

Melanoma maligno en la región frontal

Dra. Heidi García Wong, Dra. Zenaida González Rodríguez, Dra. Margarita López Vergara

Hospital Docente Clínico Quirúrgico, La Habana, Cuba.

RESUMEN

El melanoma es un tumor maligno derivado de los melanocitos, la mayoría se originan en la piel aunque pueden producirse también en las mucosas, los ojos, las meninges y otros órganos, es una tumoración de alta agresividad y con tendencia a la metástasis, puede desarrollarse sobre la piel previamente sana o sobre un nevus. El tratamiento electivo es la extirpación quirúrgica. Las posibilidades de supervivencia dependen de que el diagnóstico se realice en el estadio más precoz posible. En este artículo presentamos un paciente con un diagnóstico clínico_patológico de melanoma maligno con invasión linfática, al cual se le realizó exeresis total del tumor.

Palabras clave: Melanoma maligno, invasión linfática, nevus.

ABSTRACT

Melanoma is a malignant tumor derived from melanocytes, most originate in the skin but can also occur on mucous membranes, eyes, meninges and other organs. It is a highly aggressive tumor with a tendency to metastasize. This tumor can develop on previously healthy skin or over a nevus. The treatment of choice is surgical removal. The chances of survival depend on whether the diagnosis is made in the earliest stage possible. We present a patient with clinical and pathological diagnosis of malignant melanoma with lymphatic invasion, which underwent complete tumor exeresis.

Keywords: malignant melanoma, lymphatic invasion, nevus.

INTRODUCCIÓN

El melanoma es un tumor maligno derivado de los melanocitos. La mayoría de los melanomas se origina en la piel, aunque pueden producirse en las mucosas, ojos, las meninges y otros órganos. Es una tumoración de alta agresividad con tendencia a la producción de metástasis. La radiación solar ultravioleta es el factor etiopatogénico más importante en el desarrollo del melanoma maligno, aunque se han involucrado otros factores de riesgo tales como la herencia, la existencia previa de un melanoma, constituyendo el riesgo relativo de desarrollar un segundo melanoma 70 veces superior.

Otros factores de riesgo identificados incluyen agentes químicos, físicos e inmunológicos.^(1,2) La exposición solar es un factor de riesgo para el desarrollo de melanoma, pero no parece existir una relación directa con la exposición acumulada, como en el caso del carcinoma epidermoide.⁽³⁾

En los últimos 50 años ha existido un crecimiento exponencial de los casos de melanoma. La incidencia en los Estados Unidos ha aumentado desde 4,5/100.000 habitantes en el año 1970 hasta 11,7 y 15,2/100.000 en los años 2000 y 2006. Las estadísticas indican que 1 de cada 57 varones y 1 de cada 78 mujeres desarrollará un melanoma a lo largo de su vida.⁽⁴⁾

El melanoma representa el 2,5% de todos los cánceres y es responsable del 1-2% de las muertes por esta causa constituyendo la causa más frecuente de muerte entre las enfermedades cutáneas⁵. Se ha visto que un 3% de pacientes desarrollan melanomas ocultos (enfermedad metastásica sin evidencia de tumor primario).⁽⁶⁾

Una vez que se diagnostica a un enfermo de melanoma, este debe seguir controles médicos periódicos con los objetivos principales de detectar precozmente una recidiva de la enfermedad y detectar un posible segundo melanoma. La recidiva de la enfermedad puede presentarse en forma localizada o en tránsito (25% de casos), en forma de enfermedad regional (26-60% de casos) o a distancia (15-20% de casos).⁽⁷⁾

El melanoma cutáneo es la tercera neoplasia de piel más frecuente. Este es responsable del 75% de todas las muertes asociadas a cáncer de piel.⁽⁸⁾

PRESENTACION DEL CASO

Motivo de consulta: Lesión en la región frontal izquierda.

Historia de la enfermedad actual: Paciente de 21 años, sexo masculino, blanco, con antecedentes de presentar una lesión oscura en el borde prepiloso de la región frontal izquierda, que ha aumentado de tamaño considerablemente en un período de 12 meses y que según refiere se originó de un nevo pequeño que presentaba desde la niñez, motivo por el cual acude a la consulta de dermatología. El paciente es examinado cuidadosamente; ante las características de la lesión melanocítica se plantea como diagnóstico presuntivo un melanoma maligno y se coordina con el departamento de cirugía reconstructiva para realizar exéresis amplia de la lesión y biopsia de la misma.

