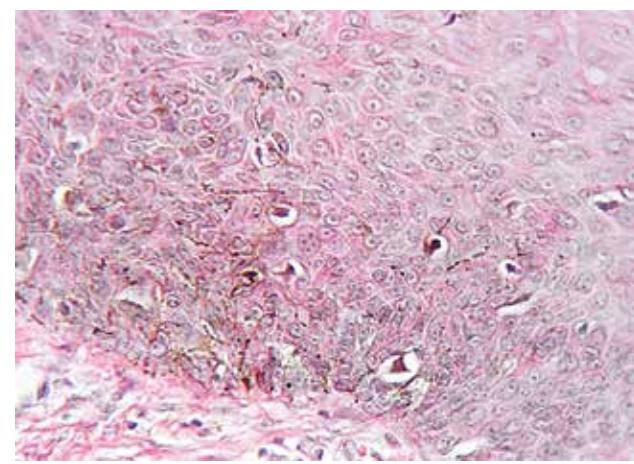


Figura 4.

En relación con el tratamiento, aunque se han reportado casos de involución espontánea, la cirugía convencional marginal es curativa. También se ha empleado curretaje, criocirugía y láser CO₂ o erbium, sin que se haya presentado recidiva. La congelación con argón-plasma es una terapéutica nueva que ha sido probada con resultados exitosos en el melanoacantoma oral. El 5-fluorouracilo no ha sido eficaz.⁷

La morbilidad es poco frecuente; el pronóstico es bueno, sin reporte de recurrencias o metástasis.^{4,5,16}

Comentario

El melanoacantoma se ha descrito en pacientes con fototipos claros, sin embargo, observamos que la mayoría de los reportes de caso son pacientes de fototipo oscuro. La morfología no es diagnóstica, por lo tanto el estudio histopatológico es obligatorio para poder diferenciarlo de otras lesiones pigmentadas, y una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento es quirúrgico y no se requieren estudios de extensión ni tratamientos adicionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bastidas, C, "Tumores epidérmicos benignos", en Torres, V. et al, *Dermatología práctica ibero-latinoamericana*, t. II, 2^a ed, México, pp. 119, 3-4.
2. Mishima, Y. y Pinkus, H, "Benign mixed tumor of melanocytes and malpighian cells", *Arch Derm*, 1960, 81: 91-102.
3. Prince, C, Mehregan, A, Hashimoto, K. y Plotnick, H, "Large melanocanthomas: a report of five cases", *Journal Cutaneous Pathology*, 1984, 11: 309-317.
4. Vázquez, P, Del Valle, M, Cohen, E, López, A. y Fernández, G, "Lesión pigmentada en región frontal. ¿Cuál es su diagnóstico?", *Dermatol Argent*, 2012, 18 (6): 483-486.
5. Choudhary, S, Bhake, A, Singh, A. y Gupta, S, "Pigmented cerebriform growth over forehead", *Indian J Pathol Microbiol*, 2010, 53 (2): 375-376.
6. Rossiello, L, Zalaudek, I, Ferrara, G, Docimo, G, Giorgio, C. y Argenziano, G, "Melanoacanthoma simulating pigmented spitz nevus: an unusual dermoscopy pitfall", *Dermatologic Surgery*, 2006, 32: 735-737.
7. Jain, S, Barman, K, Garg, V, Sharma, S, Dewan, S. y Mahajan, N, "Multifocal cutaneous melanoacanthoma with ulceration: a case report with review of literature", *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2011, 77 (6): 699-702.
8. Shenoy, M, Teerthanath, S. y Bhagavan, K, "Genital and perianal melanocanthomas", *Indian J Dermatol*, 2007, 52 (2): 109-110.
9. Noronha, T, Girisha, B, Kishanprasad, H. y Fernandes, M, "A rare case of multiple genital and perianal melanocanthomas", *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2012, 78 (2): 202-204.
10. Clavellina, G, Vega, M, Toussaint, S. y Lacy, R, "Melanoacanthoma vulvar", *Dermatol Rev Mex*, 2014, 58: 362-366.
11. Schwartz, R, Lambert, W. y Kihiczak, G, "Cutaneous melanocanthoma", *Emedicine Medscape*, actualizado en 2014.
12. Patnayak, R, Jena, A, Chowhan, A, Rukmangadha, N. y Reddy, M, "Melanoacanthoma of external ear: report of two cases", *J Lab Physicians*, 2013, 5 (1): 63-64.
13. Vasani, R y Khatu, S, "Melanoacanthoma: uncommon presentation of an uncommon condition", *Indian Dermatol Online J*, 2013, 4 (2): 119-121.
14. González, G. y Pineda, A, "Melanoacantoma en párpado y conjuntiva bulbar. ¿Curiosidad histológica?", *Rev Mex Oftalmol*, 2003, 77 (1): 27-33.
15. Shankar, V, Nandi, J, Ghosh, K. y Ghosh, S, "Giant melanocanthoma mimicking malignant melanoma", *Indian J Dermatol*, 2011, 56 (1): 79-81.
16. Kihiczak, G, Centurión, S, Schwartz, R. y Lambert, C, "Giant cutaneous melanocanthoma", *International Journal of Dermatology*, 2004, 43: 936-937.