

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Úlcera en talón

José Gregorio Álvarez-Fernández y Alicia Comuni3n Artieda

Departamento de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

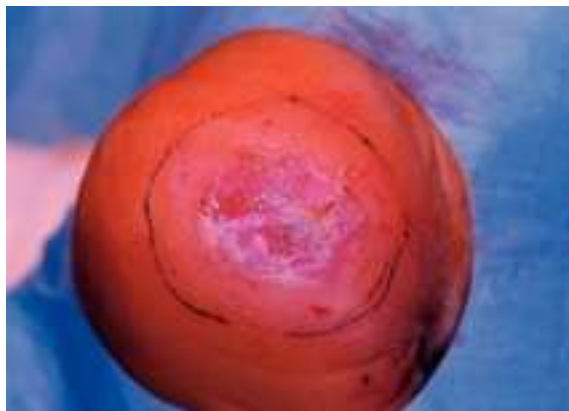
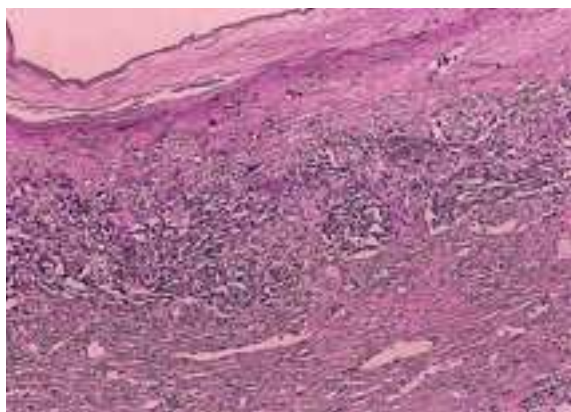


Figura 1. Lesi3n ulcerada en tal3n.



Figuras 2 y 3. Imagen histol3gica.

Mujer de 89 a3os, hipertensa en tratamiento con captopril e hidroclorotiazida.

Enfermedad actual

La paciente consult3 por presentar desde hace 4 meses una lesi3n ulcerosa en el tal3n derecho, de 3 x 2 cm de di3metro, de crecimiento progresivo. La lesi3n tena color rosado, similar al de la piel circundante, bordes netos y era sim3trica (fig. 1). Era asintom3tica, y levemente infiltrada. La paciente no refera lesi3n o traumatismo previos en esa localizaci3n.

Histologa

Se realiz3 una biopsia de la lesi3n, donde se observa una proliferaci3n de melanocitos at3picos, con amplio citoplasma, n3cleos grandes y fusiformes, y abundantes figuras mit3ticas. Las c3lulas se disponen en un patr3n lentiginoso a lo largo de la capa basal de la epidermis. De forma focal, las c3lulas at3picas se extienden a los estratos m3s superficiales de la epidermis (extensi3n pagetoide). La proliferaci3n celular ocupa la totalidad de la dermis superficial (papilar), sin infiltrar la dermis profunda (reticular) (figs. 2 y 3). El estudio inmunohistoqu3mico era positivo para S-100, HMB-45 y vimentina.

La exploraci3n f3sica no objetiv3 adenopat3as ni organomegalias. La radiograf3a de t3rax fue normal. En el resto de las pruebas complementarias, que inclu3an una an3lisis general de sangre y orina, y pruebas de coagulaci3n s3lo destacaba una creatinina de 1,38 mg/dl.

Correspondencia: Dr. J.G. 3lvarez-Fern3ndez.
Avda. Europa, 9, p. 10, 1.º C. 28224 Pozuelo de Alarc3n. Madrid.
Correo electr3nico: galvarezf@medynet.com

DIAGNÓSTICO

Melanoma amelanótico tipo melanoma lentiginoso acral, nivel III de Clark, 1,9 mm espesor de Breslow.

Evolución

La lesión fue extirpada con un margen de 2 cm, cubriéndose el defecto con un injerto laminar tomado de muslo. Las revisiones posteriores durante el primer año no han demostrado satelitosis o metástasis.

COMENTARIOS

El melanoma maligno (MM) constituye el cáncer cutáneo de peor pronóstico, y alcanza ya el 3% de todos los cánceres diagnosticados. Los últimos estudios marcan una tasa de crecimiento anual entre un 4 y un 8% (y se ha triplicado la incidencia en las últimas 4 décadas)^{1,2}.

Los factores de riesgo más importantes son la presencia de un fototipo de piel tipo I y el recibir altas dosis de radiación ultravioleta antes de los 25 años, sobre todo de forma intermitente y con episodios de quemadura solar. Entre un 8 y un 12% de los MM aparecen en individuos de una misma familia, observándose un claro componente genético.

La característica clínica clave de los melanomas es la presencia de una lesión pigmentada, pudiendo darle al tumor diferentes tonalidades (negruzcas, marrónceas, pasando por azuladas y rojizas)³. Pero en un pequeño porcentaje, la cantidad de pigmento producida es mínima, y la lesión adquiere una tonalidad rosada o blanquecina, lejos del aspecto clínico del MM habitual⁴⁻⁸. En ocasiones, el diagnóstico anatomopatológico de MM tiene que apoyarse en el uso de técnicas de tinción o de inmunohistoquímica especiales que demuestren la presencia de pigmento o la capacidad biológica para producirlo. Cuando esto falla, puede ser útil el uso de la microscopía electrónica para demostrar la existencia de melanosomas^{9,10}.

