

Características clínicas y dermatoscópicas del melanoma hipomelanótico

Clinical and dermoscopic features of hypomelanotic melanoma.

Florencia Pedrini,¹ Horacio Cabo,² Emilia Cohen Sabban,³ Gabriel Casas⁴ y María Cristina Kien⁵

RESUMEN

Introducción. El melanoma hipomelanótico cutáneo (MHC) primario es una variante infrecuente de melanoma que se caracteriza por presentar escasez de pigmento a la inspección ocular. Las similitudes del MHC con diferentes entidades benignas o malignas dificultan y retardan el diagnóstico. La dermatoscopia es una técnica que permite visualizar estructuras como la red de pigmento y los vasos y optimiza el diagnóstico del MHC.

Objetivo. Describir las características clínicas y dermatoscópicas del MHC.

Diseño. Descriptivo y retrospectivo.

Material y métodos. Muestra: fueron incluidos cuatro MHC confirmados por histopatología desde 1995 a 2010 en dos centros de la Argentina. Se utilizaron dermatoscopios de luz polarizada con y sin contacto. Los datos clínicos y sociodemográficos fueron obtenidos de las historias clínicas. Se analizaron las patentes dermatoscópicas.

Resultados. Rango de edad: 38-72 años. Sexo: 2 mujeres y 2 varones. Los fototipos cutáneos: I-II. Antecedentes de melanoma previo: 4 casos. Tiempo de evolución: de 3 a 12 meses. Características clínicas: placas eritematosas con escaso pigmento. Sospecha diagnóstica: MHC en los 4 casos. Histopatologías: 4 melanomas in situ, uno de ellos léntigo maligno. Dermatoscopia: red de pigmento (1/4), pigmentación marrón (3/4), crisálidas (1/4) y vasos puntiformes y lineales irregulares (4/4).

Conclusiones. Los antecedentes de los pacientes y el entrenamiento en dermatoscopia del equipo interviniente optimizó el diagnóstico de MHC, lo que permitió la detección temprana y un tratamiento oportuno.

(*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(6): 451-456).

Palabras clave:

melanoma hipomelanótico, dermatoscopia, lesiones cutáneas melanocíticas

¹ Médica de planta del servicio de Dermatología del CEMIC y del Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari. Universidad de Buenos Aires

² Jefe del Servicio de Dermatología. Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari. Universidad de Buenos Aires

³ Médica de planta del Servicio de Dermatología. Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari. Universidad de Buenos Aires

⁴ Médico de planta del Servicio de Anatomía Patológica del CEMIC

⁵ Médica anatomopatóloga del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Correspondencia: María Florencia Pedrini Cinqualbrez, Fray J. Sarmiento 1507, 6° A, CP (1602), Florida, provincia de Buenos Aires, República Argentina. drapedrini@gmail.com

ABSTRACT

Introduction. Primary hypomelanotic cutaneous melanoma (HMC) is a rare subtype of melanoma with little pigment on visual inspection. The similarity of HMC to benign or malignant conditions, often results in delay of the diagnosis. Dermoscopy evaluation allows the visualization of pigment network and the vascular patterns not seen with the naked eye, so this technique improves diagnostic accuracy for HMC.

Objective. Describe clinical and dermoscopic features of HMC

Design. Descriptive and retrospective study.

Material and methods. Four cases of HMC confirmed by histopathology were included. They were study in two medical center of Argentina from 1995 to 2010. Polarized dermoscope with and without contact were used. Clinical data were obtained from the clinical histories. Dermatoscopy patterns were analysed.

Results. Age range: 38-72 years. Gender: 2 men and 2 women. Skin phototypes: I-II. History of previous melanoma: 4 cases. Evolution: 3 to 12 months. Clinical features: Erythematous plaques with little pigment. Diagnostic suspicion: HMC: 4 cases. Histologic examination: 4 melanoma in situ and one of them: Lentigo Maligna. Dermatoscopy: 1: pigment network, 3: brown pigment, and 1 case: chrysalis. Pinpoint and irregular linear vessels: 4 cases.

Conclusions. Patient's background and medical training on dermatoscopy, improves diagnostic accuracy for HMC; allowing an early detection and prompt treatment. (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(6): 451-456).

Keywords:

dermatoscopy, cutaneous melanoma.

