

¿Cuál es su diagnóstico? / Melanoma de extensión superficial

What is your diagnosis? / Superficial spreading melanoma

Simón Guzmán-Bucio,¹ Claudia Jessica Espinoza-Hernández,² María Elisa Vega-Memije³ y Claudia Ileana Sáenz-Corral⁴

¹ Médico pasante de Servicio Social

² Dermatopatóloga, práctica privada

³ Dermatóloga, División de Dermatología

⁴ Dermatóloga, División de Dermatología

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

Revisión

En el estudio histopatológico se observó una proliferación de melanocitos localizados desde la unión dermoepidérmica hasta las capas superiores de la epidermis (diseminación pagetoide). Estos melanocitos se encontraban de manera aislada o formando nidos discohesivos y se distribuían de forma asimétrica con un patrón de crecimiento radial. La proliferación también se extendía hasta el epitelio folicular. La inmunohistoquímica con HMB-45 no evidenció invasión dérmica. Por lo tanto, se estableció el diagnóstico de melanoma de extensión superficial *in situ*.

Globalmente, el melanoma de extensión superficial es el subtipo histológico más común de melanoma. No obstante, en México representa sólo entre 7 y 20% de los casos de melanoma.¹ Los factores de riesgo para este subtipo incluyen la exposición a radiación UV, particularmente en personas con fototipo de piel clara, y un elevado número de nevos melanocíticos.^{2,3} Aunque el melanoma de extensión superficial con frecuencia se origina *de novo* (71%), también puede surgir a partir de un nevo melanocítico previo (29%).⁴

La localización más frecuente del melanoma de extensión superficial es en el tronco, aunque puede aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea.³ Cuando se presenta *de novo*, generalmente se manifiesta como una neoformación asimétrica con bordes y pigmentación irregulares, y un tamaño de al menos 6 mm. Este tipo de melanoma evoluciona de forma lenta durante meses o incluso años.^{5,6} En la dermatoscopia, el patrón más común es el multicomponente y, en menor medida, solamente el retículo pigmentado. Algunos de los hallazgos dermatoscópicos específicos más frecuentes incluyen la presencia de tres o más colores, retículo pigmentado atípico, puntos o glóbulos atípicos, proyecciones radiales y pseudópodos, así como velo azul-blanquecino.⁶ No obstante, en esta etapa el diagnóstico se vuelve complicado debido a que otras neoformaciones, tanto benignas como malignas, pueden mostrar características similares en la dermatoscopia. En

este caso específico, los hallazgos podrían sugerir una queratosis actínica pigmentada, la cual también puede exhibir un retículo pigmentado atípico y glóbulos marrones o grises en la dermatoscopia.⁷

Por lo tanto, el estudio histopatológico es fundamental para el diagnóstico definitivo. El melanoma de extensión superficial se diferencia de otros subtipos histológicos porque presenta melanocitos que tienen una fase de crecimiento radial u horizontal, distribuidos de forma asimétrica, que se agrupan formando nidos discohesivos (que no están bien delimitados) o se encuentran de forma aislada, y que tienen una diseminación pagetoide. Los melanocitos suelen ser grandes, con abundante citoplasma, pleomórficos y en ellos se pueden observar mitosis.⁹ Es crucial determinar si el melanoma está confinado en la epidermis o si ha invadido la dermis y otros tejidos subyacentes. En caso de que sea invasivo, se utiliza el índice de Breslow para medir la profundidad de la invasión, lo que a su vez ayuda a determinar el pronóstico de la enfermedad. Ambos, el subtipo histológico y el índice de Breslow, son factores pronósticos que ayudan a evaluar el riesgo y la gravedad del melanoma.¹⁰

BIBLIOGRAFÍA

- Gutiérrez Vidrio RM y Cortés Lozano N, Confrontando al melanoma en el siglo XXI, *Med Cutan Iber Lat Am* 2007; 35(1): 3-13.
- Ferrara G y Argenziano G, The WHO 2018 Classification of cutaneous melanocytic neoplasms: suggestions from routine practice, *Front Oncol* 2021; 11:675296.
- Singh P, Kim HJ y Schwartz RA, Superficial spreading melanoma: an analysis of 97 702 cases using the SEER database, *Melanoma Res* 2016; 26(4):395-400.
- Pampena R, Kyrgidis A, Lallas A, Moscarella E, Argenziano G y Longo C. A meta-analysis of nevus-associated melanoma: prevalence and practical implications, *J Am Acad Dermatol* 2017; 77(5):938-45.
- Kang S, Melanoma. En *Fitzpatrick's Dermatology*, Nueva York, McGraw-Hill Education, 2019, pp. 1982-2017.
- Trindade FM, De Freitas MLP y Bittencourt FV, Dermoscopic evaluation of superficial spreading melanoma, *An Bras Dermatol* 2021; 96(2):139-47.

DESAFÍO CLÍNICO-PATOLÓGICO

7. Kato J, Horimoto K, Sato S, Minowa T y Uhara H, Dermoscopy of melanoma and non-melanoma skin cancers, *Front Med* 2019; 6:180.
8. Schadendorf D, Fisher DE, Garbe C, Gershenwald JE, Grob JJ, Halpern A *et al.*, Melanoma, *Nat Rev Dis Primer* 2015; 1(1):15003.
9. Smoller BR, Histologic criteria for diagnosing primary cutaneous malignant melanoma, *Mod Pathol* 2006; 19:Suppl 34-40.
10. Lino-Silva LS, Domínguez-Rodríguez JA, Aguilar-Romero JM, Martínez-Said H, Salcedo-Hernández RA, García-Pérez L *et al.*, Melanoma in Mexico: clinicopathologic features in a population with predominance of acral lentiginous subtype, *Ann Surg Oncol* 2016; 23: 4189-94.