Los diferentes estudios concluyen que entre el 1,8 y el 8,1% de los MM son melanomas amelanóticos^{9,10}. Los melanomas aparecen como un nódulo rosado, ocasionalmente con aspecto vascular, debido a la falta de pigmento¹¹. Cualquier subtipo de MM puede ser amelanótico^{12,13}, pero suele corresponderse casi siempre con MM nodulares, MM lentiginoso acrales¹⁴ (preferentemente en localización subungueal, donde hasta un 25% de ellos son amelanóticos), y MM desmoplásicos (donde más de un 50% son amelanóticos)⁸. En principio, el pronóstico no difiere de los MM pigmentados¹⁵, pero quizá la falta de pigmento, al conferirle una clínica no habitual, conlleve el diagnóstico de una lesión en estadios más avanzados, lo que indirectamente sí influya en el pronóstico^{3,5}. Los melanomas que sufren ulceración con mayor frecuencia son amelanóticos, y parecen tener también peor pronóstico (quizá sea porque la ulceración se considera resultado de una excesiva proliferación de células tumorales, que conlleva que las células inmaduras pierdan la capacidad de sintetizar melanina)¹⁴. Es de destacar que con frecuencia las metástasis de melanoma son amelanóticas, apareciendo como pequeños nódulos rosados.

Existen múltiples factores pronósticos. De forma aislada, los más importantes son el índice de Breslow, o grosor tumoral, medido en milímetros y el estadio. Otros factores pronósticos son el nivel de Clark, la ulceración histológica, el tipo celular, la localización de la lesión o el índice mitótico.

Los melanomas de partes acras, como el presente caso, si bien son infrecuentes en la raza caucásica, generalmente menos de un 5% de las series¹⁶, son muy frecuentes en las razas negra y asiática llegando a alcanzar en Japón el 50% en algunas series¹⁴. Son los melanomas con menor relación con la exposición solar, y suelen aparecer en lechos ungueales palmas y, sobre todo, en plantas de los pies¹⁴.

El diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial clínico se establece con múltiples afecciones dermatológicas, principalmente tumorales. Entre las benignas destacan las lesiones pigmentadas, como los nevos (en cualquiera de sus variantes) y las queratosis seborreicas²; otras lesiones que pueden confundirse son el granuloma anular, las cicatrices y los queloides; las queratosis actínicas, los linfocitomas *cutis*, e incluso lesiones que simulan dermatitis¹⁷. Entre las lesiones malignas, el carcinoma basocelular, principalmente la variante pigmentada, es el primer diagnóstico diferencial clínico que se plantea². Lesiones como la enfermedad de Bowen¹⁸, el carcinoma espinocelular¹⁹, el fibroxantoma atípico, o tumores histiocitarios como el histiocitoma fibroso maligno²⁰ plantean dudas sólo de forma ocasional. Las dudas que pueda ofrecer el aspecto clínico no suelen aparecer tras el estudio histológico.

Pero las especiales características del melanoma de nuestra paciente, como la falta de pigmento, la ulceración y la localización acral, en la planta del pie nos lleva a diferenciarlo clínicamente de patologías que en el resto de variantes de melanoma no suelen conducir a error. Quizás el primer diagnóstico diferencial clínico que se plantea es el poroma eccrino, un tumor benigno que deriva de la porción intraepidérmica del conducto sudoríparo eccrino. Característicamente aparece en la planta del pie en pacientes de edad media, en forma de un tumor solitario, firme y asintomático, que muy pronto se erosiona y sangra fácilmente con el roce²¹.

Carcinoma verrugoso plantar (*cuniculatum*).

Una variante infrecuente del carcinoma espinocelular, aparece en la planta del pie de personas ancianas. El crecimiento inicial de masas exofíticas no pigmentadas con formación de grietas se transforma luego en lesiones ulceradas y exudativas, que pueden conducir al error diagnóstico.

Tumor de Merkel. Es un carcinoma cutáneo de origen neuroendocrino que suele aparecer como un nódulo solitario en la región cefálica de pacientes ancianos. Si bien la clínica suele ser característica, sí es preciso hacer un correcto diagnóstico diferencial desde el punto de vista histológico con el melanoma amelanótico. La

inmunohistoquímica es de gran ayuda, y así, mientras el melanoma amelanótico es positivo para S-100 o HMB-45, el tumor de Merkel lo es para la enolasa neuroespecífica o para la cromogranina A^{14,22}.

La presencia de una superficie hiperqueratósica y la falta de pigmento en una lesión solitaria en la planta del pie pueden conducirnos al diagnóstico clínico erróneo de verruga vulgar o papiloma plantar²³. Tumores vasculares como hemangiomas o el granuloma piogénico aparecen como pequeños nódulos o pápulas de aspecto rosado o congestivo, que ocasionalmente se ulceran y sangran, presentando una clínica similar²⁴.