Fecha de recepción: 25/05/2011 | Fecha de aprobación: 09/08/2011

Introducción

El melanoma hipomelanótico cutáneo (MHC) primario es una variante infrecuente de melanoma, que se caracteriza por presentar escasez de pigmento a la inspección ocular, a diferencia del melanoma amelanótico (MAC), que carece de pigmento. El MAC representa alrededor del 2 al 8% del total de los melanomas, de acuerdo con diferentes series,^{1,2} pero en esta cifra se han incluido los MAC y MHC, así como las metástasis amelanóticas, motivo por el cual la incidencia real de cada uno de ellos es difícil de calcular.^{1,3}

Las similitudes del MAC/MHC con diferentes entidades clínicas melanocíticas y no melanocíticas benignas o malignas dificulta y retarda su diagnóstico.

El melanoma con escaso pigmento suele aparecer en áreas de piel fotoexpuesta, especialmente en personas añosas con fotodaño. Se presenta como máculas o placas rosadas o eritematosas de límites irregulares, que a veces poseen en su superficie una ligera descamación.¹ Pueden simular otras patologías

cutáneas, como por ejemplo placas de eccema,⁴ carcinomas basocelulares (CBC) superficiales, queratosis actínicas, placas de psoriasis, carcinoma espinocelular in situ, enfermedad de Bowen y enfermedad de Paget extramamaria. También puede presentarse como pápulas translúcidas que simulan CBC o un carcinoma de células de Merkel. Otras lesiones de piel que pueden parecerse al MHC son las verrugas vulgares, úlceras diabéticas y el rinofima.⁵ En los casos en que el MHC aparece como un nódulo exofítico con sangrado, el diagnóstico diferencial se planteará con un hemangioma o un granuloma piógeno (GP).¹ La dermatoscopia no es útil para diferenciar entre un MAC/MHC y un GP. El GP puede presentar vasos irregulares atípicos dentro de la lesión, característica dermatoscópica que comparte con los MAC/MHC.³ Cuando el MAC/MHC es confundido con lesiones cutáneas benignas, el diagnóstico de certeza se demora aún más, debido a que no suele realizarse una biopsia.⁵

La dermatoscopia es una técnica no invasiva, que aumenta la precisión en el reconocimiento de lesiones pigmentadas, y mejora la sensibilidad y la especificidad en el diagnóstico de melanoma con pigmento. En el MAC/MHC, permite visualizar estructuras como la red de pigmento y vasos con diferentes características, que no pueden observarse a simple vista. En los MAC verdaderos, es decir aquellos que carecen de pigmento, el diagnóstico dermatoscópico se sustenta exclusivamente en la patente vascular.⁵ Por lo tanto, esta técnica optimiza también el diagnóstico de los melanomas con escaso o nulo pigmento, con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 97%, comparada con la inspección ocular, sin dermatoscopia, que tiene una sensibilidad y una especificidad del 65 y del 88%, respectivamente.⁵

Varios trabajos confirmaron que el melanoma presenta un patrón vascular polimorfo, es decir con distintos tipos morfológicos de vasos, lineales, irregulares, puntiformes, en tirabuzón y vasos irregulares en forma de hebilla. La combinación de vasos lineales irregulares y vasos puntiformes es la más frecuente y se considera un rasgo significativo de melanoma.⁷⁻⁹ Las lagunas o áreas rojo lechosas, que se encuentran en tumores muy vascularizados, también son típicas del melanoma.^{1-3,5}

Realizamos este estudio con el objetivo de describir las características clínicas y dermatoscópicas del MHC.

Diseño. Descriptivo y retrospectivo.



Foto 1. Placa rosada con escaso pigmento, simétrica e irregular. Diámetro: 1,5 x 0,7 cm.

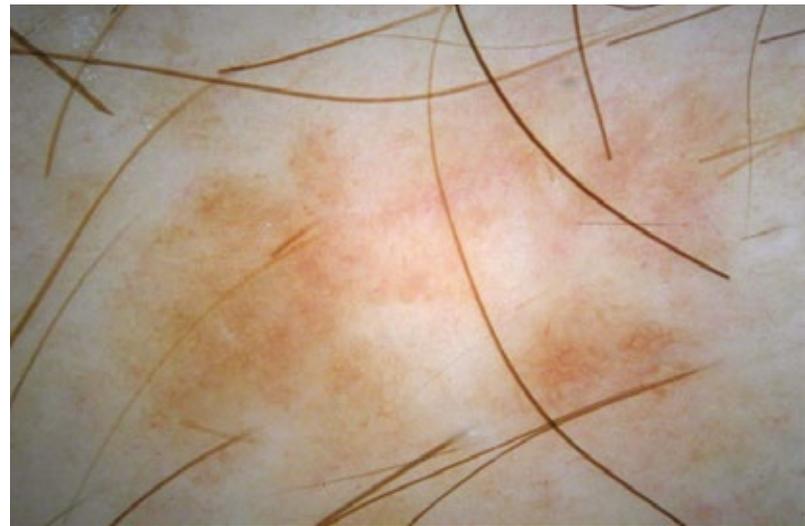


Foto 2. Red de pigmento atípica. Vasos puntiformes y lineales irregulares.



