



# medicina general y de familia

edición digital

[www.elsevier.es/mgyf](http://www.elsevier.es/mgyf)



## Clínica cotidiana

### Melanoma amelanocítico

Eva Pablos Herrero<sup>a,\*</sup>, Esther Montserrat Izquierdo<sup>a</sup>, Anna Fabra Noguera<sup>b</sup>,  
Natalia Fernández Chico<sup>c</sup>, Marta Herranz Fernández<sup>d</sup> y Carmen Navarro Juan<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro de Atención Primaria Sant Oleguer-Sabadell, Sabadell, Barcelona, España

<sup>b</sup> Centro de Atención Primaria Creu Alta-Sabadell, Sabadell, Barcelona, España

<sup>c</sup> Corporación Sanitaria Parc Taulí-Sabadell, Sabadell, Barcelona, España

<sup>d</sup> Centro de Atención Primaria La Florida, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de mayo de 2015

Aceptado el 21 de mayo de 2015

On-line el 16 de julio de 2015

Palabras clave:

Melanoma amelanocítico

Tratamiento

Diagnóstico diferencial

Factores de riesgo

Tipos de melanoma

#### R E S U M E N

Mujer de 68 años de edad, que únicamente presenta como antecedente patológico hipertensión en tratamiento con diurético.

Consulta en su centro de atención primaria por presentar, desde hace 2 meses, una lesión nodular en el brazo derecho, de aproximadamente 5 cm de diámetro, blanquecina que sangra al mínimo contacto, y que ha crecido rápidamente.

Dado el aspecto de malignidad de la lesión, se la remite al servicio de dermatología de manera urgente. La biopsia de la lesión es compatible con melanoma maligno.

Se realiza intervención quirúrgica programada con ampliación de márgenes y vaciado ganglionar. El estudio de extensión muestra afectación ganglionar, por lo que la paciente se encuentra en un estadio T4b. Se propone tratamiento con interferón y con quimioterapia, pero la paciente lo rechaza.

En el momento actual se encuentra asintomática y siguiendo controles en el hospital.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Non-melanocytic melanoma

#### A B S T R A C T

The case is presented of 68 year-old women, who had a history of hypertension on treatment with a diuretic.

She consulted her Primary Care Centre clinic due to having a nodular lesion in the right arm for the past 2 months. It measured about 5 cm in diameter, whitish in colour, bled on minimum contact and had grown rapidly.

Keywords:

Non-melanocytic melanoma

Treatment

Differential diagnosis

Risk factors

Types of melanomas

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [evapablos@gmail.com](mailto:evapablos@gmail.com) (E. Pablos Herrero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.05.009>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Given the malignant appearance of the lesion, she was referred urgently to the Dermatology Department. The biopsy of the lesion was compatible with a malignant melanoma.

Scheduled surgery was performed with widening of the margins and lymph node drainage. The extension study showed lymph involvement, with the patient being in stage T4b. Interferon and chemotherapy treatment was proposed, but the patient refused it.

She is currently asymptomatic and is being followed-up in the hospital.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mujer de 68 años, cuyo único antecedente patológico personal es hipertensión arterial, tratada con diurético y con buen control.

Como antecedente patológico familiar representativo, su marido tiene una lesión neoplásica bucal de gran extensión, que precisó tratamiento quirúrgico radical con importantes secuelas estéticas y en la deglución.

La paciente acude a urgencias por presentar, desde hace 2 meses, una lesión sobrelevada en el brazo derecho, de unos 5 cm de diámetro, eritematosa y sangrante al mínimo contacto (fig. 1A). Explica que en las últimas semanas ha crecido más y, debido a los antecedentes de su marido, no quería acudir al médico porque sospechaba la malignidad de la lesión.



Figuras 1 y 2 - (A y B) Melanoma amelanocítico.

La paciente es remitida de manera urgente a dermatología. En la misma semana, se realiza una biopsia con escisión de la lesión para su valoración. El diagnóstico es de melanoma maligno.

Se realiza un estudio de extensión con PET-TAC oncológico de cuerpo entero, en el que se observan adenopatías axilares derechas hipermetabólicas, altamente sugestivas de malignidad y una imagen en la cola del páncreas que precisa RMN abdominal; esta última solo refleja una lesión quística.

La RMN craneal no muestra signos de diseminación metástatica.

La paciente entra nuevamente en el quirófano para que se le realice una intervención programada con ampliación de los márgenes de la antigua resección cutánea y un vaciado ganglionar axilar derecho (fig. 1B).

Actualmente la paciente presenta una buena evolución clínica, se encuentra asintomática y se realiza controles cada 2 meses en el servicio de dermatología. Se le ha propuesto un tratamiento con interferón y quimioterapia, pero la paciente ha decidido rechazarlo.

## Comentario

El melanoma cutáneo es el más maligno de los tumores de la piel. Se trata de una neoplasia común, y su incidencia está en aumento. Es de vital importancia la detección precoz, ya que la curación está directamente relacionada con el tamaño y la profundidad<sup>1,2</sup>.

Aproximadamente, un 30% de los melanomas parecen lesiones melanocíticas preexistentes y un 70% se asemejan a la piel sana<sup>1,2</sup>.

Los factores de riesgo más importantes son: piel tipos I y II, antecedentes familiares de nevus displásicos o melanoma, antecedentes personales de melanoma, radiación ultravioleta, quemaduras solares en la infancia, explosiones intermitentes con quemadura, antecedente de nevus melanocíticos en número mayor de 50 y en tamaño superior a 5 mm, nevus congénito, más de 5 nevus displásicos, marcadores genéticos y síndrome del nevus melanocítico displásico<sup>1,2</sup>.

Los 4 tipos principales de melanoma, en porcentaje de frecuencia son: extensivo superficial (70%), nodular (15%), melanoma lentigo maligno (5%) y melanoma lentigo acral (5-10%). Todos los melanomas pueden presentarse como amelanocíticos y, dado que carecen de su pigmento característico, su diagnóstico es todo un reto para el médico de familia, de forma que en la mayoría de los casos solo la biopsia nos dará el diagnóstico definitivo<sup>3</sup>.

En el caso que nos ocupa, la paciente presentaba una lesión nodular eritematosa que sangraba con facilidad y cuya naturaleza melanocítica solo estaba presente en su parte superior, por una placa marrón-rojiza. Presentaba un gran tamaño y afectación de los ganglios locales, por lo que se trataba de un melanoma avanzado, con un pronóstico y supervivencia bajos, dado que la tasa de supervivencia cae abruptamente cuando existen metástasis regionales en los ganglios linfáticos.

El tratamiento básico es la resección quirúrgica temprana de la lesión, mientras que el vaciamiento ganglionar solo se realiza si hay ganglios palpables y/o sospechosos de ser tumorales. En estadios avanzados se debe considerar la terapia adyuvante con interferón o el tratamiento con quimioterapia<sup>1,2</sup>.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Enrique A, Fierro E, Velásquez VE, Rueda X. Melanoma: patogénesis, clínica e histopatología. Rev Asoc Col Dermatol. 2009;17:87-108.
2. Thompson JF, Scolyer RA, Kefford RF. Cutaneous melanoma. Lancet. 2005;365:687-701.
3. Mordoh A. Clínica del melanoma. Acta Bioquim Clin Latinoam. 2009;43:327-31.