Antecedentes patológicos familiares: Padre y madre sanos. Antecedentes patológicos personales: No refiere datos de interés. Interrogatorio por aparatos: Nada a señalar

Hábitos tóxicos: No

Examen físico general: negativo

Examen físico dermatológico: Lesión de 2x3cm de diámetro, color pardo, plana, con bordes irregulares y superficie rugosa que abarca cuero cabelludo y región prepirosa de la región frontal izquierda. ([Figura 1](#))



Fig.1. Lesión de color pardo, de bordes irregulares, superficie rugosa en región frontal izquierda que se extiende al cuero cabelludo de 2 x 3 cm de diámetro

Complementarios realizados:

Hemograma completo y eritrosedimentación dentro de límites normales, perfil hepático y renal normal.

Electrocardiograma: Normal

Rayos X de tórax: No se observan alteraciones pleuropulmonares

Ultrasonido abdominal: Sin alteraciones.

Se realiza exéresis total de la lesión con un margen de seguridad de 6 mm. El estudio histopatológico informa: Melanoma maligno con invasión linfática y resección total del tumor. ([Figura 2](#))

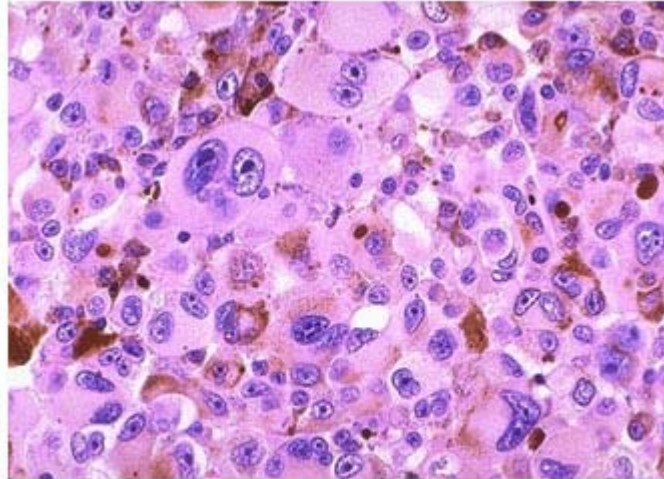


Fig.2. Melanoma maligno con invasión linfática.

Confirmado el diagnóstico se remite al servicio de Oncología del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

DISCUSIÓN

En la epidemiología del melanoma maligno se han encontrado múltiples factores controvertidos y variables. Las personas más frecuentemente afectadas son los caucásicos de piel blanca, cabellos rubios y ojos claros. En este caso el paciente a pesar de no ser de cabellos rubios clasifica dentro de este grupo de riesgo. La exposición a la luz solar es posiblemente el agente externo más importante. En este caso la localización del tumor facilitó la acción de este factor predisponente. Otros factores que se han asociado a la aparición de esta patología son los estrógenos, los contraceptivos hormonales, las irradiaciones, la dieta y la luz fluorescente.⁽⁷⁾ La localización del tumor en este caso coincide con lo informado para otros países como el Reino Unido, donde los melanomas aparecen mayormente en la región de la cara.⁽⁹⁾

Los nevos adquiridos o congénitos son lesiones tumorales cutáneas precursoras del melanoma, aspecto que se ajusta al caso presentado ^{1,2,6}.

El melanoma afecta por igual a ambos sexos. Puede ocurrir en cualquier edad aunque generalmente afecta a personas mayores. La edad promedio de presentación en el momento del diagnóstico es a los 53 años. En un 6-12% de los pacientes afectados existen antecedentes familiares de melanoma.⁽²⁾

El melanoma tiene un comportamiento biológico característico con un crecimiento intraepidérmico (crecimiento radial) y un crecimiento dérmico (Crecimiento vertical). En la fase de crecimiento dérmico el melanoma tiene capacidad de producir metástasis. El desarrollo de metástasis es resultado de una serie de eventos que incluyen la existencia de células separadas del tumor primario, la invasión de la membrana basal, la migración hacia la circulación sanguínea o linfática, vía por la cual producen la invasión y crecimiento en otros órganos.

Dependiendo en qué fase de crecimiento o invasiones se encuentre el tumor, cambia de forma significativa el pronóstico así como si la enfermedad es local o presenta ya afectación linfática o visceral. La utilización sistemática de los criterios clínicos resumidos en el acrónimo ABCD (A: asimetría; B: bordes irregulares; C: coloración heterogénea; D: diámetro mayor de 6mm), es útil para discriminar entre las lesiones benignas y aquellas en las que pueda existir algún grado de sospecha. Las lesiones de piel pueden estar asociadas a metástasis linfáticas regionales, que en los pacientes con melanoma tiene un valor pronóstico en relación a la supervivencia. Es por ello que teniendo en cuenta los resultados del estudio histopatológico en nuestro caso el pronóstico es reservado.⁽¹⁰⁾