Foto 3. Placa rosada asimétrica, irregular. Diámetro: 0,7 x 0,4 cm.



Foto 4. Pigmentación marrón periférica. Vasos puntiformes y lineales irregulares.

Material y métodos

Muestra: fueron incluidos cuatro MHC confirmados por histopatología y de los que se disponía de fotografías digitales de las características clínicas y dermatoscópicas. El período del estudio fue desde 1995 a 2010 y se realizó en dos centros de la Argentina (consultorio particular de los doctores Cabo H., Cohen Sabban E. y el instituto universitario CEMIC).

Se utilizaron dermatoscopios de luz polarizada con y sin contacto (Dermlite II PRO HR anexo a una cámara digital y FotoFinder dermoscope). La utilización de dermatoscopios de contacto dificultó la observación por compresión de los pequeños vasos. Se utilizó gel de ecografía o alcohol en gel para evitar la presión directa sobre la superficie de la lesión.⁸⁻¹⁰

Los datos clínicos y sociodemográficos fueron obtenidos de las historias clínicas: edad, sexo, fototipo cutáneo, antecedentes de melanomas previos, tiempo de evolución, características clínicas del MHC (se utilizó la regla del ABCD, la lista de los 7 puntos de Glasgow, el signo del patito feo), localización del MHC, sospecha diagnóstica y hallazgos histológicos.

Se analizaron las imágenes dermatoscópicas utilizando el método de análisis de patrones, en el que se evaluó la pre-

TABLA 1. Resultados

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	V	M	V	M
Edad (años)	38	51	65	72
Fototipo cutáneo	II	I	I	II
Antecedentes de cáncer de piel	Sí MM en cuello C: II EB: 0,3 mm	Sí MM pierna izquierda: EB: 0,7 mm MM pierna derecha: EB: 0,8 mm	Sí Dorso: MM in situ Múltiples CBC	Sí Pierna derecha: 2 MM 1º MES 2º LM
Tiempo de evolución	12 meses	12 meses	10 meses	3 meses
Características clínicas	Placa rosada con escaso pigmento, simétrica e irregular D: 1,5 x 0,7 cm	Placa rosada asimétrica, irregular D: 0,7 x 0,4 cm	Placa rosada con escaso pigmento, simétrica e irregular D: 1 cm	Placa eritematosa con escaso pigmento, asimétrica e irregular D: 1,3 cm
Localización	Abdomen	Antebrazo derecho	Brazo derecho	Pierna derecha
Sospecha diagnóstica	MHC	MHC	MCH	CEC/MHC/CBCS
Histopatología	MM in situ	MM in situ	MM in situ	MM in situ/LM
Dermatoscopia	Red de pigmento atípica, vasos puntiformes y lineales irregulares	Pigmentación marrón en la periferia, vasos puntiformes y lineales irregulares	Pigmentación marrón excéntrica, vasos puntiformes y lineales irregulares	Pigmentación marrón, vasos puntiformes y lineales irregulares. Crisálidas
Tratamiento	Extirpación quirúrgica con márgenes de seguridad			

Abreviaturas:

V: varón

M: mujer

MM: melanoma

MES: melanoma extensivo superficial

C: niveles de Clark

EB: espesor de Breslow

LM: léntigo maligno

D: diámetro

CBCS: carcinoma basocelular superficial

sencia de red de pigmento atípica, pigmentación, líneas y proyecciones, glóbulos agregados, velo blanco azulado, áreas de regresión, hipopigmentación y crisálidas. Se analizó también la patente vascular en busca de un patrón polimorfo: vasos puntiformes, vasos con forma de hebilla, vasos lineales irregulares, áreas/lagunas rojo lechosas con distribución irregular.