También debemos tener en cuenta procesos no exclusivamente dermatológicos, que ocasionan lesiones con una clínica y localización similares a nuestra paciente, como son las úlceras de origen neurológico o vascular.

Mal perforante plantar. De origen neurotrófico, es una lesión ulcerosa indolora y persistente que aparece en zonas cutáneas anestésicas de apoyo, presión o roce del pie. La causa más frecuente en nuestro medio es la diabetes mellitus, pero no debemos descartar etiologías como la neuropatía periférica alcohólica, o enfermedades infrecuentes como la lepra o la siringomielia.

Úlceras de origen vascular. Ya sean varicosas, postflebíticas, arterioscleróticas, capilaríticas o hipertensivas, suelen ser lesiones dolorosas, localizadas más en regiones maleolares que en plantares, y suelen acompañarse de otros trastornos cutáneos o vasculares, que permiten un fácil diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rigel DS, Friedman RJ, Kupf AW. The incidence of malignant melanoma in the US: issues as we approach the 21st century. *J Am Acad Dermatol* 1996;34: 839-47.
2. Johnson TM, Dolan OM, Hamilton TA, Lu MC, Swanson NA, Lowe L. Clinical and histological trends of melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:681-6.
3. Koch SE, Lange JR. Amelanotic melanoma: the great masquerader. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:731-4.
4. Adler MJ, White CR. Amelanotic malignant melanoma. *Semin Cutan Med Surg* 1997;16:122-30.
5. Andersen WK, Silvers DN. Melanoma? It can't be a melanoma! A subset of melanomas that defies clinical recognition. *JAMA* 1991;266:3463-5.
6. Winslet M, Tejan J. Subungueal amelanotic melanoma: a diagnostic pitfall. *Postgrad Med J* 1990;66:200-2.
7. Tschen JA, Fordice DB, Reddick M, Stehlin J. Amelanotic melanoma presenting as inflammatory plaques. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:464-5.
8. Whitaker DC, Argenyi Z, Smith AC. Desmoplastic malignant melanoma: rare and difficult to diagnose. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:704-9.
9. Giuliano AE, Cochran AJ, Morton DL. Melanoma from an unknown primary site and amelanotic melanoma. *Semin Oncol* 1982;9:442-7.
10. Gibson LE, Goellner JR. Amelanotic melanoma: cases studied by Fontana stain, S-100 immunostain, and ultrastructural examination. *Mayo Clin Proc* 1988;63:777-82.
11. Zellmann GL. Amelanotic melanoma in a black man. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:665-6.
12. Sanz de Galdeano C, Manrique P, Álvarez JA, González MR, Calderón MJ, Zabala R, et al. Amelanotic lentigo maligna. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998; 11:83-5.
13. Rahbari H, Nabai H, Mehregan AH, Mehregan DA, Mehregan DR, Lipinski J. Amelanotic lentigo maligna melanoma: a diagnostic conundrum -presentation of four new cases. *Cancer* 1996;77:2052-7.
14. Kato T, Tabata N, Svetake T, Tagami H. Non-pigmented nodular plantar melanoma in 12 Japanese patients. *Br J Dermatol* 1997;136:207-11.
15. Schuchter L, Schultz DJ, Synnestvedt M, Trock BJ, Guerry D, Elder DE, et al. A prognostic model for predicting 10-year survival in patients with primary melanoma. *Ann Intern Med* 1996;125:369-75.
16. Sagebiel RW. Unusual variants of melanoma: fact or fiction? *Semin Oncol* 1996;23:703-8.
17. Borkovic SP, Schwartz RA. Amelanotic lentigo maligna manifesting as a dermatitis-like plaque. *Arch Dermatol* 1983;119:423-5.
18. Holder JE, Colloby PS, Fletcher A, Camp RDR. Amelanotic superficial spreading malignant melanoma mimicking Bowen's disease. *Br J Dermatol* 1966; 134:519-21.
19. Allan SJ, Dicker AJ, Tidman MJ, McLaren KM, Hunteer JA. Amelanotic lentigo maligna and amelanotic lentigo maligna melanoma: a report of three cases mimicking intraepidermal squamous carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998;11:78-81.
20. Hara M, Kato T, Tagami H. Amelanotic acral melanoma masquerading as fibrous histiocytic tumours. *Acta Derm Venereol* 1993;73:283-5.
21. Mousawi A, Kibbi AG. Pigmented eccrine poroma: a simulant of nodular melanoma. *Int J Dermatol* 1995;34:857-8.
22. House NS, Fedok F, Maloney ME, Helm KF. Malignant melanoma with clinical and histological features of Merkel cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31:839-42.
23. McBurney EI, Herron CB. Melanoma mimicking plantar wart. *J Am Acad Dermatol* 1979;1:144-6.
24. Elmetts CA, Ceilly RI. Amelanotic melanoma presenting as a pyogenic granuloma. *Cutis* 1980;25:164-70.