Existen tres estadios clínicos: el estadio 1 cuando hay lesión cutánea, sin ganglios palpables. Los porcentajes de supervivencia de acuerdo con el nivel de invasión en profundidad o grosor de la nomenclatura se emplean sólo para este estadio 1. En el estadio clínico II hay lesión cutánea y ganglios palpables. En el estadio III hay metástasis viscerales diseminadas, además de la lesión primaria. La supervivencia en este último estadio es muy baja, por lo cual no se tiene en cuenta el grosor de la lesión cutánea para evaluar el pronóstico.⁽¹¹⁾

El tratamiento del melanoma primario consiste en la extirpación quirúrgica amplia hasta la fascia muscular, con un margen de 1-2mm de piel normal, proceder que se le realizó a nuestro paciente pero con un margen de 6mm.⁽¹²⁾

CONCLUSIONES

En numerosos países la tasa de incidencia del melanoma maligno está creciendo rápidamente, pero el pronóstico está mejorando ya que los enfermos inician el tratamiento en una etapa más precoz de su enfermedad. El pronóstico de supervivencia del melanoma maligno está estrechamente relacionado con el tamaño y profundidad del tumor primario. En consecuencia, la baja curabilidad está en relación con el diagnóstico tardío.

Las acciones preventivas, que procuran el diagnóstico precoz, deben dirigirse tanto a la población general como a la población médica.

La educación sanitaria de la población general exige difundir el conocimiento de que todo lunar o zona pigmentada, que cambia de color o de forma, que sangra, se irrita o ulcerara, requiere la consulta médica inmediata.

El especialista de Medicina General Integral, primera barrera de salud, debe estar familiarizado con el diagnóstico del melanoma maligno y debe interconsultar con prontitud al enfermo con el dermatólogo para establecer un tratamiento adecuado y oportuno

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maia M, Russo C, Ferrari N, Ribeiro MCS de A, Santos ABOS. Reflexões em relação à epidemiologia do melanoma cutâneo no Brasil. An Bras Dermatol. 2005; 77:163-70.
2. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhake CL, Dzekaniak KS. Sunburn, sunscreens and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. Int J Dermatol. 2005; 41:557-62.

3. Carlos Ferrandíz. Dermatología Clínica. Ed. Mosby/Doyma libros, S.A, Madrid, España, 1996.p. 321.
4. Fernández NC, Cardoso ICL, Maceira J, Pérez M. Melanoma: estudio retrospectivo de 47 casos. An Bras Dermatol. 2006; 71:381-5.
- 5.Parkin DM, Whelana SL. Incidence of skin cancer in five continents. J Am AcadDermatol 2005; 67: 143-52.
- 6.Almeida FA, Almeida GOO, Michalany NS. Melanoma cutâneo. Aspectos clínicos. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S, editores. Câncer de pele. Rio de Janeiro: Medsi; 2005. p.226-32.
7. Lapa MS, Guedes KF, Schalch FO, Landman G. Melanomas malignos cutâneos tratados no Hospital do Câncer de São Paulo. Estudo retrospectivo para avaliação de distribuição, fatoresprognósticos e sobrevida. An Bras Dermatol. 2005; 77:313-20.
8. Jeranta, Jonson J, DemastesC, CafferyT. Early detection and treatment of skin cancer. Am Fam Physician. 2000;62:357- 68.
9. AustokerJ. Cancer prevention in Primary Care: Melanoma Prevention and Early diagnosis. Br MedJournal. 1994;308:1682-86.
10. Almeida FA, Almeida GOO, Michalany NS. Melanoma cutâneo. Aspectos clínicos. In: Neves RG, Lupi O, Talhari S, editores. Câncer de pele. Rio de Janeiro: Medsi; 2005. p.226-32.
11. Balch CM, Urist MM, Maddox WA. Melanoma in the Southern United States: Experience at the University of Alabama in Birmingham. En Balch, CM, Milton GW (dirs.): Cutaneous melanoma: Clinical management and treatment results worldwide, J. B. Lippincott, Filadelfia, 1985. pág. 397
12. Lotze MT, Dallal RM, Kirkwood JM, Flickinger JC. Cutaneous melanoma. In: De Vita Jr VT, Hellman S, Rosenberg AS, editors. Cancer: principles and practice of oncology. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2004. p.2012-69.

Recibido: 10 de enero de 2012.
Aprobado: 3 de febrero de 2012.

Dirección de contacto

Dra. Margarita López Vergara. Hospital Docente Clínico Quirúrgico. Ciudad Habana, Cuba. margarita.lopez@infomed.sld.cu