Resultados

El rango de edad de la muestra fue de 38 a 72 años. Sexo: 2 mujeres y 2 varones. Los fototipos cutáneos: I-II. Los cuatro casos tenían antecedentes de melanoma previo. El tiempo de evolución de las lesiones fue de 3 a 12 meses. Características clínicas: placas rosadas simétricas o asimétricas, de límites irregulares, con escaso pigmento. Sin signos ni síntomas asociados (prurito, dolor o sangrado). La extensión de la lesión abarcó un diámetro de 0,4 x 0,7 cm la más pequeña a 0,4 x 1,5 cm la más grande (fotos 1, 3 y 5). La sospecha clínica en 3 de los 4 casos fue de MCH en primer término. En el caso número 4 la primera impresión diagnóstica fue de CEC, seguida de MHC y CBC superficial. Las localizaciones del MHC fueron: abdomen, antebrazo derecho, brazo derecho y pierna derecha. Histopatología: 4 melanomas in situ, uno de ellos léntigo maligno (foto 8). Dermatoscopia: uno de los casos: red de pigmento, 3 casos: pigmentación marrón; y uno de los casos: crisálidas. Todos presentaban vasos puntiformes y lineales irregulares (fotos 2, 4, 6 y 7). Tratamiento realizado: extirpación quirúrgica con márgenes de seguridad (0,5 cm) en todos los casos (tabla 1).

Conclusiones

Con frecuencia el MHC constituye un desafío para el dermatólogo clínico y no suele presentar dificultades en el diagnóstico histopatológico. La dermatoscopia siempre debe combinarse con un exhaustivo interrogatorio y una detallada exploración física para optimizar el diagnóstico del MAC/MHC.

La detección temprana continúa siendo la mejor estrategia para mejorar el pronóstico del melanoma. En este estudio, los antecedentes de los sujetos y el entrenamiento en dermatoscopia del equipo interviniente, permitieron el diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento oportuno.

Limitaciones: Se describieron sólo cuatro casos.

Bibliografía

1. Pizzichetta M.A., Talamini R., Stanganelli I., Puddu P. et al. Amelanotic/hypomelanotic melanoma: clinical and dermoscopic features, *Br. J. Dermatol.*, 2004, 150: 1117-1124.
2. Menzies S., Kreisusch J., Byth K., Pizzichetta M.A. et al. Dermoscopic evaluation of amelanotic and hypomelanotic melanoma, *Arch. Dermatol.*, 2008, 144: 1120-1127.

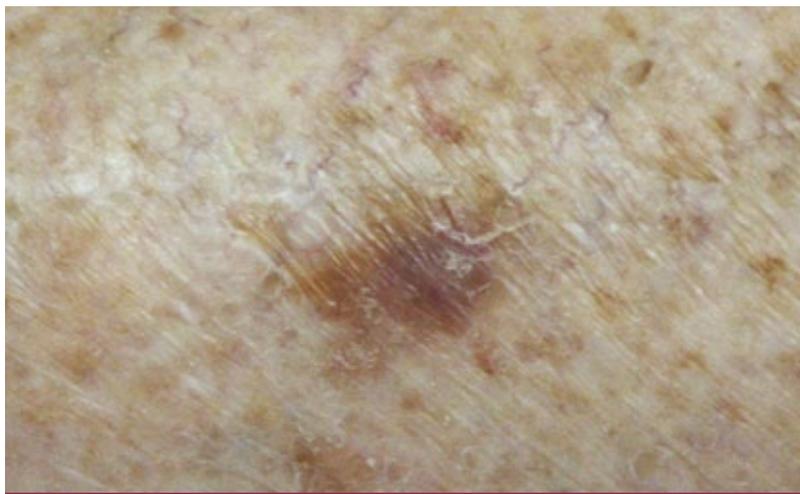


Foto 5. Pigmentación marrón excéntrica. Vasos puntiformes y lineales irregulares.



Foto 6. Placa rosada con escaso pigmento, asimétrica e irregular. Diámetro: 1,3 cm.



Foto 7. Pigmentación marrón. Vasos puntiformes y lineales irregulares. Crisálidas.

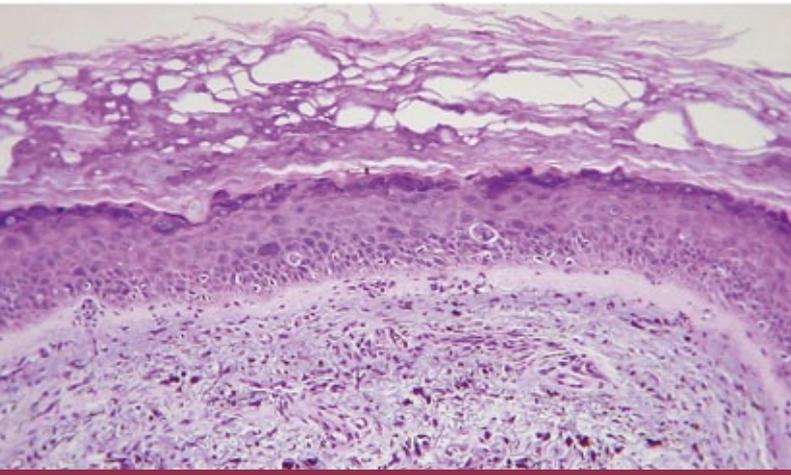


Foto 8. Léntigo maligno (H y E, 40x).

3. Menzies S.W. Melanoma amelanótico, en Cabo H., *Dermatoscopia*, 1^o edición, Ediciones Journal, Buenos Aires, 2008: 228-236.

4. Bacchiocchi M.F., Brusco J. Melanoma maligna eczematoide, *Arch. Argent. Dermatol.*, 1998, 48: 1-4.
5. Stoecker W.V., Stolz W. Dermoscopy and the diagnostic challenge of amelanotic and hypomelanotic melanoma, *Arch. Dermatol.*, 2008, 144: 1207-1210.
6. Gutiérrez M.P., Barengo M., Sureda N., Garay I. Melanoma variante inusuales, *Arch. Argent. Dermatol.*, 2007, 57: 89-93.
7. Argenziano G., Zalaude K.I., Corona R., Sera F. et al. Vascular structures in skin tumors: a dermoscopy study, *Arch. Dermatol.*, 2004, 140: 1485-1489.
8. Spinelli Arizmendi C., Martí J., Caravajal C., Cozzani R. et al. Placa eritematosa en abdomen, *Arch. Argent. Dermatol.*, 2010, 60: 167-169.
9. Zell D., Kim N., Olivero M., Elgart G. et al. Early diagnosis of multiple primary amelanotic/hypomelanotic melanoma using dermoscopy, *Dermatol. Surg.*, 2008, 34: 1254-1257.
10. De Giorgi V., Sestini S., Massi D., Maio V. et al. Dermoscopy for "true" amelanotic melanoma: a clinical dermoscopic-pathologic case study, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 2006, 54: 341-344.

* CASO CLÍNICO

Virginia Turner, Fabiana Cergneux



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.

Antecedentes

Varón de 67 años. Diabético tipo II en tratamiento con metformina y glicazida.

Enfermedad actual

Presenta dermatosis de 10 días de evolución en ambos miembros inferiores que aparece varios días después del contacto prolongado con agua de inundación. Previo a esta consulta realizó tratamiento con cefalexina y ciprofloxacina, sin mejoría alguna.

Examen físico

Se observan en cara posterointerna de pierna y dorso de pie derecho nódulos de 1 a 5 cm de diámetro cubiertos por piel eritematoviolácea, con aumento de la temperatura local y de consistencia duroelástica; algunas de dichas lesiones se reblandecen y drenan material purulento. Las mismas adoptan un patrón linfangítico y asientan sobre una placa eritematosa de límites difusos y de carácter doloroso. En tobillo izquierdo presenta lesiones similares. Adenomegalias inguinales bilaterales. Conservación del estado general.

Exámenes complementarios

Laboratorio: GB: 12600/mm³; glucemia 260 mg/dl.

1. ¿Cuál es el diagnóstico presuntivo más probable en este caso?

- a. Esporotricosis
- b. Estafilococcia cutánea por SAMR comunidad
- c. Nocardiosis cutánea primaria a focos múltiples con patrón linfangítico en miembro inferior derecho
- d. Micobacteriosis atípica
- e. Tuberculosis cutánea

2. ¿Qué debe hacerse para confirmar el diagnóstico?

- a. Muestra de lesiones cutáneas para estudio bacteriológico
- b. Muestra de lesiones cutáneas para estudio micobacteriológico
- c. Estudio histopatológico con tinciones de Gram, Ziehl-Neelsen y Warthin-Starry
- d. PPD, radiografía de tórax y cultivo esputo para estudio de BAAR
- e. Examen parasitológico directo e intradermoreacción de Montenegro

3. ¿Qué otras manifestaciones, además de las cutáneas, pueden existir en esta entidad?

- a. Afectación pulmonar
- b. Afectación del sistema nervioso central
- c. Afectación ganglionar
- d. Afectación ósea
- e. Afectación del aparato digestivo

4. ¿Cómo trataría a este paciente?

- a. Tratamiento combinado con claritromicina, ciprofloxacina y amikacina
- b. Tratamiento combinado con trimetoprima-sulfametoxazol y amikacina
- c. Tratamiento combinado con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol
- d. Tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol únicamente
- e. Tratamiento quirúrgico